

# **BUSINESSCASE -**

**MENTALE GEZONDHEID & VEERKRACHT**



24 maart 2025



## **TOTSTANDKOMING** | Vanuit het IZA is het een vereiste om een businesscase op te stellen om de duurzame impact en financiële besparing van het transformatieplan te duiden

---

Als onderdeel van het transformatieplan is het vanuit het IZA en voor zorgverzekeraars cruciaal dat er een positieve maatschappelijke businesscase wordt aangeleverd om de aanvraag van transformatiegelden te verantwoorden. Deze businesscase maakt inzichtelijk of de gekozen richting duurzaam is, kijkend naar bijvoorbeeld de kosten en toegankelijkheid van zorg. Daarnaast is het opstellen van een businesscase noodzakelijk om te monitoren en evalueren of de juiste stappen worden gezet. Zoals in het IZA beschreven is dit onderliggend aan effectief, doelmatig en verantwoorde uitvoer, met oog voor maatschappelijke en financiële impact van de plannen.

Deze businesscase is tot stand gekomen naar aanleiding van het bovenstaande. De resultaten geven hierbij een reëel beeld van de mogelijke besparingen die de verschillende onderdelen vanuit het transformatieplan met zich mee brengen. De inhoud van de businesscase is opgesteld in afstemming met de daarvoor ingestelde werkgroep. Hieraan hebben de volgende afgevaardigden bijgedragen:

### Werkgroepleden:

Bob Goeree , Erika van Leeuwen, Frank de Vries, Fokke Gorter, Johan Kooistra, Jose Homan, Maeike van der Lei, Magnus Soeverein, Marije Veenstra, Meine Jongedijk, Rico Bastiaans, Rimko Vosjan, Stan de Vries en Pit Spee

**UITGANGSPUNTEN** | Een vereiste van het IZA is een businesscase die overtuigend laat zien dat de impact van het plan ook in financiële zin een significant positief effect heeft

---

Bij het opstellen van de businesscase, houden we rekening met de volgende uitgangspunten:

- De businesscase is overtuigend en robuust; de berekeningen zijn logisch en feitelijk onderbouwd. Er wordt rekening gehouden met overlappende impact en alleen waar nodig worden aannames gebruikt
- De businesscase is transparant; alle gebruikte aannames zijn inzichtelijk en aanpasbaar
- De businesscase is berekenbaar en realistisch; waar nodig wordt er gebruik gemaakt van scenario's of bandbreedtes om een realistische weergave van de praktijk te kunnen duiden
- De businesscase is overzichtelijk; duidelijk is naar welke onderdelen gekeken is en hoe dit is berekend
- Bij het doen van bepaalde aannames wordt zoveel mogelijk teruggegrepen naar de inhoud van de verschillende onderdelen

## **ALGEMENE OPMERKINGEN** | Voor dit stuk zijn de volgende algemene beschouwende opmerkingen en disclaimer van toepassing

---

- Het doel van de businesscase is om een inschatting te maken van de financiële impact van het transformatieplan. Het financiële resultaat zoals doorgerekend in deze business case is dus indicatief
- In de businesscase wordt gekeken naar het jaarlijkse financiële resultaat vanaf 2030 bij volledige implementatie van het transformatieplan. In het huidige document wordt dus geen rekening gehouden met een eventuele opstartfase van de activiteiten. Hiervoor is een separaat ingroeimodel opgesteld
- De vereiste vanuit het IZA is dat er een businesscase wordt opgesteld die de impact op de Zvw inzichtelijk maakt. Tegelijkertijd is het van belang om een volledig beeld te geven. Om deze reden wordt ook de impact op het Sociaal Domein ter indicatie inzichtelijk gemaakt
- In de businesscase wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande onderzoeken. In sommige gevallen wordt binnen deze onderzoeken gerekend met (gedateerde) tarieven of aantallen uit het verleden
- Alle (totaal)bedragen in de business case worden afgerond op duizendtallen
- De business case is opgesteld op provinciaal niveau. Daadwerkelijke kosten en besparingen kunnen in de praktijk per gemeente verschillen

### Disclaimer:

Omdat we 'iets nieuws' gaan doen, geldt dat we op onderdelen ook hebben moeten constateren dat feitelijke gegevens ontbreken of hun beperkingen hebben en dat aannames onontkoombaar zijn. Daarmee zijn we van mening dat de bedragen de best mogelijke inschattingen zijn die we kunnen maken, maar geen garantie geven dat ze in de praktijk ook daadwerkelijk zo gerealiseerd kunnen worden.

**PROCES** | Het financiële effect wordt er op basis van de uitgangspunten bepaald op de onderdelen EPA, gezinshulp, steunpunten, zorg op de juiste plek en digitalisering

1

### **Ondersteuning voor complexe doelgroepen**

Hierbij wordt gekeken naar bestaande onderzoeken naar de (financiële) impact van een integrale EPA aanpak en gezinshulp

2

### **Laagdrempelige steunpunten**

Hierbij wordt gekeken naar bestaande onderzoeken omtrent de impact van steunpunten, maar ook gewerkt met aannames

3

### **Zorg op de juiste plek**

Dit gaat om de onderdelen verkennend gesprek, domeinoverstijgend casusoverleg en consultatiefunctie. Er wordt gekeken naar bestaande onderzoeken, zoals ook de landelijke business case

4

### **Digitalisering**

Hierin wordt gekeken naar ervaringen op het gebied van de impact van digitalisering. Enkel de activiteiten die nu al bekend zijn binnen het transformatieplan worden doorgerekend

**Preventie, positieve gezondheid, 24/7 samenwerking, transfertafel, lerend netwerk, sociale kaart en inzicht in aanbod en wachttijden**

Deze onderdelen worden niet meegenomen als onderdeel van de businesscase om recht te doen aan de uitgangspunten

**PROCES** | Om dit te duiden wordt er ingegaan op de te verwachten baten per onderdeel, waarbij zoveel mogelijk eenzelfde opzet voor ieder onderdeel wordt aangehouden

---

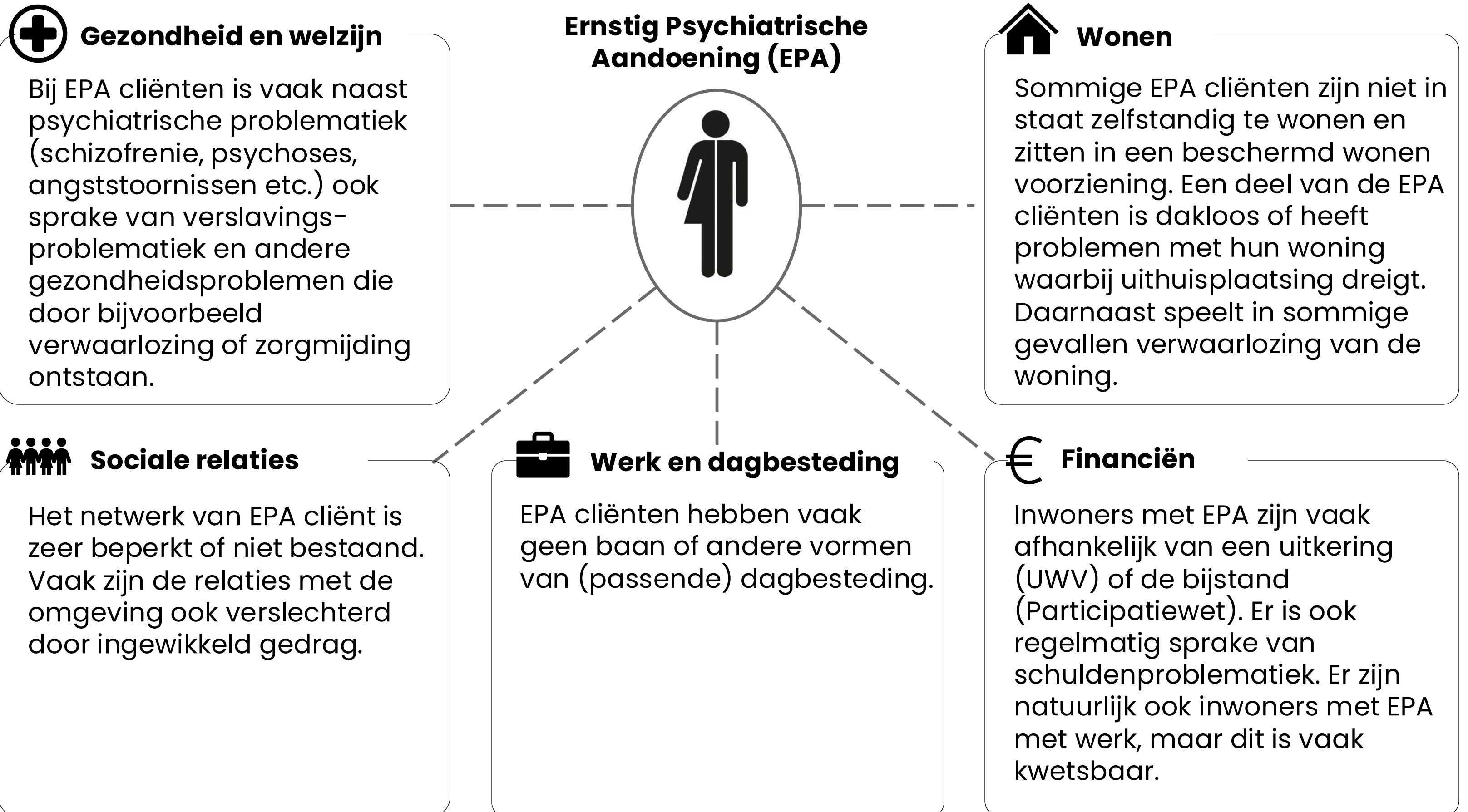
Voor alle onderdelen van de business case worden de financiële baten aangeduid aan de hand van de onderstaande punten:

- De doelgroep waarop het onderdeel van de businesscase betrekking heeft
- De bestaande gegevens naar de impact van deze activiteiten op inhoud
- De cijfermatige implicaties van deze gegevens voor de business case
- De berekening en onderbouwing van de financiële baten voor de businesscase op basis van deze gegevens
- Een met de gemeente afgestemde bandbreedte per onderdeel voor het Sociaal Domein (waar relevant)

**ONDERSTEUNING VOOR  
COMPLEXE DOELGROEPEN**

**01**

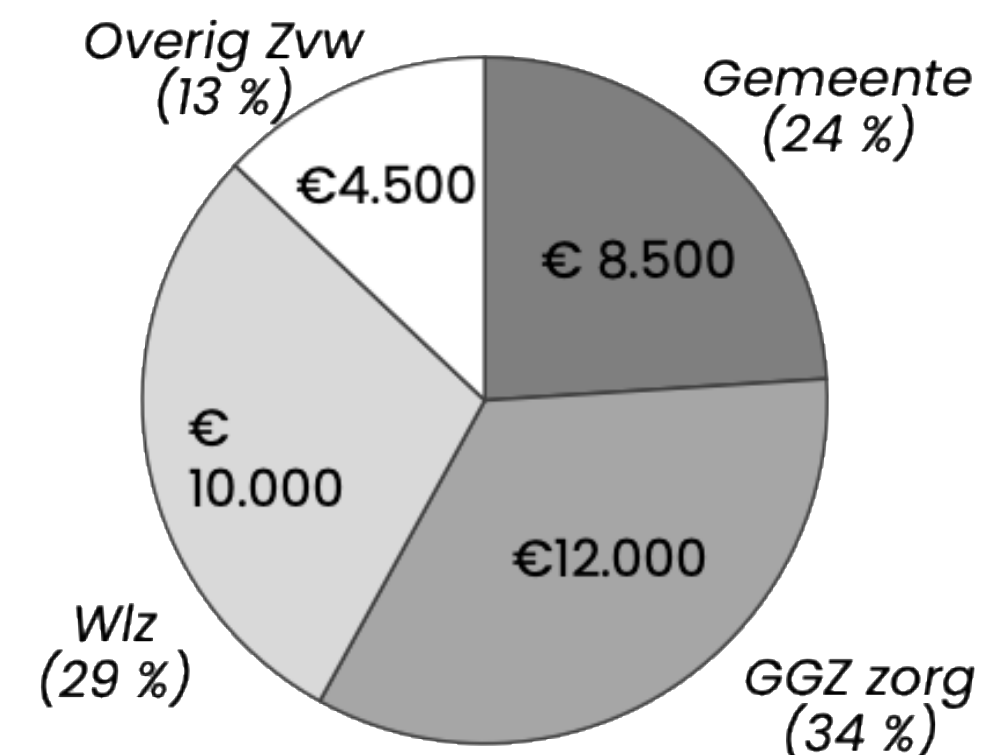
**EPA** | Inwoners met EPA hebben te maken met complexe problematiek op meerdere leefgebieden. Dat maakt participatie en zelfredzaamheid een uitdaging



**EPA** | Een gemiddelde inwoner met EPA kostte ten tijde van onderzoek ongeveer € 35.000 per jaar verspreid over verschillende domeinen

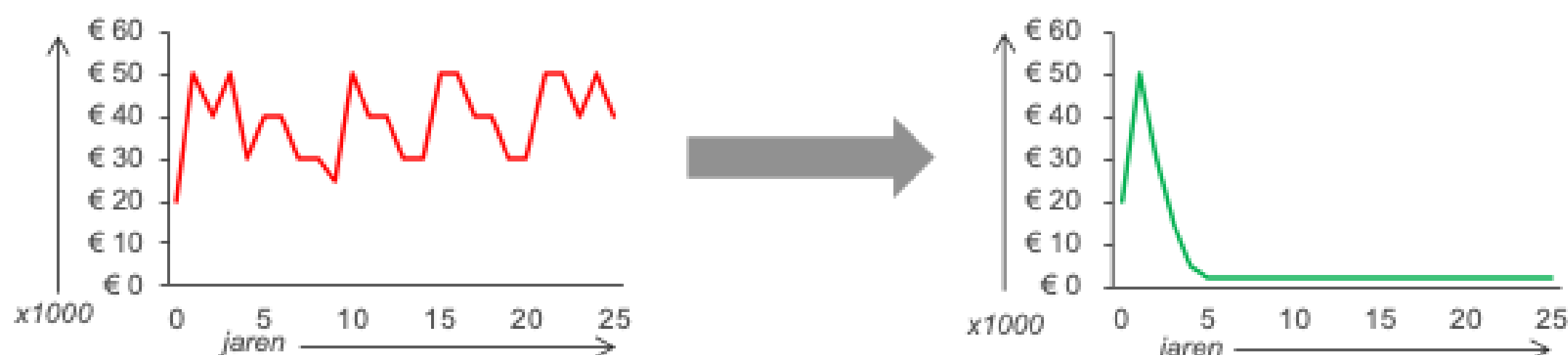
### Kosten voor EPA cliënten

Op basis van een steekproef onder 300 cliënten in zorg bij FACT-teams van GGZ Friesland is berekend dat een gemiddelde EPA-patiënt rond de € 35.000 kost per jaar. Deze kosten zijn verspreid over het Sociaal Domein, de Wlz en de Zvw. Gemiddeld zijn inwoners met EPA (af en aan) tien jaar in zorg.



### Businesscase EPA

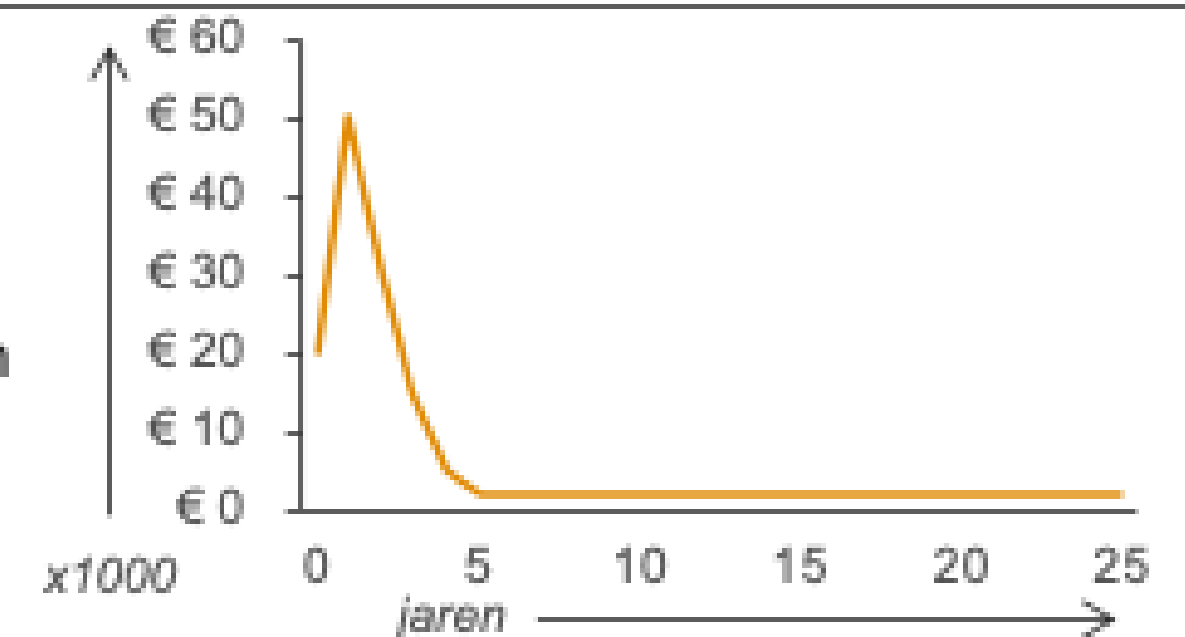
Wanneer je naar de kosten voor een inwoner met EPA kijkt valt op dat de kosten per jaar hoog zijn. Het is aannemelijk dat integrale samenwerking efficiënter is dan de reguliere werkwijze (effect 1). Een belangrijker effect van integrale samenwerking is dat de behandeling effectiever wordt waardoor het traject korter wordt (effect 2). Daarmee zijn grote kostenbesparingen te verwachten. Onderstaand twee indicatieve figuren van het verloop.



**EPA** | De totale kosten per cliënt lopen zeer uiteen. Deze zijn met name afhankelijk van de duur van de periode dat een cliënt zorg of hulp ontvangt

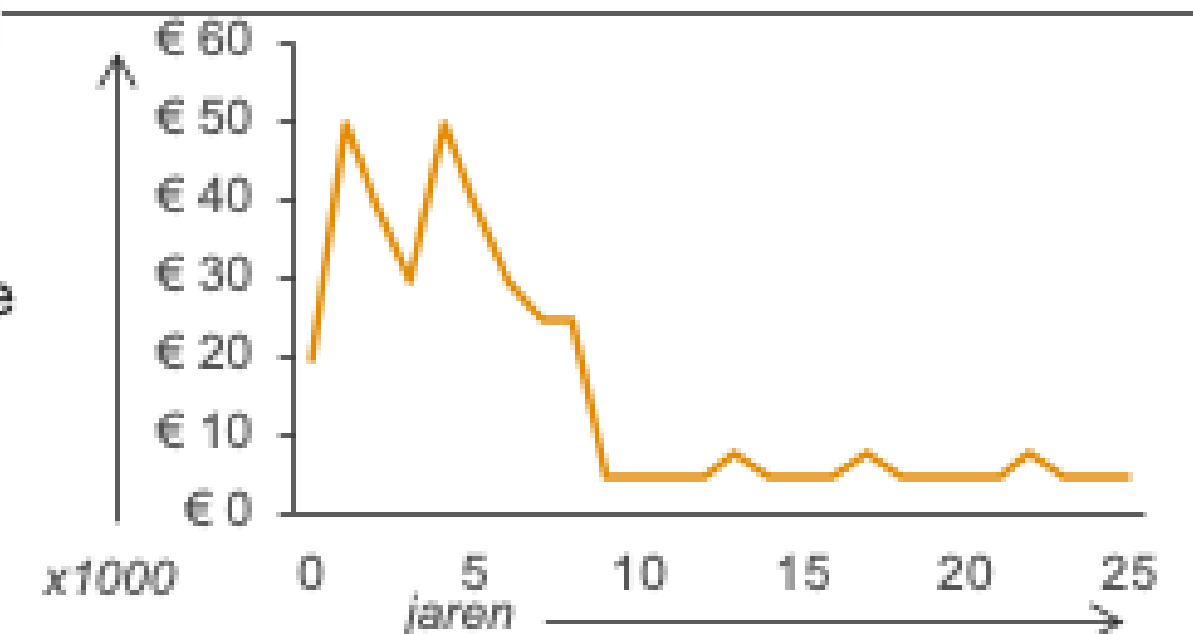
### Cliënten met relatief snel herstel ("Groep A")

- Decompensatie wordt snel gesignaleerd en er wordt meteen ingegrepen
- Een cliënt wordt doorgaans ongeveer twee jaar behandeld waarna de behandeling snel kan worden afgebouwd
- Na het herstel functioneert een cliënt redelijk zelfstandig binnen het eigen sociale netwerk. Hulp of ondersteuning vanuit de gemeente is minimaal



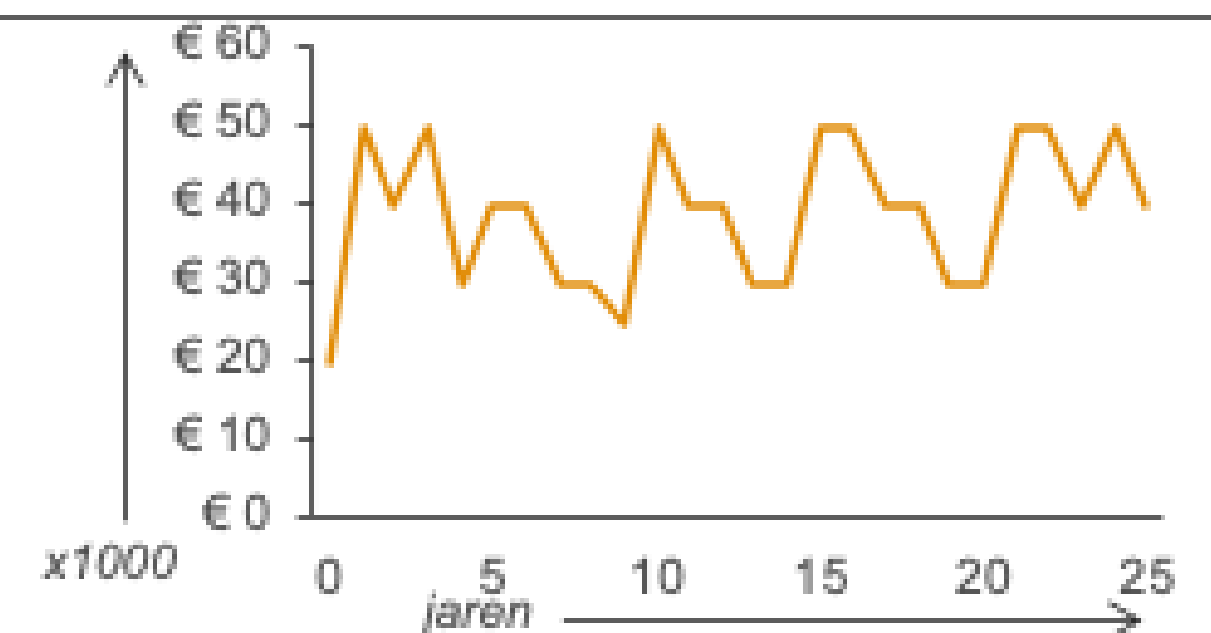
### Cliënten met een "gebruikelijk" zorg en hulp-patroon ("Groep B")

- Decompensatie wordt later dan wenselijk gesignaleerd, er is sprake van intensief ingrijpen.
- De cliënt lijkt daarna te herstellen maar decompenseert nog één of twee keer in de daarop volgende jaren. Dit leidt tot uiteenvallen van het sociale systeem en een beslag op gemeentelijke middelen
- Na een kleine tien jaar lukt het om de cliënt te stabiliseren, de cliënt blijft kwetsbaar maar functioneert met ondersteuning van netwerk en inzet vanuit de gemeente



### Cliënten met een langdurig chronisch patroon ("Groep C")

- Na de eerste decompensatie blijkt dat cliënt moeilijk te behandelen is
- In het leven van de cliënt wisselen crisissituaties en kortstondige herstelperiodes elkaar af.
- Na elke decompensatie en/of crisissituatie duurt de daarop volgende relatieve periode van rust korter
- Behandeling leidt in het beste geval tot relatieve stabiliteit, maar er blijft sprake van een chronische problematiek



## **EPA | De businesscase voor de Friese EPA aanpak gaat er van uit dat integraal samenwerken effectiever is en dat hierdoor de behandelduur 10 % korter wordt**

- Aangenomen is dat integrale samenwerking voor de bestaande EPA populatie tot een kostenbesparing van tien procent per jaar leidt. Voor deze specifieke doelgroep gaat het om een besparing van € 3500 (domein overstijgend) per cliënt per jaar voor ongeveer 3000 cliënten in totaal in Friesland<sup>1</sup>. Mede gezien het feit dat het alternatief is dat er niet of nauwelijks sprake is van een integrale en op een helder perspectief gerichte aanpak, lijkt dit aannemelijk
- Met betrekking tot de effectiviteit van de aanpak gericht op vroegsignalering en preventie zijn de onderstaande aannames gemaakt. De aannames richten zich vooral op de nieuwe instroom, ca. 300 cliënten per jaar, en betreft vroegsignalering en integrale samenwerking
  - Twintig procent van de nieuwe EPA doelgroep, welke zonder deze nieuwe aanpak acht jaar of langer in behandeling zouden zijn (groep B), zijn nu met deze nieuwe aanpak in twee jaar weer in staat te functioneren zonder hulp, steun of zorg. Dit gaat dan om ca. 20 tot 24 extra cliënten die binnen twee jaar uit zorg zijn en weer (enigszins) normaal kunnen functioneren
  - 25 procent van de mensen die zonder de nieuwe aanpak meer dan tien jaar in behandeling zouden zijn (groep C), zijn met de nieuwe aanpak binnen acht jaar weer in staat te functioneren zonder hulp, steun of zorg. Dit gaat om een totaal van acht cliënten die een zeer langdurig traject bespaard blijft
  - De nieuwe aanpak leidt er voor alle nieuwe instroom (groep A, B en C) toe dat de gemiddelde behandelduur naast het bovenstaande voor alle cliënten ook afneemt met 0,5 jaar

*Gemiddeld genomen betekent dit dat de behandelduur ongeveer tien procent korter wordt*

1. Vektis geeft aan dat er ongeveer 6500 inwoners met EPA zijn in Friesland. Daarvan is ongeveer de helft jaarlijks in zorg bij een van de FACT-teams

**EPA** | De afgelopen jaren heeft Trimbos onderzoek gedaan. Het is te vroeg is om lange termijn resultaten te bewijzen, al laten de eerste uitkomsten zien dat het goedkoper wordt

### Trimbos onderzoek

Door het Trimbos instituut zijn in 2023 de eerste resultaten gepubliceerd van een onderzoek naar het effect van de integrale FACT+ (EPA) teams. Voor dit onderzoek zijn twee integrale en drie reguliere teams uit de gemeenten Leeuwarden en Súdwest-Fryslân geïnccludeerd waarbij de impact op de doelgroep is onderzocht voor en na het implementeren van de nieuwe werkwijze. In dit onderzoek is voornamelijk gekeken naar de impact op het zorggebruik, diensten en kosteneffectiviteit. Hieruit is gebleken dat er onder betrokken werknemers een groter gevoel van geleverde kwalitatieve zorg heerst met een toename in de eigen kennis en het bewustzijn van handelen. Daarnaast worden ook stevast meer cliënten geholpen door hetzelfde aantal medewerkers en kunnen deze medewerkers bovendien meer directe tijd besteden per client. Bovenal zijn er positieve signalen dat de aanpak effectiever is en de behandelduur korter wordt, wat in de komende jaren wordt onderzocht.

### Trimbos onderzoek

In de afgelopen jaren heeft het Trimbos meerjarig wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd. De officiële resultaten van het onderzoek worden nog gepubliceerd. Uit de voorlopige resultaten zijn effecten naar gekomen die bruikbaar zijn voor de huidige businesscase.

De gemeentelijke indicaties voor EPA cliënten zijn 10,4 % lager in FACT+ teams dan in reguliere FACT teams

De caseload is in FACT+ teams 10 % hoger dan in reguliere FACT teams bij gelijkblijvende kosten

De uitstroom is in FACT+ teams 7 % hoger dan in reguliere FACT teams bij gelijkblijvende kosten

**EPA |** Het uitbreiden van de EPA aanpak in de resterende teams leidt tot een besparing van € 4m. Wanneer de huidige teams meegerekend worden betreft het totaal ruim € 7m

#### Cijfers van toepassing op de cliëntpopulatie\*

A. Totale jaarlijkse caseload EPA teams na volledige implementatie	3.000
B. Huidige jaarlijkse caseload van bestaande EPA teams	1.300
C. Huidige jaarlijkse caseload van FACT teams die nog geen EPA team zijn	1.700

#### Cijfers van toepassing op de kosten en financiële besparing

F. Gemiddelde kosten per EPA cliënt	€35.000 <sup>1</sup>
G. Aandeel kosten Zvw (van totale kosten)	€16.500 <sup>1</sup>
H. Aandeel kosten Sociaal Domein (P-wet en Wmo, van totale kosten)	€8.500 <sup>1</sup>
I. Gemiddelde afname behandelduur per EPA cliënt	10% <sup>2</sup>

#### **Besparing Zvw**

Totale jaarlijkse caseload EPA teams na volledige implementatie \* (aandeel kosten Zvw \* gemiddelde procentuele afname behandelduur per EPA cliënt)

$$1.700 * (16.500 * 10\%) = \underline{\underline{\text{€ } 2.805.000}}$$

(Als de huidige EPA-teams meegerekend worden is het totaalbedrag € 4.950.000)

#### **Besparing Sociaal Domein**

Huidige caseload van FACT teams die nog geen EPA team zijn \* (aandeel kosten Zvw \* gemiddelde procentuele besparing per EPA cliënt)

$$1.700 * (8.500 * 10\%) = \underline{\underline{\text{€ } 1.445.000}}$$

(Als de huidige EPA-teams meegerekend worden is het totaalbedrag € 2.550.000)

1. Businesscase EPA

2. Onderzoek Trimbos

\*Deze informatie is afkomstig vanuit een huidige inventarisatie onder de Friese gemeenten met betrekking tot het inregelen van FACT+ teams voor het behandelen van de EPA doelgroep

**EPA** | Voor de EPA aanpak wordt er gerekend met een bandbreedte gebaseerd op verkorting van de behandelduur, 10% is het uitgangspunt

Bandbreedte: verkorting van behandelduur

Scenario laag	5%
Scenario gemiddeld	10%
Scenario hoog	15%

**Besparing Sociaal Domein**

Huidige caseload van FACT teams die nog geen EPA team zijn \* (aandeel kosten Zvw \* gemiddelde procentuele besparing per EPA cliënt)

Scenario laag (5%)	$1.700 * (8.500 * 5\%) = \underline{\underline{\text{€ } 722.500}}$
Scenario gemiddeld (10%)	$1.700 * (8.500 * 10\%) = \underline{\underline{\text{€ } 1.445.000}}$
Scenario hoog (15%)	$1.700 * (8.500 * 15\%) = \underline{\underline{\text{€ } 2.167.500}}$

## **AANLEIDING** | Tijdens de brede bijeenkomst van 13 november 2024 is besproken dat gezinshulp wordt opgenomen als onderdeel van het transformatieplan

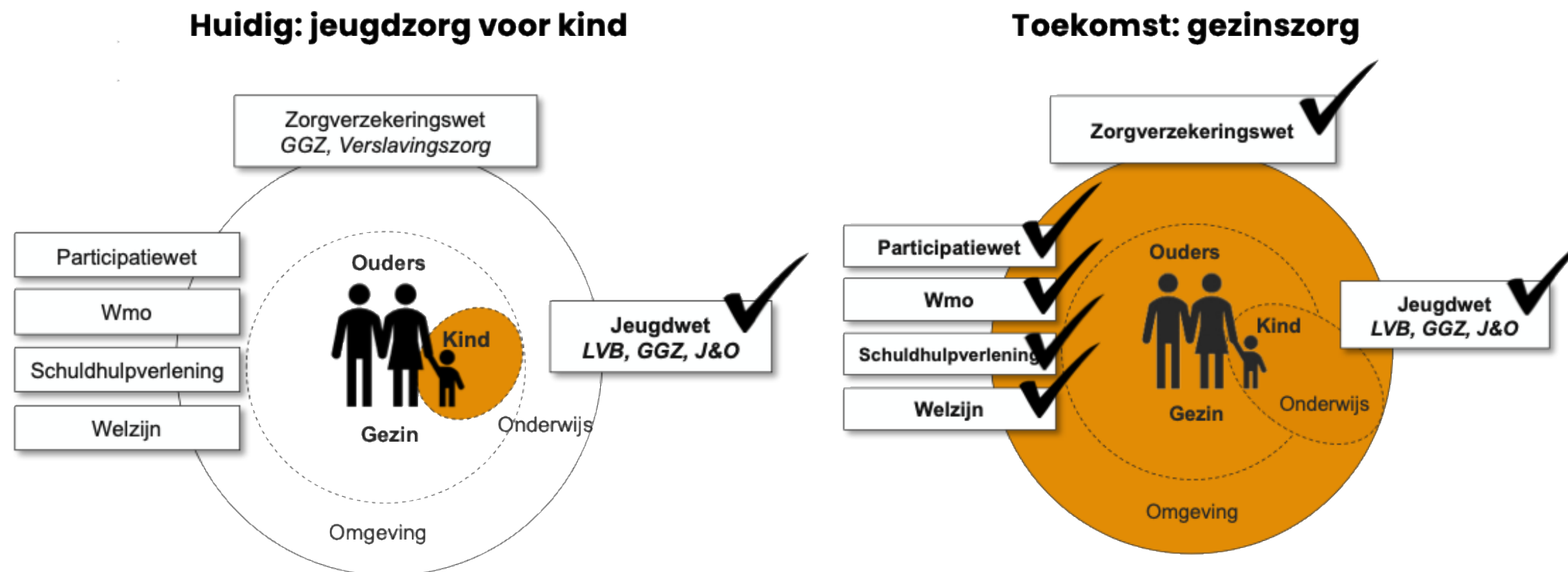
Voor het opnemen van gezinshulp in dit plan is een uitzondering gemaakt. De afspraak was om geen andere initiatieven (naast een AI-spraakherkenningstool voor digitalisering) op te nemen. Dit wordt nu wel gedaan omdat er in de bestuurlijke regiegroep al geruime tijd is gesproken over gezinshulp en het tegelijk voldoet aan de integraliteit van zorg die wordt beoogd binnen bouwsteen zes.

### Wat is gezinshulp?

In de huidige situatie wordt bij gezinnen waar problematiek rondom het kind is vastgesteld veelal ingezet op een behandeling via de Jeugdwet, waarbij het kind centraal staat. Uit onderzoek blijkt dat problematiek bij het kind in nagenoeg driekwart van de gevallen gepaard gaat met problematiek bij de ouders. Hierbij kunnen ook zaken als verslaving, psychiatrische klachten of sociaal-maatschappelijke problemen zoals schulden een rol spelen. Gezinshulp probeert hierin een doorbraak te creëren. Voor gezinnen waarbij problematiek op meerdere leefdomeinen is vastgesteld worden verschillende professionals vanuit verschillende gespecialiseerde instanties bijeengebracht om gezamenlijk het geheel van de problematiek op te lossen. Hierbij wordt voorkomen dat verschillende vormen van hulpverlening onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Daarbij wordt tevens voorkomen dat er teveel schotten blijven bestaan tussen zorg- en hulpverlening die op basis van wetgeving en financiering van elkaar gescheiden zijn. In de opzet van Gezinshulp werken alle professionals vanuit één team met elkaar samen.

In september 2024 is in de gemeente Smallingerland gestart met een eerste gezinsteam. Dit betreft een samenwerking tussen de gemeente Smallingerland (en Carins), Alliade, Accare, Fier, GGZ Friesland, Jeugdhulp Friesland, VNN en het Regiecentrum Bescherming en Veiligheid. Het doel is om gezinsteams in heel Friesland in te voeren.

## AANPAK | Integrale gezinshulp gaat over het in de juiste volgorde inzetten van de best passende zorg voor zowel kinderen als ouders vanuit verschillende domeinen



Gezinshulp gaat over het geïntegreerd en tijdig inzetten van de best passende zorg en ondersteuning voor een gezin, in de juiste volgorde, met helderheid over waar de prioriteiten liggen. De gemeenten, jeugdhulpaanbieders en zorgaanbieders werken actief samen voor volwassenen (GGZ en verslavingszorg) om de problemen van ouders en hun kinderen op te lossen. Niet alleen de zorg maar expliciet ook het gemeentelijk domein (Wmo, Participatie, Schuldhelpverlening en Welzijn) en het onderwijs zijn onderdeel van deze aanpak.

Door het bieden van een geïntegreerde werkwijze worden jeugdigen en ouders beter geholpen met hun vraagstukken en problemen en krijgen zij 'de basis op orde'. Dit leidt (op den duur) tot minder (langdurige) inzet vanuit de Jeugdwet en de overdracht van intergenerationele problematiek.

**DOELGROEP** | In Friesland zijn er ongeveer 1.100 'multi-stress' gezinnen<sup>4</sup> die in aanmerking zouden komen voor de gezinshulp aanpak

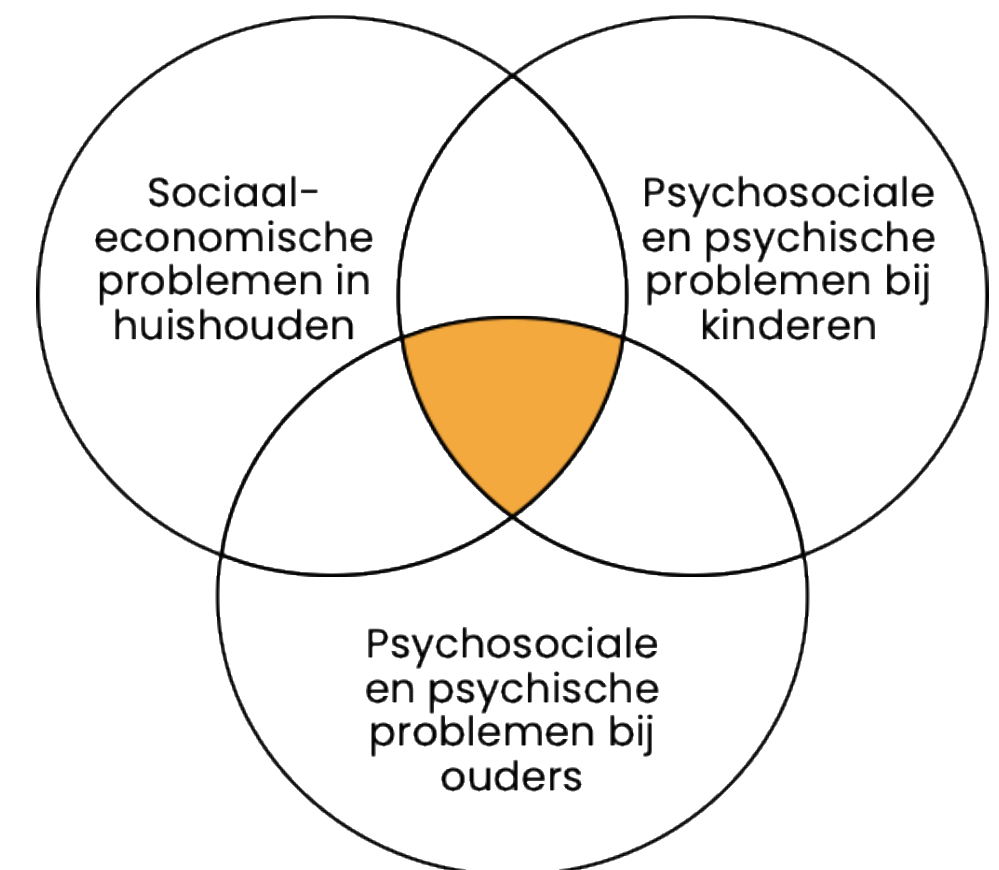
### Inclusiecriteria

Gezinnen met minimaal één kind in de leeftijd van 0 – 23 jaar waarbij sprake (of vermoeden) is van GGZ-, verslavings- en/of LVB problematiek bij kind en/of ouder en van een combinatie van problemen op verschillende levensgebieden (eigen problematiek ouders, sociaaleconomische problemen of opvoedingsproblematiek, complexe gezinssituatie en contextuele problemen)

Wanneer gezinnen voldoen aan de inclusiecriteria kunnen zij onder andere aangemeld worden via de volgende routes:

- Jeugdhulporganisaties, de volwassen GGZ, Verslavingszorg en wijk/gebieds-teams
- Veilig Thuis (bij twee meldingen, maar wanneer er nog geen onderzoek wordt ingezet)
- Werk en inkomen (bij gezinnen met schulden)

Op den duur is het de wens om problematiek in gezinnen eerder te signaleren. Hierbij wordt beoogd gezinnen ook te 'vinden' op (basis)scholen / via schoolconsulenten, via jeugd- en jongerenwerk en de GGD.



**RESULTATEN** | De verwachting is dat integrale gezinshulp een positief effect heeft op de professionals, op de gezinnen zelf en op de kosten die hiermee gemoeid zijn

### Professionals

De verwachting is dat de tevredenheid van de zorgverleners toeneemt (breder expertise en onderlinge kennisdeling, minder frustratie door werk, hogere caseload doordat er efficiënter wordt samengewerkt, gemeenschappelijk doel en gedeelde motivatie in team)

### Gezinnen

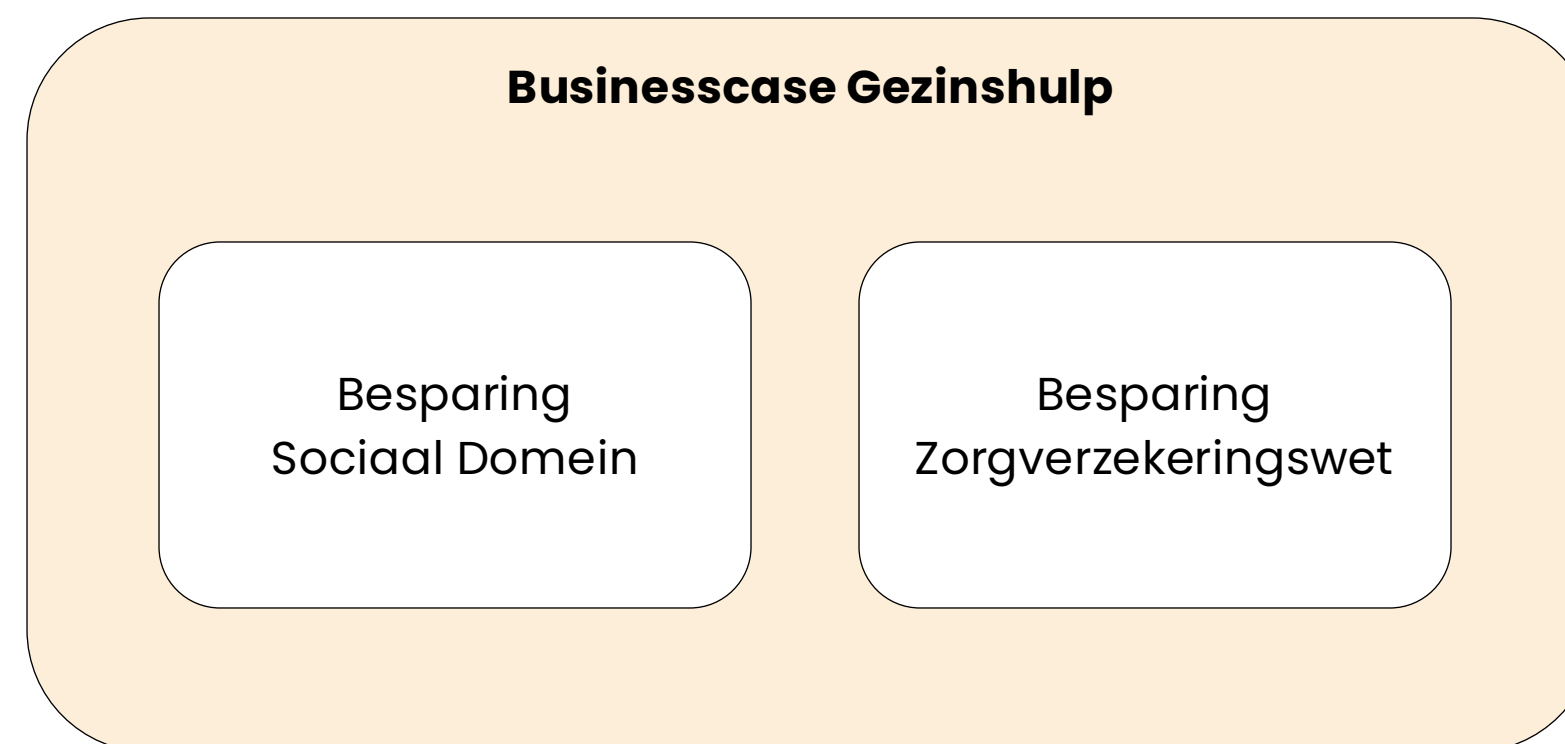
De verwachting is een verbeterde cliëntervaring t.o.v. eerdere zorg, een afname van bijv. aantal maatregelen, zorgduur, klinische opnames, een verbetering van sociale determinanten als veiligheid, netwerk en financiële problematiek, en het doorbreken van intergenerationele problematiek

### Kosten

De verwachting is dat de aanpak ook zeer kosteneffectief is, te zien in een afname in zorgzwaarte, zorgkosten, dubbellingen in de zorg, wachtlijsten, het aantal recidieven, en dat de volledige problematiek sneller in beeld is

## LEESWIJZER | De businesscase is opgebouwd uit de opbrengsten binnen het Sociaal Domein en de opbrengsten binnen de Zorgverzekeringswet

Om te berekenen of de businesscase niet alleen maatschappelijk maar ook financieel een positief resultaat oplevert wordt de volgende vergelijking gemaakt: De totale kosten van de huidige inzet rondom multi-stress gezinnen wordt vergeleken met de totale kosten van de inzet van de gezinshulp aanpak bij multi-stress gezinnen. In deze vergelijking wordt er onderscheid gemaakt tussen de opbrengsten binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Sociaal Domein. Op de volgende pagina's worden eerste de opbrengsten binnen het Sociaal Domein toegelicht. Vervolgens worden de opbrengsten binnen de Zvw toegelicht. Ten slotte wordt een totaalbeeld geschetst van de businesscase voor gezinshulp.



### Algemene aannames

#### Besparing door efficiëntie

Dit betreft de efficiëntie doordat er binnen het gezinshulpteam efficiënter gewerkt wordt: de diagnose wordt in één keer (goed) gesteld, minder afstemming en coördinatie etc. Hierbij wordt een efficiëntiewinst van ongeveer 20% verwacht<sup>1</sup>.

#### Implementatiekosten

Dit betreft alle kosten voor het opzetten van het team, waaronder training, trainers, tijdsbesteding voor de training, tijdsbesteding voor de uitwerken van processen/werkwijzen, evaluaties, coaching, en tijdsbesteding daarvan en projectleiding. Dit omvat ook bezettingsverlies in het begin, omdat de caseload nog niet op peil is. Er wordt verwacht dat voor de implementatie een eenmalige investering is vereist.

#### Kosten overbehandeling

Gezinnen zullen preventief geïncludeerd worden onder de gezinshulp aanpak om de toekomstige zorgbehoefte te beperken. Er is gerekend met een doelgroep die iets ruimer is. Onder de geïncludeerde gezinnen zal in 20% van de gevallen lichtere zorg afdoende zijn waardoor deze gezinnen eigenlijk 'overbehandeld' worden.

1. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-archief-e0240d52-9788-49fa-a3c6-99ca0dc6afb9/pdf>

**AANNAMES** | Er is gerekend met drie verschillende scenario's voor het preventieve effect van de Gezinshulp aanpak waarin gezinnen minder of geen hulp meer nodig hebben

### Preventie

Er worden drie scenario's voorgesteld welke elk een mate van effectiviteit van preventie representeren:

Scenario laag: Hierin wordt uitgegaan van een voorzichtige prognose waarbij er (van alle behandelde gezinnen) één gezin per team na behandeling van een jaar geen hulp meer behoeft en twee gezinnen met lichte hulp verder kunnen. Bij alle andere gezinnen verandert er niets in de zorgvraag en de kosten.

Scenario middel: Dit scenario heeft als aanname dat er (van alle behandelde gezinnen) twee gezinnen geen hulp meer behoeven en zes van de behandelde gezinnen met lichte hulp verder kunnen.

Scenario hoog: Dit is het meest realistische scenario zoals ingeschat door de inhoudelijke werkgroep waarbij (van alle behandelde gezinnen) drie gezinnen geen hulp meer behoeven en twaalf gezinnen met lichte hulp verder kunnen. *Dit scenario wordt aangehouden in verdere berekeningen.*

## **AANNAMES** | In de uitwerking wordt uitgegaan van enkele aannames op basis van bestaande onderzoeken en afstemming met inhoudsdeskundigen

- Er is uitgegaan dat er gewerkt wordt met een caseload van 25 behandelde gezinnen per jaar, wat gedurende de gehele duur van de gezinshulp aanpak wordt aangehouden.
- Er is uitgegaan van een groei van het aantal multi-stress gezinnen, gebaseerd op de jaarlijkse bevolkingsgroei à 1,0%<sup>1</sup>
- Er is uitgegaan van de gemiddelde kosten van een multi-stress gezin van € 144.000, dit bedrag is bepaald in een kostenberekening van multi-stress gezinnen in de gemeente Almelo<sup>2</sup> (€ 114.000), geïndexeerd op basis van consumentenprijsindex data<sup>3</sup> naar het huidige kostenniveau
- De aanname wordt gedaan dat als gezinnen uitstromen naar een lichtere vorm van zorg dat ze hierdoor ook minder kosten maken, dit wordt geschat op circa 50% (€ 72.000) van de oorspronkelijke kosten van een multi-stress gezin (€ 144.000)
- Er is uitgegaan van jaarlijkse kosten van het gezinshulp team van € 1.745.839 op basis van de opgestelde begroting van gezinshulp Smallingerland
- De geraamde implementatiekosten (€ 1.000.000, geldt enkel voor het eerste team, daarna € 150.000) van het team zijn over vijf jaar verdisconteerd
- Het effect van preventie zal pas intreden na het eerste jaar aangezien er enige tijd nodig is om merkbare verandering door middel van de gezinshulp aanpak terug te zien in de cijfers

2. <https://www.vzinfo.nl/bevolking/bevolkingsomvang#:~:text=Bevolking%20sinds%201900%20meer%20dan,1%2C0%25%20per%20jaar.>

3. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Rapport-Aantal-en-kosten-van-multiprobleemgezinnen-in-Almelo.pdf>

4. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83131NED/table?ts=1702398204716>

## **BEREKENING** | De jaarlijkse besparingen voor het Sociaal Domein komen neer op een bedrag van € 4.1m tot € 17.9m per jaar voor alle Friese gemeenten

De aannames en uitgangspunten zoals op voorgaande sheets gepresenteerd geven een eerste beeld bij de besparing van een gezinshulp aanpak per jaar voor één team (zie bijlage voor volledige berekening). Om te komen tot de te verwachten besparing voor heel Friesland is uitgegaan van één team per gemeente (exclusief Waddeneilanden). In totaal bedraagt dit 350 gezinnen op basis van 25 gezinnen per team in Friesland (ca. 30 procent van alle gezinnen).

### **Algemene aannames**

Er vindt een 20% kostenbesparing plaats doordat er efficiëntie wordt gewerkt  
De kosten voor de implementatie van gezinshulp bedragen per gemeente € 150.000  
In 20% van de gevallen vindt overbehandeling plaats

#### **Scenario 1 'laag'**

1 gezin per jaar uit zorg  
2 gezinnen per jaar minder zorg nodig

Jaarlijkse besparing  
€ 0.3m

Jaarlijkse besparing (14 gemeenten)  
€ 4.1m

#### **Scenario 2 'middel'**

2 gezinnen per jaar uit zorg  
6 gezinnen per jaar minder zorg nodig

Jaarlijkse besparing  
€ 0.7m

Jaarlijkse besparing (14 gemeenten)  
€ 10.5m

#### **Scenario 3 'hoog'**

3 gezinnen per jaar uit zorg  
12 gezinnen per jaar minder zorg nodig

Jaarlijkse besparing  
€ 1.2m

Jaarlijkse besparing (14 gemeenten)  
€ 17.9m

## **INHOUD** | Naast de mogelijke besparingen voor het Sociaal Domein zijn ook de mogelijke besparingen voor de Zorgverzekeringswet inzichtelijk gemaakt

Vanuit het IZA is het een voorwaarde dat het financiële effect van de onderdelen uit het transformatieplan inzichtelijk gemaakt dient te worden, zo ook voor Gezinshulp. Daarom is er naast de bestaande businesscase voor het Sociaal Domein ook een businesscase uitgewerkt voor de Zorgverzekeringswet.

Om tot deze inzichten te komen is data uit verscheidene onderzoeken gebruikt om tot een berekening te komen. Hierbij is als insteek genomen de werkwijze van het zogenaamde casusoverleg. Gezinshulp is daarbij benaderd als een vorm van casusoverleg. In beide gevallen betreft het een multi-disciplinaire / integrale aanpak voor complexe casuïstiek.

De volgende gegevens zijn hierbij gebruikt:

- A. De gemiddelde kosten van een multi-stress gezin
- B. Het aandeel van de kosten van een multi-stress gezin wat voor de rekening van de Zvw valt
- C. Het totale aantal multi-stress gezinnen in Friesland
- D. Het totale aantal gemeenten waar Gezinshulp wordt opgezet
- E. Het totale aantal cliënten per gezinsteam
- F. De procentuele kostenreductie door de inzet van Gezinshulp
- G. De totale implementatiekosten voor Gezinshulp gezinshulp per gemeente in Friesland

Deze businesscase is een indicatie van het mogelijk te verwachten financiële resultaat.

## AANNAMES | In de uitwerking is gebruik gemaakt van bestaande onderzoeken, afstemming met inhoudsdeskundigen en bestaande gegevens

- In deze business case is gewerkt met aantallen en kosten op basis van landelijk beschikbare data en cijfers, nog niet op basis van data uit de bestaande pilot gezinshulp Smallingerland
- Er is uitgegaan van de gemiddelde kosten van een multi-stress gezin van € 144.000, dit bedrag is bepaald in een kostenberekening van multi-stress gezinnen in de gemeente Almelo<sup>2</sup> (€ 114.000), geïndexeerd op basis van consumentenprijsindex data<sup>3</sup> naar het huidige kostenniveau
- Om te komen tot de implementatiekosten van de gezinshulp aanpak is gerekend met cijfers bekend uit de financiële aanvraag van het FRIZA voor de uitrol van een EPA aanpak. Hierop zijn aanvullingen gedaan om recht te doen aan de hoeveelheid betrokken partijen in het geval van gezinshulp. Dit heeft geresulteerd in implementatiekosten van ongeveer € 150.000
- Op basis van bestaand onderzoek naar huishoudens met complexe, domeinoverstijgende kosten wordt aangenomen dat het aandeel van de kosten wat voor de Zorgverzekeringswet valt 8% is. Dit wordt als uitgangspunt gebruikt om het aandeel van de kosten voor de Zorgverzekeringswet van multi-stress gezinnen te benaderen<sup>3</sup>
- Voor de procentuele afname van kosten voor de Zorgverzekeringswet na de inzet van gezinshulp is uitgegaan van een bestaand onderzoek naar huishoudens met complexe, domeinoverstijgende problematiek. Dit onderzoek betrof een situatie waarbij een gezinsregisseur aangewezen was die zich richtte op het inzetten van de juiste zorg op het juiste moment en daarbij ook het mandaat had om zorg op- of af te schalen. Strikt genomen was dit geen geheel integrale werkwijze. Het beschreven percentage aan kostenreductie van 46% is wel aangehouden als basis voor de berekeningen<sup>3</sup>
- Het aantal multi-stress gezinnen in Friesland wordt op basis van cijfers van het NJI geraamd op 1.093<sup>4</sup>

1. <https://www.vzinfo.nl/bevolking/bevolkingsomvang#:~:text=Bevolking%20sinds%201900%20meer%20dan,1%2C0%25%20per%20jaar.>

2. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Rapport-Aantal-en-kosten-van-multiprobleemgezinnen-in-Almelo.pdf>

3. <https://static1.squarespace.com/static/584562f91b631b1c50aeb7ce/t/602b9d408d8bc021cb9ba281/1613471043553/Rapport+Huishoudens+met+domeinoverstijgende+kosten+Blauwe+Zorg+in+de+wijk+1502.pdf>

4. <https://www.nji.nl/uploads/2021-06/Gezinnen%20met%20meervoudige%20en%20complexe%20problemen%20in%202017.pdf>

## **BEREKENING** | De kosten van de implementatie van één gezinsteam per gemeente in Friesland worden na ruim één jaar terugverdiend in de Zvw

### Cijfers van toepassing op de business case ten aanzien van de client aantallen en financiële besparing

A. Gemiddelde kosten multi-stress gezinnen	€ 144.000 <sup>2</sup>
B. Aandeel kosten Zvw	8% <sup>3</sup>
C. Totale aantal multi-stress gezinnen in Friesland	1.093 <sup>4</sup>
D. Totale aantal gemeenten om Gezinshulp te implementeren	14
E. Totale aantal cliënten per gezinsteam	25
F. Procentuele kostenreductie door inzet Gezinshulp	46% <sup>3</sup>
G. Totale implementatiekosten gezinshulp per gemeente in Friesland	€ 150.000

### **Besparing Zvw**

((Gemiddelde kosten multi-stress gezinnen \* Aandeel kosten Zvw \* Procentuele kostenreductie door inzet gezinshulp) \* (Totale aantal gemeenten waar gezinshulp te implementeren \* Totale aantal cliënten per gezinsteam))

$$((144.000 * 8% * 46%) * (14 * 25)) = \underline{\underline{€ 1.854.720}}$$

### **Impact op gezinnen**

- Per gezin komt dit neer op een kostenreductie van  $(144.000 * 8% * 46% =)$  € 5.300 per jaar
- Van het totale aantal gezinnen (1.093) wordt er een kostenreductie gerealiseerd voor  $(14 * 25 =)$  350 gezinnen per jaar bij volledige implementatie

De eenmalige implementatiekosten voor alle Friese gemeenten bedragen € 2.100.000. De terugverdientijd in de Zvw bedraagt daarmee ruim één jaar bij volledige implementatie.

## **BEREKENING** | Naast de directe kwantificeerbare resultaten heeft de gezinshulp aanpak ook niet-kwantificeerbare maatschappelijke baten

De verwachting is dat door het implementeren van de gezinshulp aanpak er directe financiële resultaten worden behaald in de zorg voor de ouders van het gezin. Doordat zorg beter op elkaar wordt afgestemd en de prioriteit is om te werken volgens de 'basis op orde' (onder andere sociaal-maatschappelijke problematiek, waaronder schulden wegnemen etc.), wordt verwacht dat het beroep op andere vormen van hulp afneemt. Het voorkomen van problematiek heeft als gevolg dat er direct kosten worden bespaard in de Zvw.

Naast deze verwachte kostenbesparingen is ook de verwachting dat er nog andere baten zijn in de Zvw. De verwachting is namelijk dat het implementeren van gezinshulp er voor zorgt dat kinderen / jongeren uit multi-stress gezinnen later in het leven ook minder zorg-gerelateerde problematiek zullen ervaren, waaronder GGZ-zorg en somatische zorg gerelateerd aan sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Daarmee is de verwachting dat het tijdig oplossen van problematiek met door de gemeente gefinancierde jeugdhulp zal leiden tot lagere kosten in de Zvw wanneer deze kinderen een leeftijd bereiken waarbij de dekking van de zorgkosten onder de Zvw valt. Deze besparingen zijn in deze businesscase niet meegenomen.

## **BEREKENING** | Als het Sociaal Domein en de Zorgverzekeringswet samen worden genomen is de businesscase voor gezinshulp zeer positief

Het onderstaande betreft de te verwachten effecten van de invoering van veertien gezinsteams. Met de invoering van deze teams kan circa 30% van de multi-stress gezinnen jaarlijks bereikt worden. De implementatiekosten ervan bedragen naar schatting € 2.1m (op basis van € 150.000 voor de veertien in te voeren teams). De verwachting is dat de implementatiekosten in één jaar al vanuit de baten van de Zorgverzekeringswet terugverdiend kunnen worden. In de businesscase is een aantal meerjarige effecten van de aanpak voor multi-stress gezinnen buiten beschouwing gebleven.

### **Scenario 1 'laag'**

Besparing SD  
€ 4.1m  
Besparing Zvw  
€ 1.8m

Implementatiekosten  
- € 2.1m

**Totaal besparing**  
€ 3.8m

### **Scenario 2 'middel'**

Besparing SD  
€ 10.5m  
Besparing Zvw  
€ 1.8m

Implementatiekosten  
- € 2.1m

**Totaal besparing**  
€ 10.2m

### **Scenario 3 'hoog'**

Besparing SD  
€ 17.9m  
Besparing Zvw  
€ 1.8m

Implementatiekosten  
- € 2.1m

**Totaal besparing**  
€ 17.6m

**STEUNPUNTEN**

**02**

## STEUNPUNTEN | Ieder steunpunt moet voldoen aan tien kenmerken

Bij het opstellen van het transformatieplan zijn er kenmerken benoemd waar ieder steunpunt aan moet voldoen. Een deel van deze kenmerken komen voort uit landelijke ontwikkelingen:

- Laagdrempelig toegankelijk: Voor iedereen, vooral voor mensen met ernstige of langdurige psychische en sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten
- Gericht op leren, herstel en ontwikkeling: Het biedt meer dan enkel een luisterend oor; er is focus op persoonlijke groei en herstel
- Co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap: Bezoekers en medewerkers hebben beiden iets bij te dragen en te halen
- Gebaseerd op behoeften: De ondersteuning wordt afgestemd op de behoeften van de bezoekers
- Menselijke benadering: Mensen worden als individu gezien en niet als cliënt of hulpverlener
- Wederkerigheid en gelijkwaardigheid: Op basis van wederzijds begrip, herkenning en erkenning
- Aanpassing aan individu: Geen vaste stappenplannen of protocollen, met methodische zelfhulp die zich door co-creatie ontwikkelt
- Collectieve ervaringskennis: Deze kennis komt samen en wordt gedeeld in het steunpunt
- Ervaringsdeskundigheid in de leiding: Ervaringsdeskundigen en/of ervaringswerkers spelen een leidende rol
- Samenwerking met ketenpartners: Er is nauwe samenwerking met sociale en gezondheidsorganisaties zoals gemeenten, welzijnsorganisaties, huisartsen en zorgaanbieders

## **STEUNPUNTEN** | Met inachtneming van de tien kenmerken kan er wel een onderscheid gemaakt worden in drie verschillende soorten steunpunten

---

Bij steunpunten wordt er gewerkt vanuit één basisprincipe, aan de hand van de tien kenmerken als beschreven door de VNG. Het is denkbaar dat een steunpunt wel wordt aangepast aan de hand van de vraag van de specifieke doelgroep in een gemeente of specifieke omgevingsfactoren. Dit leidt ertoe dat er grosso modo drie verschillende soorten steunpunten zullen zijn:

### **Grote steunpunten**

Grote steunpunten worden voornamelijk ingezet bij gebieden waarvan er bekend is dat er een relatief grote populatie bewoners is met psychische en sociaal-emotionele kwetsbaarheid. Daarnaast dient er ook een grote stadskern aanwezig te zijn waar dit soort steunpunten zich om centrereren.

### **Gemiddelde steunpunten**

Gemiddelde steunpunten vormen de brug tussen gebieden met een grote stadskern en de meer rurale gebieden met lagere inwonersaantallen, waarbij de bewoners verder verspreid van elkaar wonen. Hierbij wordt de inzet van deze grootte steunpunten tevens afgestemd op basis van het voorkomen van een relatief grote populatie bewoners met psychische en sociaal-emotionele kwetsbaarheid.

### **Kleine steunpunten**

Kleine steunpunten, ofwel 'satelliet locaties' worden ingezet voor de meer rurale gebieden met lagere inwonersaantallen, waarbij de bewoners verder verspreid van elkaar wonen en er bekend is dat er een kleine populatie bewoners leeft met psychische en sociaal-emotionele kwetsbaarheid.

## **STEUNPUNTEN** | Op basis van het voorgaande is de inschatting dat er 24 steunpunten nodig zijn in Friesland

Het uitgangspunt is om in iedere Friese gemeente minimaal één steunpunt op te zetten. Hierbij is het wenselijk om het soort steunpunten aan te laten sluiten op de lokale context. Gebaseerd op de drie gepresenteerde vormen van steunpunten wordt er een verdeling aangenomen voor de Friese context.

De volgende demografische kenmerken zijn in acht genomen bij de verdeling:

- Het al dan niet aanwezig zijn van een grote stadskern
- De inwonersaantallen (en verdeling)
- Het percentage van de bevolking met EPA (gebaseerd op cijfers van Vektis)

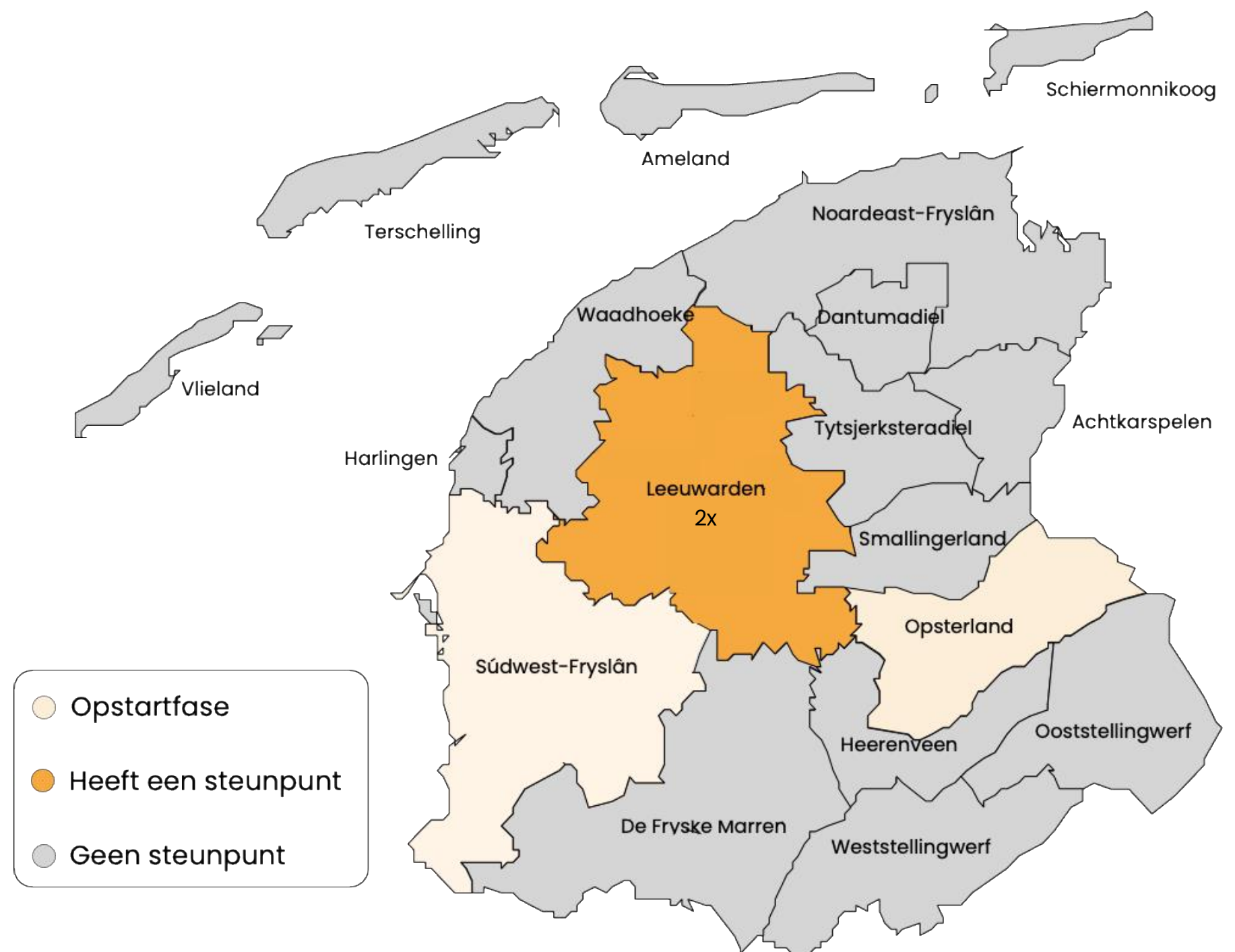
Op basis van de bovenstaande kenmerken is gekomen tot een voorlopige eerste inschatting van de behoefte voor de verschillende vormen van steunpunten.

<b>Soort steunpunt</b>	<b>Aantal</b>	<b>Procent van totaal</b>
Groot	4	16%
Gemiddeld	6	25%
Klein	14	59%
Totaal	24	100%

## STEUNPUNTEN | Op dit moment zijn er twee steunpunten die voldoen aan alle tien de kenmerken. Twee nieuwe steunpunten zijn in ontwikkeling

Op dit moment zijn er twee bestaande steunpunten in Leeuwarden die voldoen aan het basisprincipe. Daarnaast wordt er onder andere in zowel Súdwest-Fryslân als in Opsterland een nieuw steunpunt opgestart / doorontwikkeld met ditzelfde basisprincipe als uitgangspunt.

In andere gemeenten zijn wel degelijk inloopvoorzieningen aanwezig die, in het licht van de opgave 'versterken van de sociale basis', een soortgelijke functie als steunpunten vervullen. Echter dienen deze locaties nog een slag te maken op de inhoud om volledig in lijn te zijn met het basisprincipe voor steunpunten. Voor sommige van deze inloopvoorzieningen vergt dit enkel een aantal aanpassingen aan het model.



## STEUNPUNTEN | De jaarlijkse kosten voor een steunpunt zijn afhankelijk van de grootte. Deze kosten variëren van € 0.4m tot € 0.1m

Bij het inschatten van de kosten van de steunpunten is gekeken naar financiële gegevens van in Friesland reeds bestaande steunpunten en onderzoeken betreffende reeds bestaande steunpunten in Nederland. Op basis hiervan is uitgekomen op de volgende inschattingen voor de verschillende soorten te realiseren steunpunten in Friesland:

- Grote steunpunten: € 0.4m
- Gemiddelde steunpunten: € 0.2m
- Kleine steunpunten: € 0.1m

Op basis van deze uitgangspunten komen we op een totale jaarlijkse exploitatie voor alle steunpunten in Friesland van € 3.4m. Dit is exclusief de implementatiekosten voor het opzetten van de steunpunten (wat wordt gedekt door het FRIZA onder incidentele middelen).

Soort steunpunt	Aantal	Kosten per steunpunt*	Kosten per soort steunpunt	Aandeel o.b.v. kosten
Groot	2**	€ 400.000	€ 800.000	24%
Gemiddeld	6	€ 200.000	€ 1.200.000	35%
Klein	14	€ 100.000	€ 1.400.000	41%
<b>Totaal</b>	<b>22</b>	<b>-</b>	<b>€ 3.400.000</b>	<b>100%</b>

\*Op basis van ervaringen elders uit den lande gecombineerd met gegevens uit het onderzoek 'de maatschappelijke waarde van de Stadskamer' (deze getallen zijn geverifieerd bij Stjoer)

\*\* Twee bestaande grote steunpunten aanwezig in Leeuwarden

## **STEUNPUNTEN** | Om de baten van steunpunten in de Zvw en het Sociaal Domein te benaderen is gebruik gemaakt van vier onderzoeken naar vergelijkbare initiatieven

Voor de te verwachten besparingen is met de zorgverzekeraar en een vertegenwoordiging vanuit de bestaande steunpunten kritisch gekeken naar de cijfers. Hierbij is gezamenlijk gekeken naar vier bestaande onderzoeken bij vergelijkbare initiatieven<sup>1,2,3,4</sup>. In de onderzoeken zijn meerdere effecten gerapporteerd over de effecten van het bezoeken van steunpunten. Dit gaat onder meer over minder huisartsbezoeken, minder bezoeken aan de spoedeisende hulp, minder ziekenhuisbezoeken, de impact op crisispreventie, verslaving en inzet van behandelingen.

Voor de effecten van steunpunten in deze rapportage is gewerkt met het gemiddelde van de gerapporteerde besparingen van ieder van deze onderzoeken. Het gemiddelde komt daarmee uit op een besparingen per bezoeker van € 2.995 in de Zvw en € 4.630 in het Sociaal Domein.

Aangezien de verwachting is dat steunpunten in Friesland zich voornamelijk richten op bezoekers met EPA problematiek, is hierop wel een aanpassing doorgevoerd voor de steunpunten in Friesland:

- Als uitgangspunt geldt dat 30% van de totale EPA doelgroep tot de bezoekers behoort, gebaseerd op ervaringen elders uit den lande
- Het te verwachten effect betreft slechts de helft van alle bezoekers, voor de andere helft worden geen baten voorzien. Deze inschatting is gemaakt op ervaringen vanuit bestaande steunpunten
- Voor het gedeelte van de bezoekers dat tot de EPA doelgroep behoort is gerekend met een besparing van € 5.000 in de Zvw en € 7.500 in het Sociaal Domein
- Voor de andere bezoekers van het steunpunt zijn geen baten voorzien

1. Impactscan het Lichthuis  
2. MKBA PEERpoint Herstelacademie  
3. Maatschappelijke waarde van de Stadskamer  
4. Kosten en baten Recovery College Eindhoven

**STEUNPUNTEN** | Op basis van de uitgangspunten leveren de te realiseren steunpunten in Friesland een besparing op van € 3.6m in de Zvw en € 2.7m in het Sociaal Domein per jaar

Cijfers van toepassing op de business case

A. Aantal cliënten met een EPA in Friesland	6.500*
B. Te verwachten percentage bezoekers wat bijdraagt aan kostenbesparing	50%*
C. Te verwachten percentage inclusie van EPA cliënten	30%
D. Gemiddelde besparing per bezoeker Zvw	€ 5.000
E. Gemiddelde besparing per bezoeker Sociaal Domein	€ 7.500
F. Reeds gerealiseerde besparing bij bestaande steunpunten Zvw (geschat)	€ 1.200.000
G. Reeds gerealiseerde besparing bij bestaande steunpunten SD (geschat)	€ 1.800.000
H. Exploitatiekosten totaal steunpunten	€ 3.400.000

**Besparing Zvw**

((Aantal cliënten met een EPA in Friesland \* Te verwachten percentage bezoekers wat bijdraagt aan kostenbesparing \* Te verwachten percentage inclusie van EPA cliënten) \* Gemiddelde besparing per bezoeker Zvw) – Reeds gerealiseerde besparing bij bestaande steunpunten Zvw (geschat)  
 $((6.500 * 50% * 30%) * 5.000) - 1.200.000 = \underline{\underline{€ 3.675.000}}$

**Besparing Sociaal Domein**

((Aantal cliënten met een EPA in Friesland \* Te verwachten percentage bezoekers wat bijdraagt aan kostenbesparing \* Te verwachten percentage inclusie van EPA cliënten) \* Gemiddelde besparing per bezoeker Sociaal Domein) – Reeds gerealiseerde besparing bij bestaande steunpunten SD (geschat) – Exploitatiekosten totaal steunpunten  
 $((6.500 * 50% * 30%) * 7.500) - 1.800.000 - 3.400.000 = \underline{\underline{€ 2.112.500}}$

\*Vektis geeft aan dat er ongeveer 6500 inwoners met EPA zijn in Friesland. Daarvan is ongeveer de helft jaarlijks in zorg bij een van de FACT-teams

**STEUNPUNTEN** | Voor steunpunten wordt er gerekend met een bandbreedte gebaseerd op het aantal bezoekers wat bijdraagt aan de kostenbesparing, 50% is het uitgangspunt

Bandbreedte: Te verwachten percentage bezoekers wat bijdraagt aan kostenbesparing

Scenario laag	40%
Scenario gemiddeld	50%
Scenario hoog	60%

### **Besparing Sociaal Domein**

((Aantal cliënten met een EPA in Friesland \* Te verwachten percentage bezoekers wat bijdraagt aan kostenbesparing \* Te verwachten percentage inclusie van EPA cliënten) \* Gemiddelde besparing per bezoeker) - Reeds gerealiseerde besparing bij bestaande steunpunten (geschat) - Exploitatiekosten totaal steunpunten

Scenario laag (40%)	$((6.500 * 40% * 30%) * 7.500) - 1.800.000 - 3.400.000 = \underline{\underline{\text{€ } 650.000}}$
Scenario gemiddeld (50%)	$((6.500 * 50% * 30%) * 7.500) - 1.800.000 - 3.400.000 = \underline{\underline{\text{€ } 2.112.500}}$
Scenario hoog (60%)	$((6.500 * 60% * 30%) * 7.500) - 1.800.000 - 3.400.000 = \underline{\underline{\text{€ } 3.575.000}}$

**ZORG OP DE JUISTE PLEK**

**03**

## ZORG OP DE JUISTE PLEK | De businesscase voor de 'zorg op de juiste plek' bestaat uit drie onderdelen

### 1 Verkennend gesprek

Het verkennend gesprek is bedoeld voor personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen, voor wie een eendimensionale aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts, het Sociaal Domein of de GGZ naar verwachting niet volstaat.

In het verkennend gesprek wordt bekeken wat vanuit het perspectief van de cliënt de best passende plek is voor hulpverlening.

### 2 Casusoverleg

Het domeinoverstijgend casusoverleg is bedoeld voor personen die bij één van de samenwerkingspartners om hulp heeft gevraagd, die deze niet, niet tijdig of niet alleen kan leveren (of) al zorg of ondersteuning van een samenwerkingspartner ontvangt die niet (meer) passend is.

Het betreft hier vaak cliënten die veel zorgvragen hebben en die niet (zonder versterking) geholpen kunnen worden vanuit één domein. Over het algemeen betreft het complexe casuïstiek.

### 3 Consultatiefunctie

Bij de consultatiefunctie gaat het om cliënten onder verantwoordelijkheid van de huisarts of het Sociaal Domein die niet (meer) in zorg zijn bij de gespecialiseerde GGZ.

De consultatie hoeft niet te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de GGZ. Het doel van de consultatie is juist gericht op het voorkomen van zwaardere zorg en draagt daarmee bij aan preventie en vroegsignalering.

**ZORG OP DE JUISTE PLEK** | Om de impact van het verkennend gesprek te berekenen kan gebruik worden gemaakt van twee verschillende bronnen/onderzoeken

### **Landelijke business case MGN**

De landelijke business case MGN is uitgevoerd vanuit een samenwerking tussen o.a. de Nederlandse GGZ, NZa, VNG en het ministerie van VWS. Deze businesscase bevat ramingen van de effecten die landelijk verwacht worden op basis van het samenwerken in mentale gezondheidsnetwerken. Het gaat hierbij expliciet over de verwachte impact van verkennende gesprekken. Om tot deze businesscase te komen zijn aannames gedaan gebaseerd op gezamenlijke inschattingen van de betrokken partijen. Deze inschattingen zijn mede gedaan op basis van inzichten uit transformatieplannen en op basis van pilots.

### **Onderzoek GGz Breburg**

GGz Breburg is een GGZ instelling die al geruime tijd werkt met het verkennend gesprek. Op basis van ervaringen van de eerste 3.238 verkennende gesprekken wordt duidelijk dat een aanzienlijk deel van de hulpvragen beter passen binnen een ander domein dan die van de tweedelijns GGZ.

## ZORG OP DE JUISTE PLEK | De reducties in doorverwijzingen naar de GGZ komen in beide bronnen overeen. Er is een groot verschil zichtbaar in de afbuiging naar het Sociaal Domein

### Landelijke business case MGN

Uit de landelijke business case blijkt dat verwacht wordt dat landelijk voor 120.000 patiënten het verkennend gesprek gevoerd wordt. De gezamenlijke inschatting van de programmapartijen is daarbij dat er 30% minder verwijzingen plaatsvinden naar de GGZ, en dat 35% wordt afgebogen naar het Sociaal Domein (dit percentage ligt 5% hoger omdat trajecten parallel kunnen plaatsvinden in de Zvw en SD).

Per verkennend gesprek worden de gemiddelde kosten geraamd op €490 (€350 Zvw en €140 SD) per gesprek, verdeeld over kosten die vallen in de Zvw en in het SD. Dit is gebaseerd op een gesprek van één uur waarvoor anderhalf uur directe tijd vanuit professionals wordt gevraagd. Daarnaast wordt uitgegaan van €2.000 voor een GGZ behandeling en €800 voor ondersteuning in het Sociaal Domein\*.

### Onderzoek GGZ Breburg

Op basis van de ervaringen van de eerste 3.238 verkennende gesprekken wordt duidelijk dat 24% van de hulpvragen beter past in een ander domein dan die van de GGZ.

Van het totaal van deze gesprekken blijkt dat 5% van de patiënten een hulpvraag heeft die niet binnen de scope van de GGZ valt, waarvan 15% een hulpvraag heeft die binnen het Sociaal Domein is opgepakt. In totaal betreft dit een afbuiging van minder dan 1%.

Soort	Percentage
BGGZ MG	42%
Huisarts	18%
SGGZ MG	16%
Expertise Centrum	12%
Niet GGZ	5%
Andere GGZ	4%
Wacht nog op reactie	3%

\*Dit wordt op dit moment verder onderzocht om deze getallen te verifiëren op basis van de realiteit

**ZORG OP DE JUISTE PLEK** | Voor de berekening berusten we ons zoveel mogelijk op deze bronnen. Enkele van de gedane aannames dienen nog geverifieerd te worden

#### Cijfers van toepassing op de besparing

A. Aantal inwoners waarvoor het verkennend gesprek gevoerd wordt in Friesland	4.400 <sup>1</sup>
B. Procentuele reductie in doorverwijzingen naar de (tweedelijns) GGZ	23,7 <sup>1</sup>
C. Gemiddelde kosten voor een GGZ behandeling	€2.000 <sup>1</sup>

#### Cijfers ten aanzien van de kosten

D. Percentage patiënten dat afbuigt naar het Sociaal Domein	1% <sup>2</sup>
E. Gemiddelde kosten voor ondersteuning in het Sociaal Domein	€800 <sup>1</sup>
F. Kosten per verkennend gesprek in de Zvw	€350 <sup>3</sup>
G. Kosten per verkennend gesprek in het Sociaal Domein	€140 <sup>1</sup>
H. Opslag ervaringsdeskundigheid	€33,31 <sup>4</sup>

1. Dit getal is gebaseerd op een (doorrekening van) de aannames uit de landelijke business case MGN en gevalideerd bij de zorgverzekeraar

2. Dit getal is gebaseerd op een (doorrekening van) het onderzoek naar het verkennend gesprek vanuit GGz Breburg

3. Landelijke businesscase

4. Gebaseerd op Nza cijfers Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair Overige beroepen à €66,62 met de aanname dat in de helft van de gevallen een ervaringsdeskundige aansluit

**ZORG OP DE JUISTE PLEK** | Het resultaat bedraagt een besparing van € 765.000 in de Zvw en kosten van ongeveer € 800.000 voor het Sociaal Domein

### **Besparing Zvw\***

(Aantal inwoners waarvoor het gesprek gevoerd wordt \* procentuele reductie in doorverwijzingen naar de GGZ \* gemiddelde kosten voor een GGZ behandeling) – (Aantal inwoners waarvoor het gesprek gevoerd wordt \* kosten per verkennend gesprek in de Zvw)

$$(4.400 * 23,7\% * 2.000) - (4.400 * 300) = \underline{\underline{€765.000}}$$

### **Kosten Sociaal Domein**

(Aantal inwoners waarvoor het gesprek gevoerd wordt \* kosten per verkennend gesprek in het Sociaal Domein) – (Aantal inwoners waarvoor het gesprek gevoerd wordt \* percentage patiënten dat afbuigt naar het Sociaal Domein \* gemiddelde kosten voor ondersteuning in het Sociaal Domein)

$$- (4.400 * (140 + 33,31)) - (4.400 * 1\% * 800) = \underline{\underline{- €798.000}}$$

**ZORG OP DE JUISTE PLEK** | Voor het verkennend gesprek wordt er gerekend met een bandbreedte gebaseerd op het percentage afbuiging, 1% is het uitgangspunt

Bandbreedte: Te verwachten percentage bezoekers wat bijdraagt aan kostenbesparing

Scenario laag	0,5%
Scenario gemiddeld	1,0%
Scenario hoog	1,5%

### **Kosten Sociaal Domein**

(Aantal inwoners waarvoor het gesprek gevoerd wordt \* percentuele reductie in doorverwijzingen naar de GGZ \* percentage patiënten dat afbuigt naar het Sociaal Domein \* gemiddelde kosten voor ondersteuning in het Sociaal Domein) - (Aantal inwoners waarvoor het gesprek gevoerd wordt percentage cliënten \* kosten per verkennend gesprek in het Sociaal Domein)

Scenario laag (0,5%)	- (4.400 * (140 + 33,31)) - (4.400 * 0,5% * 800) = <u>- €780.000</u>
Scenario gemiddeld (1,0%)	- (4.400 * (140 + 33,31)) - (4.400 * 1,0% * 800) = <u>- €798.000</u>
Scenario hoog (1,5%)	- (4.400 * (140 + 33,31)) - (4.400 * 1,5% * 800) = <u>- €815.000</u>

### Analyse huisartsenzorggroep

Binnen een andere regio van het land bestaat een (huisartsen)zorggroep die veel ervaring heeft rondom het werken met een domeinoverstijgend casusoverleg. Al geruime tijd (ca. tien jaar) werken zij met het casusoverleg. In essentie is het casusoverleg een team dat om de huisartsenpraktijk heen wordt georganiseerd, die eens in de zoveel tijd bijeenkomen voor het bespreken van complexe casuïstiek en thema's. Daarnaast heeft deze organisatie goede (samenwerkings)afspraken met basis-GGZ partijen.

Om de impact van de bovengenoemde werkwijze te duiden is een analyse gedaan op het effect op de instroom in de GGZ. Over een totaal van ca. 370.000 ingeschreven patiënten is gekeken naar hoe het aantal doorverwijzingen naar de GGZ van deze zorggroep zich verhoudt tot het percentage doorverwijzingen van drie andere zorggroepen uit dezelfde regio. Om tot een goed beeld te komen van de daadwerkelijke (financiële) besparing van deze interventie, is voor iedere zorggroep gekeken naar de totale kosten (zowel BGGZ als SGGZ) en zijn deze teruggerekend naar een tarief per ingeschreven patiënt van de (huisartsen)zorggroep.

Uit de analyse blijkt dat het aantal doorverwijzingen naar de SGGZ van deze zorggroep aanzienlijk lager ligt, ook blijkt dat de gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt lager liggen.

#### Opmerking:

De gegevens zoals in de volgende slide komen voort uit een uitgevoerde marktanalyse (opgevraagd bij de zorgverzekeraar in deze regio). De gegevens zoals we die hier weergeven kunnen helaas niet gedeeld worden. We leggen deze simpelweg voor ter ondersteuning van het doen van een aanname.

### Analyse huisartsenzorggroep

Op basis van de analyse van de zorggroep is bekend dat de zorggroep in kwestie gemiddeld 20.6% minder doorverwijst naar de SGGZ, en dat de kosten per ingeschreven patiënt van deze zorggroep ruim 10,1% lager liggen dan de gemiddelde kosten van de andere zorggroepen die nog niet werken volgens deze werkwijze. De gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt bedragen € 165.

Als we kijken naar de kosten van het casusoverleg dan bedragen deze ongeveer € 1.372 per jaar. Deze kosten zijn gebaseerd op de duur van het overleg (anderhalf uur), de uurtarieven van de mogelijke deelnemende professionals en de reistijd. Ervan uitgaande dat het voorzitterschap wordt opgepakt door een professional vallend onder de Zvw, bedragen de kosten per casusoverleg € 330 in het Sociaal Domein en € 1.042 in de Zvw. De betrokken professionals bestaan uit een psychiater, GZ-psycholoog, jeugdarts, huisarts, POH-GGZ, psychosomatisch fysiotherapeut, verslavingsconsulent, wijkteam medewerker en een medewerker van de GGD. De frequentie van het aansluiten van deze professionals bij het casusoverleg verschilt.

Het casusoverleg van deze huisartsenzorggroep vindt gemiddeld zeven keer per jaar plaats. Daarnaast is het georganiseerd op huisartsenpraktijkniveau, waarbij in sommige gevallen (om praktische redenen) enkele huisartsenpraktijken het gezamenlijk organiseren.

Dit zijn cijfers die als uitgangspunt worden genomen op basis van de inrichting van het casusoverleg elders in het land.

*Zie opmerking voor de vertrouwelijkheid van cijfers op voorgaande slides*

## ZORG OP DE JUISTE PLEK | De gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt, de besparing en de kosten van het organiseren van het casusoverleg, geven inzicht in de baten

### Cijfers van toepassing op de businesscase ten aanzien van de client aantallen

A. Gemiddelde (huidige) GGZ kosten per ingeschreven patiënt	€ 165 <sup>1</sup>
B. Totale aantal ingeschreven patiënten (18+) in Friesland	540.000 <sup>2</sup>
C. Procentuele kosten reductie per ingeschreven patiënt na imp. casusoverleg	5% <sup>1</sup>

### Cijfers van toepassing op de businesscase ten aanzien van de financiële besparing

D. Totale aantal casus overleggen in Friesland per jaar	1.144 <sup>3</sup>
E. Gemiddelde kosten per casusoverleg in Zvw	€ 1.042 <sup>1</sup>
F. Gemiddelde kosten per casusoverleg in het sociaal domein	€ 330 <sup>1</sup>

### **Besparing Zvw**

(Gemiddelde (huidige) ggz kosten per ingeschreven patiënt \* Totale aantal ingeschreven patiënten (18+) in Friesland \* Procentuele kosten reductie per ingeschreven patiënt na imp. casusoverleg) – (Totale aantal casus overleggen in Friesland per jaar \* Gemiddelde kosten per casusoverleg in Zvw)  
 $(165 * 540.000 * 5\%) - (1.144 * 1.042) = \underline{\underline{€ 3.263.000}}$

### **Kosten Sociaal Domein**

Totale aantal casus overleggen in Friesland per jaar \* Gemiddelde kosten per casusoverleg in het sociaal domein

$$1.144 * 330 = \underline{\underline{- € 378.000}}$$

1. Aanname op basis van uitgevoerde marktanalyse in een andere regio in het land, op basis van 370.000 ingeschreven cliënten

2. Doorrekening op basis van de populatie van Friesland en cijfers vanuit het CBS voor het aantal 18+ers

3. Op basis van een gemiddelde van zeven casusoverleggen per jaar en de organisatie op huisartsenpraktijkniveau. Er is gerekend met 75% van 218 huisartsenpraktijken omdat sommige praktijken het gezamenlijk organiseren (om praktische redenen)

**ZORG OP DE JUISTE PLEK** | Voor het casusoverleg wordt er gerekend met een bandbreedte gebaseerd op het aantal casusoverleggen per jaar, met zeven als uitgangspunt

Bandbreedte: het aantal casusoverleggen die er per jaar worden georganiseerd

Scenario laag (6)	$(218 \text{ huisartspraktijken} * 0,75 * 6 =) 981$
Scenario gemiddeld (7)	$(218 \text{ huisartspraktijken} * 0,75 * 7 =) 1.144$
Scenario hoog (8)	$(218 \text{ huisartspraktijken} * 0,75 * 8 =) 1.308$

### **Kosten Sociaal Domein**

Totale aantal casus overleggen in Friesland per jaar \* Gemiddelde kosten per casusoverleg in het Sociaal Domein

Scenario laag (6)	$981 * 330 = - \underline{\underline{\text{€ } 324.000}}$
Scenario gemiddeld (7)	$1.144 * 330 = - \underline{\underline{\text{€ } 378.000}}$
Scenario hoog (8)	$1.308 * 330 = - \underline{\underline{\text{€ } 432.000}}$

### **Gebiedsgericht werken i.c.m. een consultatiefunctie**

Om een eerste beeld te schetsen van de impact van de consultatiefunctie is er gekeken naar een onderzoek (Utrecht) waarbij specialisten zich meer in de wijk hebben gevestigd om zodoende beter bereikbaar te zijn voor consultatie. Hierbij gaat het om consultatie aan hulpverleners in de Zvw en het Sociaal Domein, maar ook voor patiënten en/of naasten en derden. Hetgeen er geconsulteerd wordt betreft voornamelijk triage en deskundig advies met betrekking tot een diagnose of behandeling.

Uit de resultaten blijkt dat het verbinden van gebiedsteams met de mogelijkheid tot consultatie leidt tot een significante afname van de zorgbehoeften en een verbetering van zelfredzaamheid. Het onderzoek geeft inzicht in de mate waarop consultatie wordt ingezet en de kosten, maar geeft geen cijfermatige indicatie van de baten.

### **Huidige inzet consultatie Friesland**

Om een inschatting te maken van de impact van consultatie wordt gekeken naar de huidige inzet van consultatie in Friesland, bestaande uit meekijk- en meedenkconsulten. Alhoewel de consultatiefunctie in Friesland niet op grote schaal wordt ingezet, kunnen bestaande ervaringen helpen om de waarde van consultatie te duiden.

In geval van meekijkconsulten, veelal in aanwezigheid van de cliënt, ontstaat er een beter beeld bij de situatie van de cliënt en adviseert de GGZ-deskundige rondom diagnostiek en behandelopties. Bij meedenkconsulten denkt de GGZ-deskundige samen na over de beste behandelroute. In beide gevallen kunnen onnodige doorverwijzingen worden voorkomen en ontstaat er een effectievere behandeling, zowel in de eerste lijn als het Sociaal Domein. Dit wordt onderschreven door huisartsen.

## **ZORG OP DE JUISTE PLEK** | Wanneer dit onderzoek gecombineerd wordt met bestaande ervaringen uit Friesland, kan een eerste doorrekening worden gemaakt

### **Gebiedsgericht werken i.c.m. een consultatiefunctie**

Vanuit het onderzoek uitgevoerd in Utrecht is duidelijk geworden dat over de periode van een jaar er 738 uur aan consultatie is geboden tegen een gemiddeld tarief van € 112,90. De 738 uur aan consultatie komt in dit geval neer op 5 uur per week per gebiedsteam.

De (eerste) resultaten van het onderzoek in Utrecht, na een jaar gebruik van de consultatiefunctie, laten een eerste afname zien in de instroom naar de SGGZ en tegelijkertijd een kortere gemiddelde duur van behandeltrajecten (en daarmee een verhoging van de uitstroom). Dit lijkt de toegevoegde waarde van de veranderende werkwijze met consultatie, waarbij er meer diagnose specifiek wordt behandeld, te sterken. Omdat het onderzoek slechts over een tijdsbestek van één jaar gemeten heeft, zijn de financiële baten niet kwantitatief mee te nemen.

### **Huidige inzet consultatie**

Op basis van de huidige inzet van consultatie is bekend dat de verhouding tussen meekijk- en meedenkconsulten ongeveer gelijk zijn. De kosten van (fysieke) meekijkconsulten bedragen ca. € 130 en (digitale) meedenkconsult ca. € 60.

Op basis van huidige ervaring in Friesland is de inschatting dat ca. 30% van de meekijkconsulten uiteindelijk niet naar de SGGZ gaat, en 20% van de meedenkconsulten. Omdat in het geval van meekijkconsulten de (GGZ) specialist zelf een direct beeld krijgt van de patiënt, is het aannemelijk dat het aantal patiënten dat niet naar de GGZ gaat hoger ligt. Net als in het bovenstaande onderzoek geldt dat er geen harde cijfers zijn ter onderbouwing van de afbuiging. Echter lijken de getallen overeen te komen met ervaringen elders in den lande.

## ZORG OP DE JUISTE PLEK | Het totaal van de baten, uitgaande van het onderzoek en bestaande ervaringen rondom consultatie, bedragen ca. €2.7m

### Cijfers van toepassing op de businesscase ten aanzien van de client aantallen

A. Aantal uren consultatie per week per regioteams	5 <sup>1</sup>
B. Aantal regioteams in Friesland	10
C. Totale aantal cliënten waarvoor consultatie wordt ingezet	2.600 <sup>2</sup>
D. Aandeel meekijkconsulten (op basis huidige verdeling)	1.300 <sup>3</sup>
E. Aandeel meedenkconsulten (op basis van huidige verdeling)	1.300 <sup>3</sup>
F. Procentuele afbuiging (niet naar GGZ) meekijkconsult	30% <sup>4</sup>
G. Procentuele afbuiging (niet naar GGZ) meedenkconsult	20% <sup>4</sup>

### Cijfers van toepassing op de businesscase ten aanzien van de financiële besparing

H. Gemiddelde kosten per SGGZ behandeling	€ 4.600 <sup>5</sup>
I. Gemiddelde kosten per uur consultatie (meekijkconsult)	€ 130 <sup>6</sup>
J. Gemiddelde kosten per uur consultatie (meedenkconsult)	€ 60 <sup>6</sup>

### **Besparing Zvw**

$$((D * F * H) + (E * G * H)) - (D * I) + (E * J) = ((1.300 * 30\% * 4.600) + (1.300 * 20\% * 4.600)) - (1.300 * 130) + (1.300 * 60) = 2.990.000 - 247.000 = \underline{\underline{\text{€ } 2.743.000}}$$

### **Besparing Sociaal Domein**

Hoewel de verwachting is dat het naar voren halen van GGZ-kennis een positief effect heeft op de tijd en aandacht die wijk- en gebiedsteams besteden aan inwoners, is er op dit moment onvoldoende informatie beschikbaar om dit te onderbouwen. Daarom is er geen besparing of bandbreedte opgenomen.

1. Op basis van het onderzoek uit Utrecht

2. Uitgaande van 1 uur consultatie per cliënt. De haalbaarheid van dit aantal is gevalideerd door Dokterszorg Friesland

3. De verdeling van in meekijk- en meedenk consulten is gebaseerd op de huidige verdeling in Friesland

4. Dit betreft een aanname. De aanname wordt ondersteund door ervaringen elders in den lande en is gevalideerd door Dokterszorg Friesland.

5. Op basis van een marktanalyse in een andere regio over 370.000 cliënten

6. Op basis van beschikbare informatie rondom huidige inzet consultatiefunctie en informatie uit onderzoek in Utrecht. Gevalideerd door Dokterszorg Friesland.

**DIGITALISERING**

**04**

**DIGITALISERING** | Als het gaat om digitalisering is er een breed spectrum van digitale toepassingen welke gedurende de gehele inwonerreis kunnen worden ingezet

### **Zelfhulp & preventie**

Zelfhulp applicaties, E-mental health platforms en chatbots kunnen worden ingezet om inwoners die nog geen specifieke hulpvraag hebben mentaal weerbaar te houden

### **Huisarts of wijkteam**

Teleconsultatie en AI spraakherkenningstools ondersteunen efficiënte en effectieve behandeling waardoor er meer tijd vrij komt voor het daadwerkelijke gesprek met inwoners voorafgaand aan een indicatie

### **Op een wachtlijst**

Online zelfhulp modules of digitale support of lotgenoot groepen kunnen inwoners helpen om om te gaan met stress, depressie of angst ter overbrugging van de wachttijd

### **In behandeling**

Hybride of online hulpaanbod zoals video consulten, of digitale therapeutische tools of virtual reality therapie faciliteren zorg op afstand aan inwoners welke in behandeling zijn

### **Nazorg**

E-coaching, online zelfhulpgroepen en digitale terugvalpreventie programma's zijn gericht op het realiseren van goede nazorg voor inwoners na behandeling

Inwonerreis

**DIGITALISERING** | In deze businesscase is één toepassing van digitalisering doorgerekend. Het betreft automatische verslaglegging van gesprekken bij de huisarts

### Pilot AI spraakherkenning

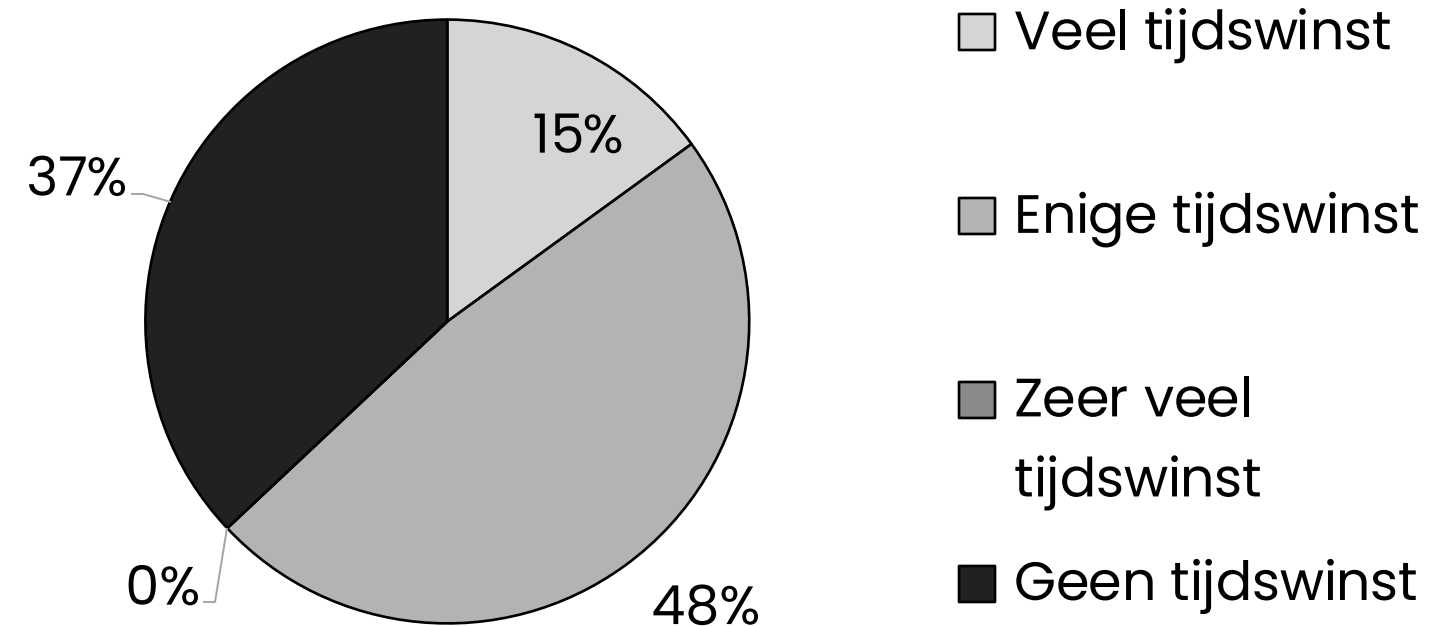
Bij Rijnmond Dokters in Rotterdam is een pilot uitgevoerd onder 48 respondenten die een (verouderde) versie van een AI-spraakherkenningstool hebben getest. Deze AI spraakherkenningstool zou eraan bijdragen dat er meer tijd over blijft voor de inwoner, doordat het de administratieve lasten van huisartsen aanzienlijk vermindert met het automatisch registreren van consulten. De technologie zet consulten om in de juiste medische verslaglegging (zoals SOEP-regels), waardoor het consult efficiënter verloopt en er meer tijd overblijft voor patiëntenzorg.

De resultaten van deze pilot wijzen uit dat het merendeel van de gebruikers (ca. 63%) tijdswinst ervaart bij het gebruik van AI spraakherkenning.

*"Ik kan na de introductie letterlijk het scherm dat normaal tussen mij en de patiënt staat open-draaien, het toetsenbord vergeten en mij richten op het gesprek – Toen hij wegliep stond het verslag klaar en hoefde ik alleen op opslaan te drukken."*

Bovengenoemde pilot heeft betrekking op een verouderde versie van de AI spraakherkenningstool waarbij de koppeling met het HIS (huisartsen informatiesysteem) nog ontbrak. Met deze koppeling zijn de opbrengsten voor huisartsen naar verwachting nog groter.

**Tijdswinst**



**DIGITALISERING** | Tot 2032 stijgt de vraag naar huisartsen met 85 FTE. Als dat aantal naar beneden kan door administratieve lastenverlichting is dat financieel gunstig

### Ontwikkelingen en context huisartsenzorgvraag

Op dit moment is er circa 340 FTE aan huisartsen actief in Friesland (Nivel). Ondersteunend personeel (praktijk ondersteuners en doktersassistenten) worden buiten beschouwing gelaten in deze berekening. Het huidige tekort aan huisartsen betreft ongeveer 10 tot 20% (Nivel) – voor de berekening wordt uitgegaan van het gemiddelde (15%).

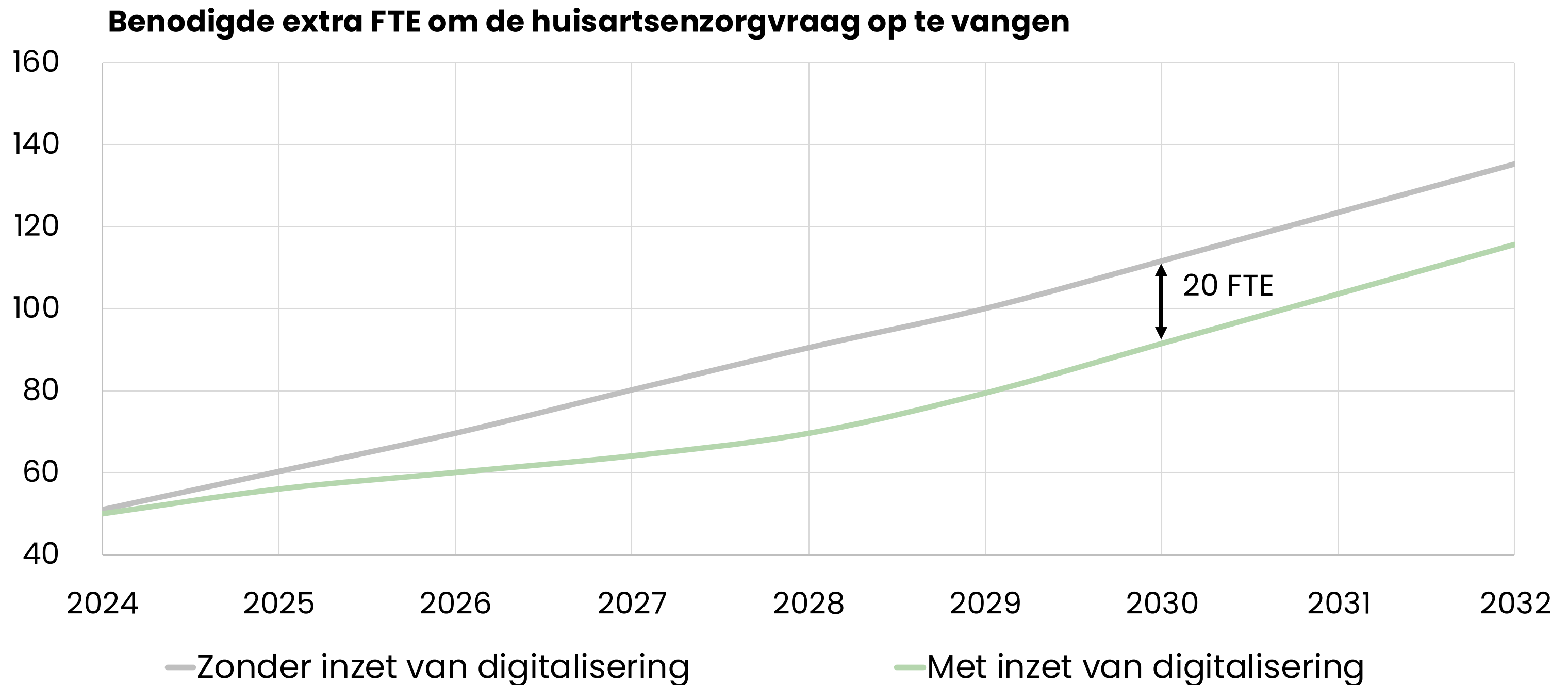
Als gekeken wordt naar het personeelsaanbod, is de verwachting dat het aantal huisartsen (door verschillende factoren) afneemt tot 320 FTE in 2028. Uitgaande van eenzelfde afname tot 2032 kan worden gesteld dat er dan nog 300 FTE aan huisartsen actief zijn (Nivel).

Tegelijkertijd neemt de vraag naar huisartsenzorg toe. Uitgegaan wordt van een minimale stijging van 0.9%, en een maximale stijging van 1.8% (LHV). Voor de berekening van het arbeidsmarkttekort wordt uitgegaan van het gemiddelde (1.35%)

Als we kijken naar de inzet van huisartsen is bekend dat huisartsen gemiddeld 59 uur per FTE werken. Ongeveer een vierde (26%) van deze tijd besteden huisartsen aan patiëntgebonden administratie (Nivel).

De inschatting van deze tijdsbesteding is dat ten minste 25% van de patiëntgebonden administratietijd bespaard kan worden door de inzet van digitalisering. Deze tijd kan vervolgens weer ingezet worden om meer consulten te doen. Dit is een conservatieve inschatting kijkend naar het voorbeeld dat genoemd wordt in het regeerakkoord: van *7 minuten naar minder dan 17 seconden*.

**DIGITALISERING** | Zichtbaar wordt dat met de inzet van digitalisering, in 2030 20 FTE minder benodigd is ten opzichte van wanneer er geen digitalisering (AI tool) wordt ingezet



*In de bovenstaande grafiek wordt enkel gekeken naar de impact van 'digitalisering' ten opzichte van een scenario van 'niks doen'. Het daadwerkelijke personeelstekort is afhankelijk van vele andere factoren, ook van de andere activiteiten uit dit transformatieplan. Digitalisering kan helpen een deel van dit gat te overbruggen.*

## **DIGITALISERING** | Door de kostprijs van een huisarts en de kosten van digitalisering mee te nemen krijgen we zicht op de totale financiële businesscase voor dit onderdeel

### Cijfers van toepassing op de besparing

A. Totale aantal werkuren huisartsen Friesland per jaar	942.820 <sup>1</sup>
B. Totale aandeel patiëntgebonden administratie in uren (o.b.v. 26%)	245.100 <sup>2</sup>
C. Procentuele werkdrukvermindering patiëntgebonden administratie	25% <sup>3</sup>
D. Totale werkdrukvermindering in uren per jaar	61.275
E. Gemiddelde kostprijs huisarts per uur	€ 80 <sup>4</sup>

### Cijfers van toepassing op de kosten

F. Totale aantal inschrijvingen op naam (ION) van huisartsenpraktijken	545.000 <sup>4</sup>
G. Kosten voor spraakherkenningstool per ION per jaar	€ 0,65 <sup>6</sup>
H. Kosten vergadermicrofoons per stuk	€ 91 <sup>6</sup>
I. Totale aantal benodigde vergadermicrofoons	400 <sup>7</sup>

### **Besparing Zvw**

(Totale werkdrukvermindering in uren per jaar \* Gemiddelde kostprijs huisarts per uur) – ((Totale aantal inschrijvingen op naam (ION) van huisartsenpraktijken \* Kosten voor spraakherkenningstool per ION per jaar) + (Kosten vergadermicrofoons per stuk \* Totale aantal benodigde vergadermicrofoons))

$$(61.275 * 80) - ((545.000 * 0,65) + (91 * 400)) = \underline{\underline{€ 4.520.000}}$$

### **Besparing Sociaal Domein\***

Niet van toepassing, derhalve zijn er geen bandbreedten doorgerekend

1. Doorrekening op basis van 340 FTE huisartsen / 59 uur per week en 47 werkweken (Cijfers Nivel en Zorgplein Noord)

2. Doorrekening op basis 26% patiëntgebonden taken/administratie voor de huisarts (cijfers Nivel)

3. Inschatting Dokterszorg impact spraakherkenningstool (op basis van pilots)

4. Inschatting op basis van gewogen gemiddelde elders in den lande

5. Doorrekening op basis van 218 huisartsenpraktijken in Friesland en 2.500 ION's per HAP

6. Website spraakherkenningstool

7. Inschatting op basis van totale aantal FTE

# TOTAALOVERZICHT

05

**TOTAAL** | In de business case zitten mogelijk een aantal dubbeltellingen. Dit lijkt in ieder geval aan de orde als het gaat om de effecten van onderdelen uit het MGN

### Componenten uit de business case

1

#### Complexe doelgroepen

Een EPA aanpak richt zich op inwoners met EPA, die tevens problemen ervaren op verschillende leefgebieden. Dit betreft de doelgroep met de zwaarste mentale problemen. Gezinshulp focust op zorg voor multi-stress gezinnen.

2

#### Laagdrempelige steunpunten

Steunpunten zijn er voor alle inwoners die mentale problemen ervaren. De doelgroepen kunnen per steunpunt (lokale context) enigszins verschillen.

Aannemelijk dat er overlap zit tussen doelgroepen

3

#### Verkenkend gesprek

Het verkennend gesprek richt zich op inwoners bij wie de huisarts een verwijzing naar de GGZ overweegt, en bij wie ook problemen op andere leefgebieden spelen.

#### Casusoverleg

Het domeinoverstijgend casusoverleg richt zich op patiënten met complexe zorgvragen die een integrale aanpak vragen.

#### Consultatiefunctie

Consultatie richt zich op cliënten waarvan de huisarts of gebiedsteam medewerker twijfelt of er GGZ-zorg ingezet dient te worden.

Aannemelijk dat er overlap zit tussen de interventies

4

#### Digitalisering

Digitalisering kan (in zijn volledige breedte) een impact hebben op de zorg en ondersteuning voor alle type cliënten. Echter, in de doorrekening van de businesscase, wordt gekeken naar de impact van digitalisering op de efficiëntie van huisartsen.

Voor dit onderdeel geldt dat er, rekening houdend met de wijze van doorrekening, geen overlap is

**TOTAAL** | De EPA doelgroep wordt ondersteund vanuit de EPA aanpak en van steunpunten. Het is onzeker of dit leidt tot een sterkere businesscase of dat er sprake is van dubbeltelling

### Componenten uit de business case

1

**Complexe doelgroepen**

2

**Steunpunten**

Het is aannemelijk (en wenselijk) dat een deel van de EPA-doelgroep ook gebruik maakt van de laagdrempelige steunpunten. In deze businesscase zijn de effecten van beide interventies afzonderlijk doorgerekend. Het samenkomen van beide interventies voor de EPA-doelgroep kan twee effecten hebben:

1. Dubbeltelling van de effecten: De positieve effecten van zowel de steunpunten als de EPA-aanpak kunnen niet zomaar worden opgeteld voor de EPA-doelgroep. Dit betekent dat er een correctie nodig is op het deel van de EPA-doelgroep waarvan verwacht wordt dat ze zowel gebruik maken van steunpunten als van de EPA-aanpak.
2. Versterkend effect van de componenten: De positieve effecten van steunpunten en de EPA-aanpak worden versterkt wanneer mensen met EPA van beide interventies gebruikmaken. Het is aannemelijk dat wanneer de EPA-doelgroep niet alleen formele hulp ontvangt via een EPA-aanpak, maar ook informele hulp vanuit een steunpunt, het herstelproces sneller verloopt en de behandelduur korter wordt. In dat geval zijn de effecten van de afzonderlijke interventies lager dan wanneer ze gecombineerd worden.

Het staat vast dat beide componenten gedeeltelijk dezelfde doelgroep bereiken. Op dit moment is het echter moeilijk in te schatten of dit leidt tot een positiever financieel effect of dat er sprake is van een dubbeltelling. Daarom zijn er specifiek voor deze onderdelen van de business case geen 'dubbelingen' of 'versterkingen' doorgevoerd. Voor Gezinshulp wordt er niet van uit gegaan dat er een significante overlap is met een van de onderdelen.

**TOTAAL** | Afhankelijk van welke componenten met elkaar vergeleken worden is er sprake dubbel telling. Zekerheidshalve gaan wij uit van 50% dubbeling op het totaal

### Componenten uit de business case

3

**Verkennend gesprek**

**Domeinoverstijgend casusoverleg**

**consultatiefunctie**

In deze businesscase zijn de drie bovengenoemde componenten afzonderlijk berekend, zonder rekening te houden met het feit dat alle drie de interventies in Friesland worden ingevoerd.

Het is aannemelijk dat, in een situatie waarin bijvoorbeeld alleen een consultatiefunctie beschikbaar is (en geen verkennend gesprek of casusoverleg), huisartsen vaker voor een consultatie kiezen dan wanneer ze ook de optie hebben om voor een verkennend gesprek of casusoverleg te kiezen. In dit kader zijn de volgende aannames geformuleerd om dubbeltellingen in het Sociaal Domein en de Zvw te mitigeren:

#### Dubbel telling tussen

#### Aanname voor dubbel telling

Verkennend gesprek en consultatie

Huisartsen kiezen bij 20% van de mensen voor wie in de businesscase een verkennend gesprek is ingezet, voor consultatie indien dit beschikbaar is. Het aantal mensen dat een verkennend gesprek ontvangt, wordt dus 20% lager

Consultatie en verkennend gesprek

Huisartsen kiezen bij 5% van de mensen voor wie in de businesscase consultatie is ingezet, voor een verkennend gesprek indien dit beschikbaar is. Het aantal mensen waarvoor consultatie wordt ingezet, wordt dus 5% lager

Casusoverleg en consultatie

Huisartsen kiezen bij 10% van de mensen voor wie in de businesscase het casusoverleg is ingezet, voor een verkennend gesprek indien dit beschikbaar is. Het aantal mensen waarvoor het casusoverleg wordt ingezet, wordt dus 10% lager

**TOTAAL** | In deze businesscase is digitalisering alleen meegenomen als effect op het benodigd aantal huisartsen in 2030, hierin zijn geen dubbelstellingen aan de orde

### Componenten uit de business case

4

#### Digitalisering

Digitalisering kan (in zijn volledige breedte) een impact hebben op de zorg en ondersteuning voor alle type cliënten. Echter, in de doorrekening van de businesscase, wordt gekeken naar de impact van digitalisering op de efficiëntie van huisartsen.

Het staat vast dat digitalisering in zijn volledige breedte een impact kan hebben op alle type doelgroepen als het gaat om de mentale zorg en ondersteuning. Echter, in de huidige doorrekening van digitalisering is er sec gekeken naar de impact van een AI spraakherkenningstool onder huisartsen op het benodigde aantal huisartsen in 2032. Om deze reden is er geen overlap aan de orde tussen digitalisering en de andere onderdelen uit de businesscase.

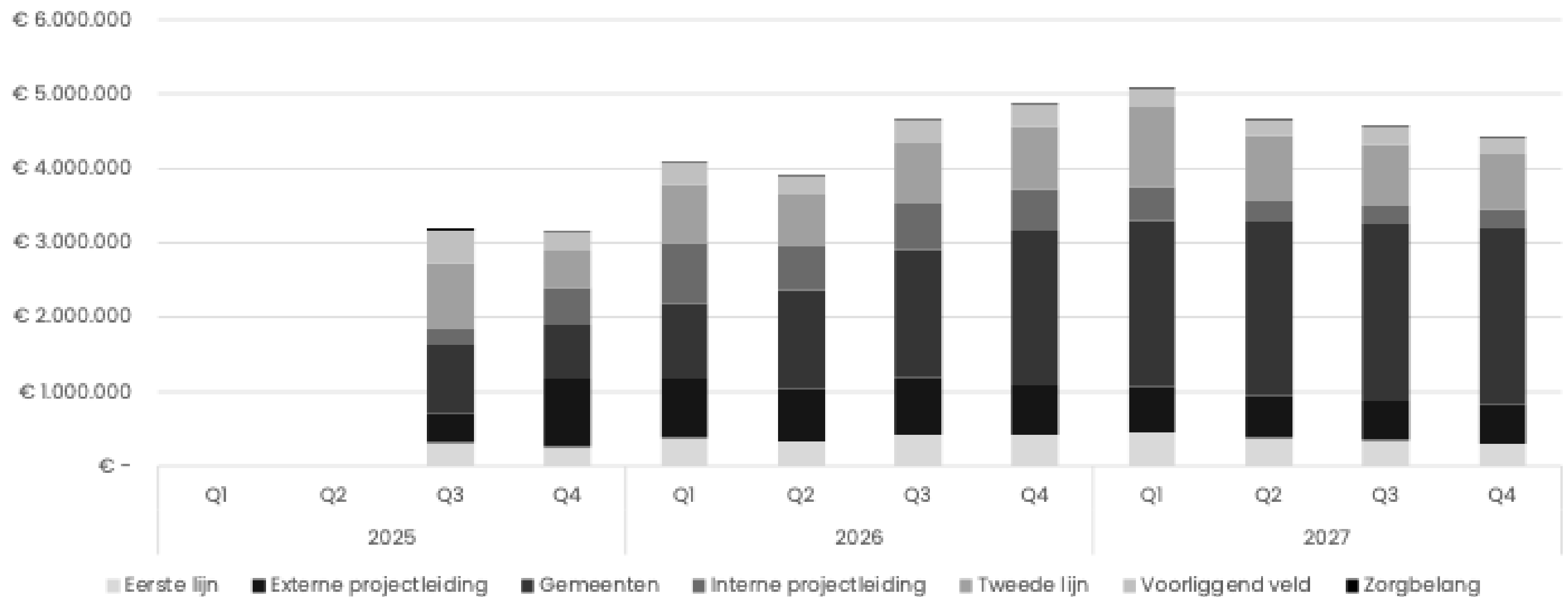
**TOTAAL** | Als we vanaf 2030 kijken naar de totale jaarlijkse besparing in de Zvw, na correctie voor overlap, komen we uit op een potentiële besparing van ongeveer € 16m per jaar

Onderdeel	Resultaat Zvw	Resultaat Sociaal Domein	Resultaat totaal
EPA	€ 2.800.000	€ 1.445.000	€ 4.245.000
Gezinshulp	€ 1.855.000	€ 17.900.000	€ 18.655.000
Steunpunten	€ 3.675.000	€ 2.112.500	€ 5.787.500
<i>Zorg op de juiste plek</i>			
Verkenkend gesprek	€ 765.000	- € 798.000	- € 33.000
Casusoverleg	€ 3.263.000	- € 378.000	€ 2.885.000
Consultatiefunctie	€ 2.743.000	NTB	€ 2.743.000
Digitalisering	€ 4.520.000	NTB	€ 4.520.000
Correctie voor dubbeltellingen*	- € 3.385.500	NVT**	- € 3.385.500
<b>Totaal</b>	<b>€ 16.235.500</b>	<b>€ 20.281.500</b>	<b>€ 35.417.000</b>

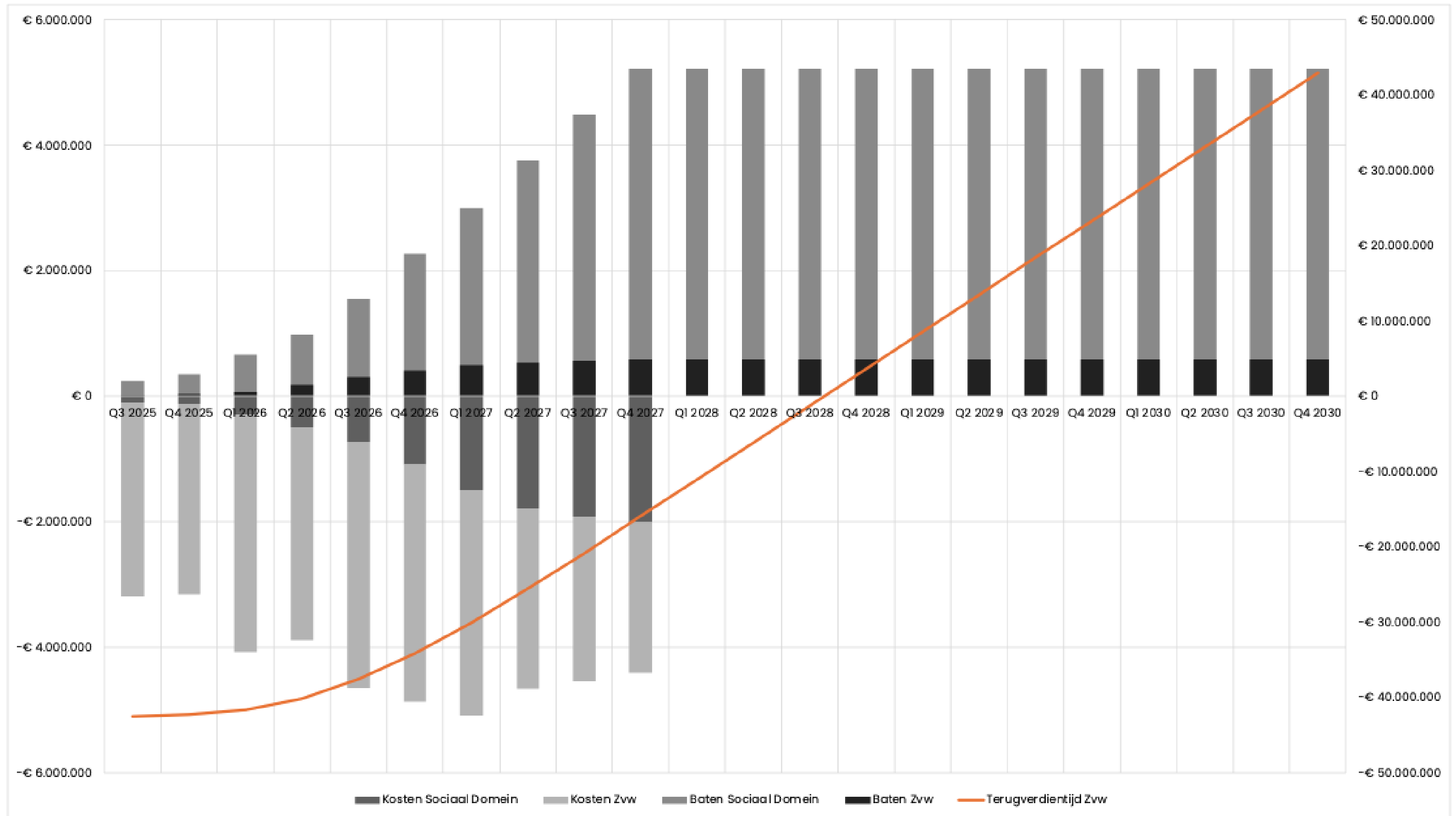
\* Er is uitgegaan van 50% dubbeltelling voor het onderdeel Zorg op de juiste plek

\*\* Er is uitgegaan van een correctie voor dubbeltelling enkel als het aankomt op potentiële baten

**TOTAAL** | De incidentele kosten van het transformatieplan komen uit op ongeveer €42.5 miljoen, verdeeld over de partijen



**TOTAAL** | Een beeld van de incidentele en structurele kosten laat zien dat op basis van onderdelen uit de businesscase de investering in Q3 2028 is terugverdiend voor de Zvw



**TOTAAL** | De bandbreedten laten voor het Sociaal Domein zien dat bij wisselende effectiviteit van de onderdelen er een besparing tussen de € 5m en € 23m wordt gerealiseerd

Onderdeel	Scenario laag	Scenario gemiddeld	Scenario hoog
EPA	€ 722.500	€ 1.445.000	€ 2.167.500
Gezinshulp	€ 4.100.000	€ 10.500.000	€ 17.900.000
Steunpunten	€ 650.000	€ 2.112.500	€ 3.575.000
<i>Zorg op de juiste plek</i>			
Verkenkend gesprek	- € 780.000	- € 798.000	- € 815.000
Casusoverleg	- € 324.000	- € 378.000	- € 432.000
Consultatiefunctie	NVT	NVT	NVT
Digitalisering	NVT	NVT	NVT
<b>Totaal</b>	<b>€ 4.368.500</b>	<b>€ 12.881.500</b>	<b>€ 22.395.500</b>