

SROI

Gezamenlijk Medisch Consult (pre)diabetes*

24 januari 2018

Onderzoek uitgevoerd in de periode oktober 2018 – januari 2019 door Maarten Ploeg en Pim Ketelaar in opdracht van

r a e d e l i j n 

In samenwerking met

 **mariahoeek**
Gezondheidscentrum
aan de singel



* Deze PowerPoint vormt samen met de Word- en Excel file afkomstig uit de Sinzer-tool de eindrapportage van ons onderzoek

Agenda 24 januari

- 15:00 Welkom en introductie
- 15:15 Opdracht & 'Van Mariahoek naar Utrecht'
- 15:30 SROI methodologie
- 15:45 Eindrapportage SROI GMC (pre)diabetes/discussie
- 17.00 Conclusies & aanbevelingen
- 17.30 Afsluiting



Onderzoeksvragen:

1. Toegevoegde waarde GMC (pre)diabetes.
2. Mogelijkheden opschaling initiatief Gezondheidscentrum Mariahoek naar andere huisartsenpraktijken in Utrecht.



Doelstelling onderzoek:

aan de betrokken stakeholders zichtbaar maken wat preventie oplevert zowel aan maatschappelijke waardes als aan kwantitatieve waarde.

Gezamenlijk Medisch Consult (pre)diabetes

Aanname: sneller leren en activeren door mensen met (pre)diabetes

80% van de patiëntvragen generiek | Groepsgesprek leidt tot (h)erkenning | Prikkel tot verandering

Groepsconsult sluit aan bij visie/trends

- Zelfredzame burger, focus op zelfmanagement
- Van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid
- Positieve Gezondheid, 2^e > 1^e > 0^e lijn
- Quadruple aim

Initiatiefnemer = Gezondheidscentrum Mariahoeck / GEZ Binnenstad Gezond

- Irene Groenewegen (huisarts)
- Brigitte Wieman (diëtist)
- Eveline Fassaert (praktijkondersteuner somatisch)

Werkwijze

- Onderdeel reguliere zorgpraktijk
- Zorgverlener nodigt uit, 8 – 12 deelnemers
- Nuchter glucose > 6.1
- 1 bijeenkomst 1,5 uur
- Onderwerpen: voeding en leefstijl
- Deelnemers bepalen de agenda
- Zorgverleners geven antwoorden op vragen

Ervaring Mariahoeck

17 groepen, circa 140 deelnemers in de periode december 2016 – december 2018.

Deelnemers aan het woord

- 'Scherper geworden op het terrein van alcoholconsumptie.'
- 'Op de heenweg voelde ik me al prettig. Ik ben extra hard gaan fietsen, daar gaat je hart lekker van kloppen. Mijn dagelijkse wandelingen loop ik nu in een veel hoger tempo, zo'n 7 km. per uur.'
- 'Door het GMC kan ik niet meer zo makkelijk smokkelen met mijn leefstijl.'
- 'Ik voel me beter. Mijn kwaliteit van leven is van 6.9 naar 7.2 gegaan.'
- 'Door gesprek met lotgenoten voel ik me zelfverzekerder.'
- 'Ik wist alles wel, maar in zo'n groep komt het binnen.'
- 'Nuttiger dan ik had gedacht. Het groepsconsult activeert 'doe er wat aan.'
- 'Nieuwe info over voeding gekregen.'
- 'Ik zie er in mijn gezicht smaller uit, daar krijg ik veel positieve berichten over. Mijn kwaliteit van leven is omhoog gegaan van 7.5 naar 8. Dit heeft een duurzaam effect.'

Van Mariahoeek naar Utrecht

Collega Zorgverleners enthousiast

Hoe kunnen we ervaring opdoen? | Hoe kunnen we starten? | Hoe kunnen we financieren?

Waarom wel?

- 'ik geloof in het positieve effect.'
- 'Het zal mijn werk verrijken.'
- 'Ik ga leren van collega's.'
- 'Minder routinewerk.'

Waarom eventueel niet

- 'Niet iedere zorgverlener en patiënt is geschikt voor het Groepsconsult (pre)diabetes.'
- 'Het komt er alleen maar bij.'
- 'Is het wel evidence based?'

Randvoorwaarde: projectleiding & scholing

- Coördinator voor middellange termijn.
- Scholing hanteren groepsdynamiek.
- Invoeringsplan & toolbox.

Suggesties

- Follow up bijeenkomst(en).
- Aanpak achterstandsgroepen.

Opschalingsmodel

- Elk half jaar starten in een nieuwe wijk.
- Ervoor: half jaar oriëntatie & voorbereiding.

Geïnterviewden

Organisatie	Naam	rol/functie
	Man, 68 jaar	deelnemer
	Man, 80 jaar	deelnemer
	Vrouw, 58 jaar	deelnemer
Careyn	Sascha de Jong	diëtist
Careyn	Brigitte Wiegman	diëtist
Diabetesvereniging Nederland	Angela de Rooij	belangenbehartiger
Gezondheidscentrum Kanaleneiland	Ria van Bodegom	huisarts
Gezondheidscentrum Kanaleneiland	Leontien vd Bergh	praktijkondersteuner somatisch
Gezondheidscentrum Mariahoeck	Irene Groenewegen	huisarts
Gezondheidscentrum Binnenstad	Eveline Fassaert	praktijkondersteuner somatisch
Gezondheidscentrum Oog in Al	Monique Prinsen	huisarts, kaderhuisarts CVRM
Gemeente Utrecht, Pharos	Chandra Verstappen	beleidsadviseur
Huisartsenkliniek Overvecht	Hilda van Oosterom	huisarts
Huisartsenpraktijk Vogelenbuurt, HUS	Janneke Spitsbaard	huisarts, kaderhuisarts DM
Nederlandse Zorgautoriteit	Kirsten de Brouwer	beleidsmedewerker
Raedelijn	Mona vd Steeg	senior consultant
Raedelijn	Matthijs Zwier	senior consultant
Zilveren Kruis	Edmée van den Akker	beleidsadviseur
Zilveren Kruis	Annet Bolsenbroek	gemeenteadviseur
Zorg & Zekerheid	Juliette Neomagus	beleidsadviseur

Social Return on Investment (SROI)

Het meten van
**Maatschappelijke
Impact**



Social Return on Investment (SROI)

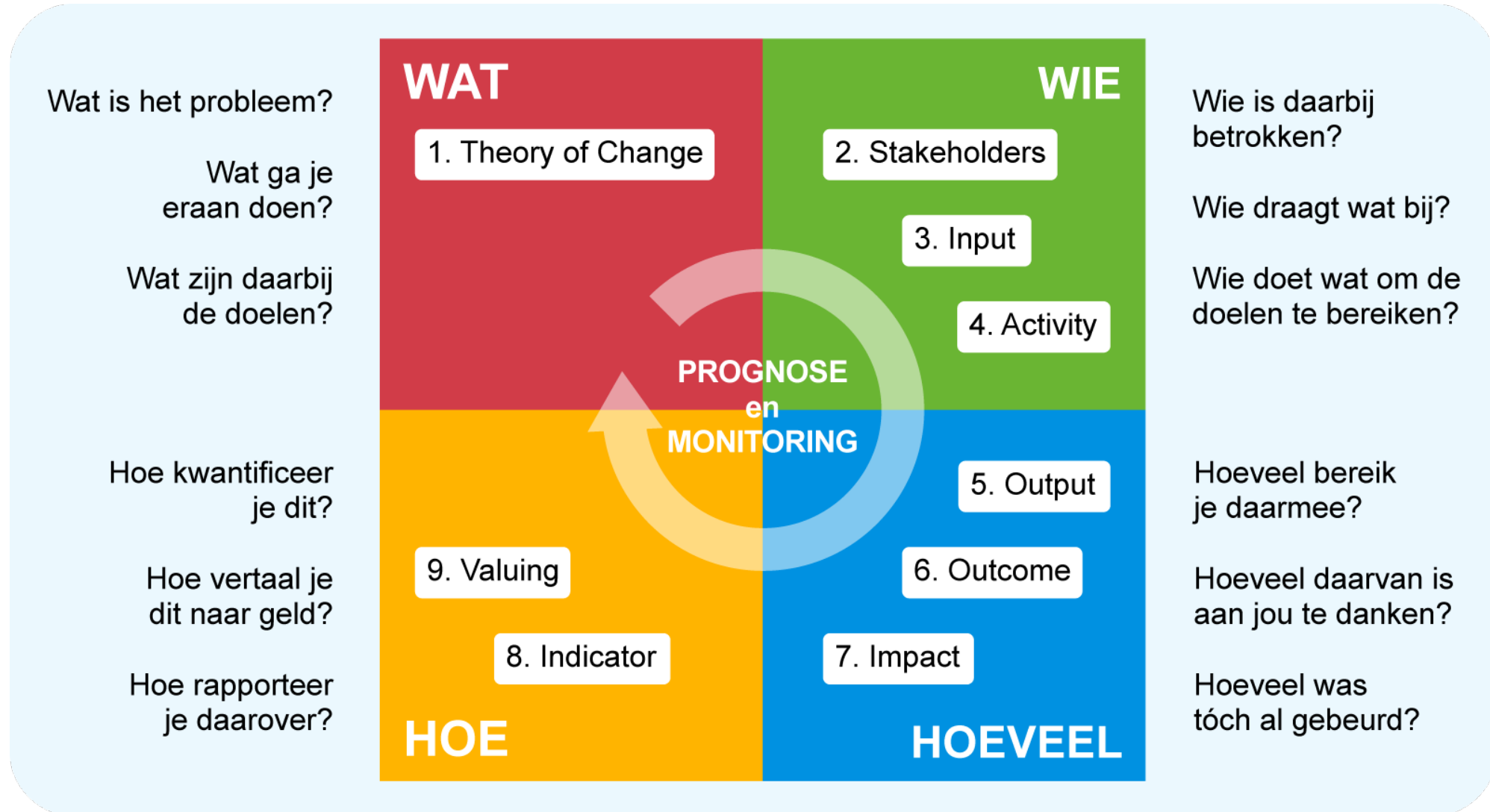
Impact boven winst



Social Return On Investment (SROI)

- Internationaal gevalideerde, gestructureerde methode om de economische en maatschappelijke waarde van een investering zichtbaar te maken
 - Maakt stakeholders en hun belang inzichtelijk
 - Monetarisering van alle investeringen en opbrengsten
 - ✓ Resultaat is SROI ratio met weging alle investeringen en opbrengsten
 - ✓ Opbrengst proces: draagvlak en commitment stakeholders
 - ✓ Leidt tot her allocatie van middelen en contractinnovatie
- ➔ duurzame financiering

SROI methodiek



Impact claim

- De berekende uitkomsten worden gecorrigeerd voor:
- de kans dat dit effect spontaan optreedt (deadweight);
- de kans dat dit effect toe te schrijven is aan inspanningen van anderen (attributie).
- De impactfactoren deadweight en attributie worden standaard conservatief (hoog) gesteld.
Daarmee wordt overclaimen voorkomen
- Bijvoorbeeld:
als deadweight gesteld op 50% en attributie op 50% dan is de netto impact van het effect waarmee gerekend wordt, dat niet spontaan optreedt en alleen aan de desbetreffende innovatie is toe te schrijven, 25%.



SROI principes



Betrek de stakeholders



Onderzoek en begrijp wat er zal veranderen



Waardeer wat er toe doet



Betrek alleen relevante en significante zaken



Claim niet teveel

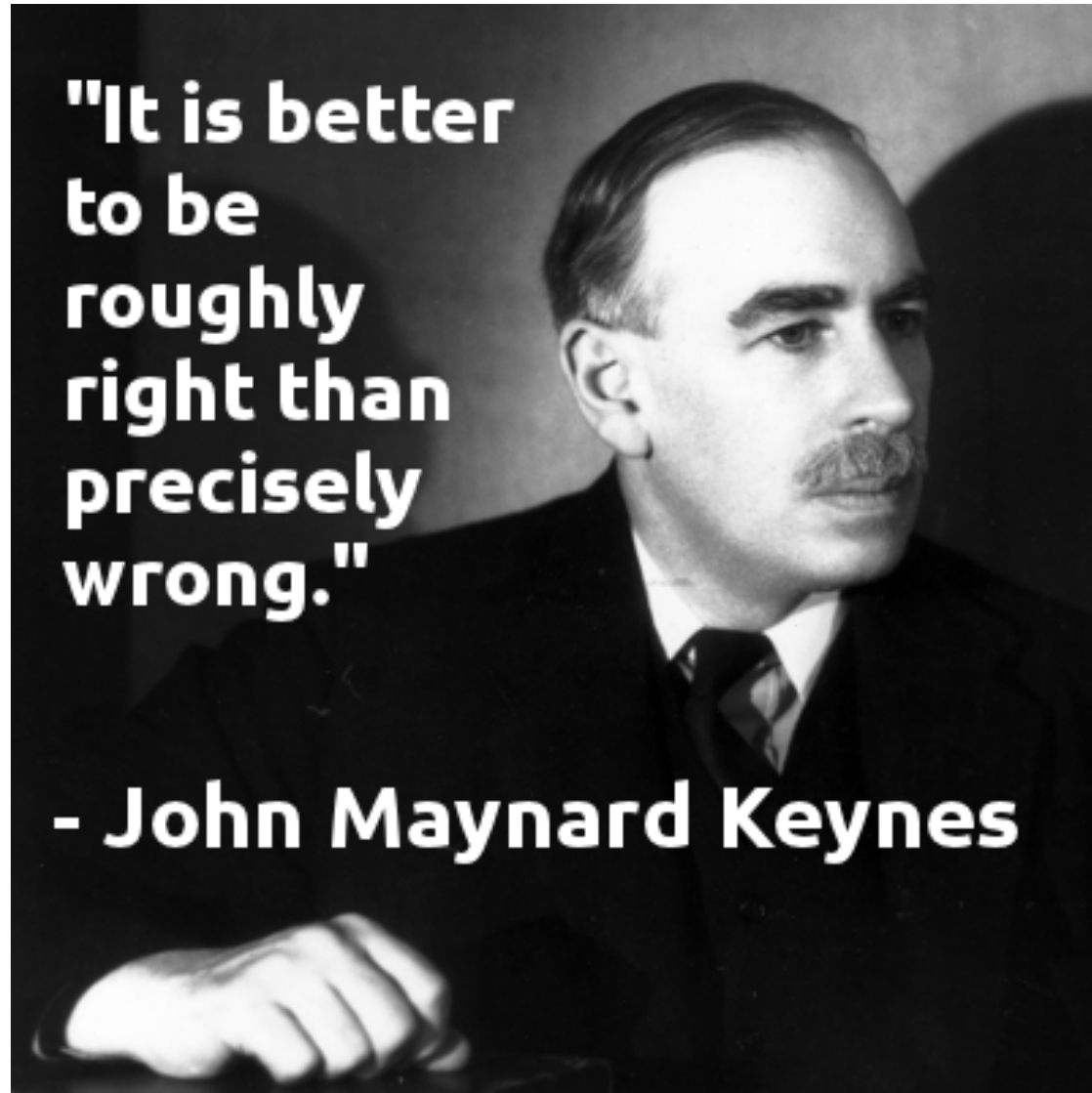


Wees transparant



Verifieer de aannames en resultaten

SROI principles



Opschaling

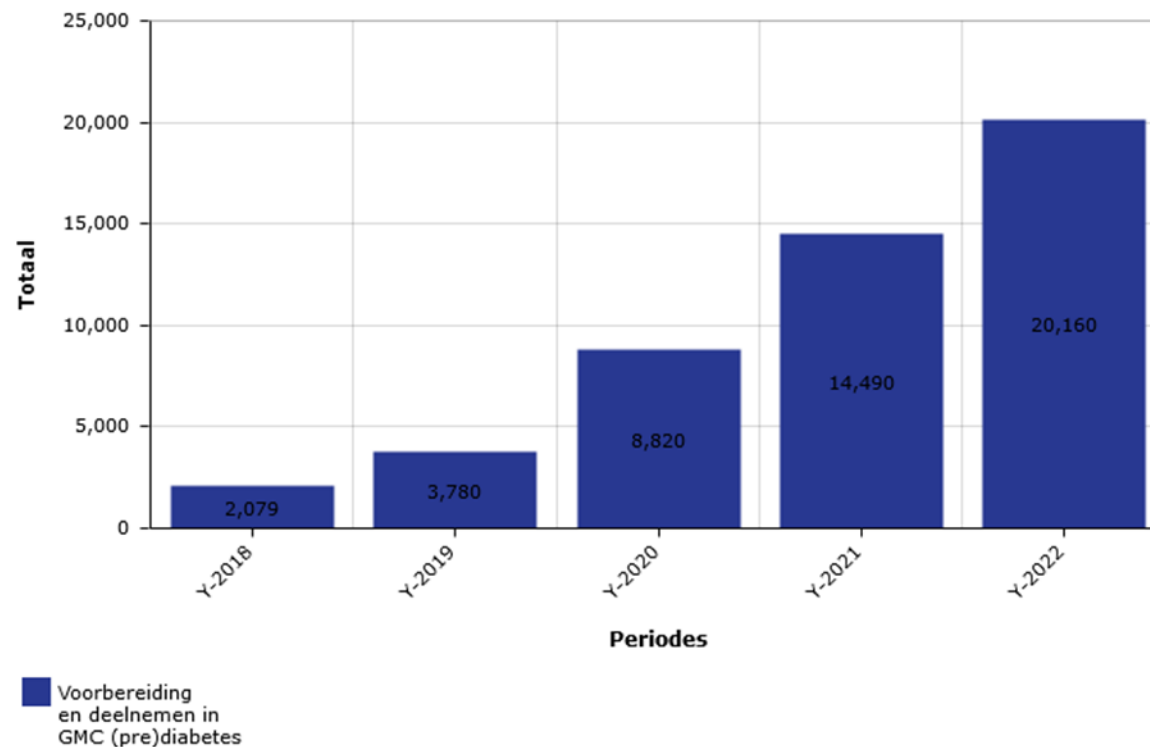
- De eerste uitbreiding begint in het najaar van 2019.
- Per wijk is er een voorbereiding van een half jaar.
- Het gemiddelde aantal deelnemers per groep bedraagt 10.
- We gaan er daarbij vanuit dat er per GMC (pre)diabetes 5 deelnemers met prediabetes en 5 deelnemers met diabetes participeren.

	2018	2019	2020	2021	2022
Teams getraind	1	2	2	2	1
Wijken actief	1	3	5	7	8
Totaal GMC's	8	12	28	46	64
# Patiënten	66	120	280	460	640
# Patiënten cumulatief	66	186	466	926	1566

Inbreng | patiënten

Vorbereiding en deelnemen in GMC (pre)diabetes (Non-Financial):

- Een GMC (pre)diabetes duurt 1,5 uur en wordt in de wijk gehouden. Deelnemers reizen gemiddeld per persoon 15 minuten heen en 15 minuten terug. Daarnaast hebben zij een voorbereiding van 15 minuten. In totaal dus 2,25 uur. We gaan uit van een tijdsprijs van € 14,- per uur (Zorginstituut Nederland, Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg, 2016) wat de totale kosten van de patiënt op $2,25 \times € 14,- = € 31,50$ brengt



Inbreng | eerstelijns - initieel

Initiële kosten training begeleidende teams (Financial):

- Raedelijk kan de begeleidende teams (huisarts, POH-er, diëtist, etc.) begeleiden/trainen. De begeleiding bestaat uit afstemming, opdracht verwerven, voorbereiding, planning, oefenen, uitvoer training, reflectie, evaluatie: 40 uur per wijk. In totaal € 4400,- ex btw = € 5324,- inclusief 21% BTW per wijk. In totaal worden er 8 begeleidende teams getraind. De kosten voor het team in de Binnenstad nemen we mee in 2018. In de jaren 2019-2021 worden er steeds 2 teams getraind. In 2022 wordt er 1 team getraind. De inzet van het begeleidende team bestaande uit drie personen bedraagt 24 uur en is als volgt verdeeld: 8 uur huisarts à € 81 = € 648,- + 8 uur POH-er à € 43,80 = € 350,40 + 8 uur diëtist à € 43,80 = € 350,40 is totaal € 1348,80 De kosten van Raedelijk + eerstelijns = € 5324,- + € 1348,80 = € 6672,80. De uurtarieven zijn de integrale kostprijzen conform de richtlijnen voor kosteneffectiviteitsonderzoek van Zorginstituut Nederland.

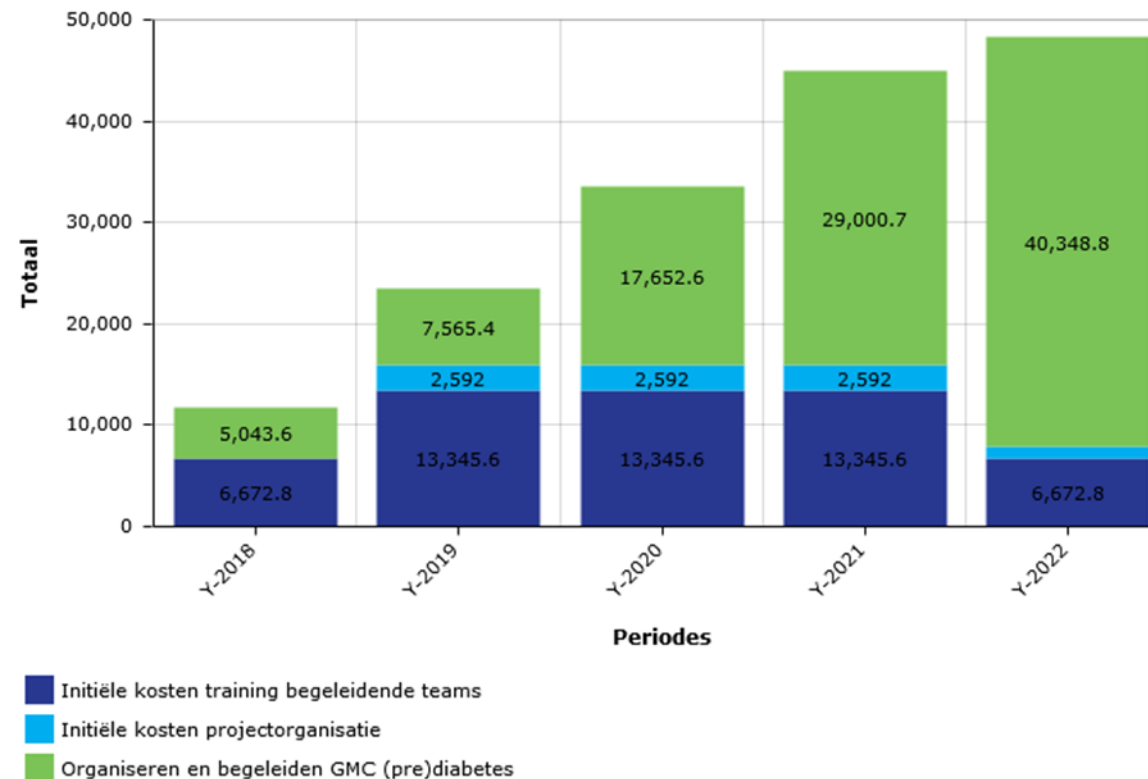
Initiële kosten projectorganisatie (Financial):

- Om begeleidingsteams in nieuwe wijken te recruteren is er een informatiepunt + ambassadeursfunctie nodig. We gaan er van uit dat dit bijvoorbeeld één huisarts is (voor dit project actief in geheel Utrecht) die per nieuwe wijk eenmalig 16 uur inzet à € 81,- = € 1296,- heeft. Er zijn in totaal 7 nieuwe wijken: 2 per jaar in de periode 2019 - 2021 en 1 in 2022

Inbreng | eerstelijns - structureel

Organiseren en begeleiden GMC (pre)diabetes (Financial):

- Voor het organiseren en begeleiden is de huisarts 4 uur à € 81,- = € 324,- actief (rekrutering deelnemers en voorbereiding en uitvoering GMC (pre)diabetes. De POH-er en diëtist zijn samen 4 uur € 43,80 = € 175,20 actief (vorbereiding en uitvoering GMC (pre)diabetes). Tot slot is er een assistent actief: 2,25 uur à € 25,- = € 56,25 (administratie en catering. De kosten voor de zaal + koffie bedraagt € 75,- per keer. De totale kosten voor de inzet van personeel + zaal bedragen dus € 324,- + € 175,20,- + € 56,25 + € 75,- = € 630,45 per GMC (pre)diabetes.



Uitkomsten | patiënten

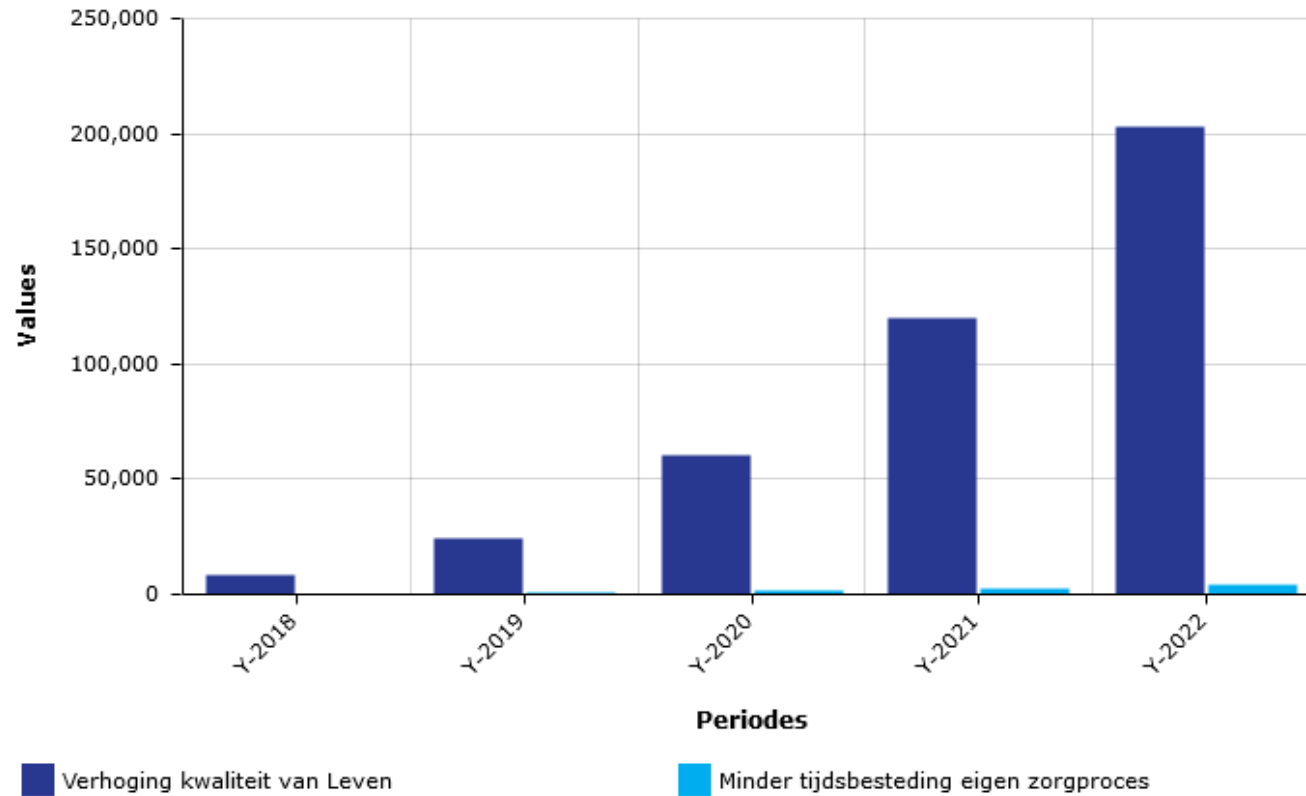
Verhoging kwaliteit van leven

Patiënten die deelnemen aan deze interventie ervaren een hogere kwaliteit van leven. De literatuur laat zien dat patiënten die deelnemen aan een GMC door onder andere een structureel lagere gemiddelde bloedsuikerspiegel (HbA1c) een hogere kwaliteit van leven ervaren. We rekenen met een toename van 0,04 QALY pppj gemiddeld. Eén QALY wordt gewaardeerd als €36.000,=. (Op basis van landelijke SROI ZO! 2017). De waarde is dus € 1440,- p.p.p.j. We rekenen met een impact claim van 9%. De netto waarde waarmee gerekend wordt is dus €130. We doen de aanname dat het effect optreedt vanaf het moment van interventie.

Minder tijdsbesteding eigen zorgproces

Patiënten doen in het GMC (pre)diabetes snel kennis op die ze later in het reguliere traject in het individuele consult niet hoeven op te doen. We gaan ervan uit dat de tijdsbesparing vanwege het minder bezoeken van de diëtist eenmalig 1 uur is waarbij 2 op de 3 patiënten een traject met deze zorgverlener ingaat. De gemiddelde tijdsbesparing pppj is dus 40 minuten. We gaan ervan uit dat de tijdsbesparing vanwege het minder bezoeken van de POH en de huisarts eenmalig 1 consult minder gaan bezoeken. Een consult duurt 10 minuten, dus de besparing is in totaal 20 minuten. De mindertijd consultbezoek is dus in totaal 60 minuten p.p.p.j. Inclusief afspraken maken en reizen is dit 180 minuten = 3 uur à € 14,- - € 52,-. De impactclaim is 12%. Het netto effect waarmee gerekend wordt is dus €6,24 Daarbij gaan we ervan uit dat de reistijd heen en terug naar een consult, inclusief de wachttijd 30 minuten is, dus voor 3 consulten 90 minuten en dat het plannen van 3 consulten in totaal 30 minuten kost.

Uitkomsten | patiënten



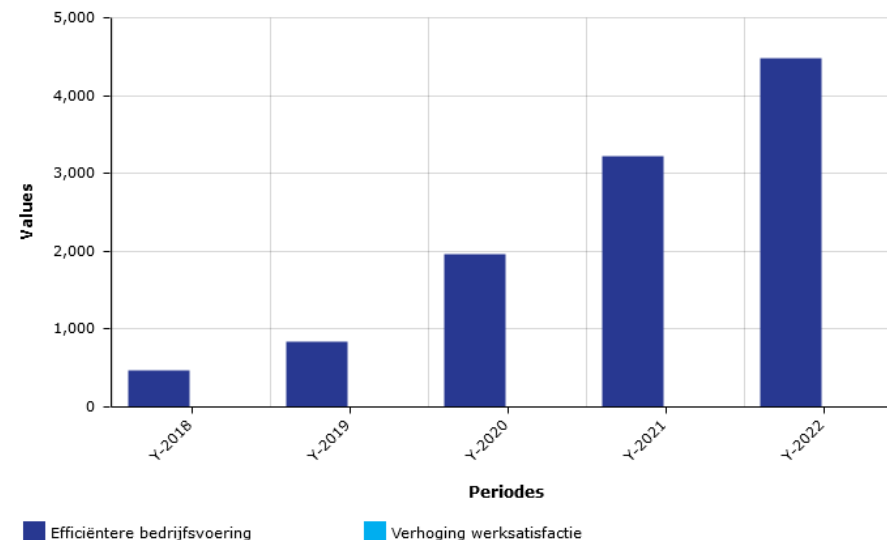
Uitkomsten | eerstelijns

Efficiëntere bedrijfsvoering

Patiënten leren sneller in het GMC (pre)diabetes. Daarom is er eenmalig een tijdsbesparing in de individuele consulten. Voor de diëtist neemt dit gemiddeld 40 minuten af à € 43,80 per uur = € 29,20. Bij de POH scheelt dit 1 eenmalig een consult van 10 minuten à € 43,80 per uur = € 7,30. Bij de huisarts scheelt dit 1 eenmalig een consult van 10 minuten à € 81,- per uur = € 13.50. De totale eenmalige besparing per patiënt is dus € 50. De impactclaim is 14%. Het netto effect waarmee gerekend wordt is dus €7,-

Verhoging werksatisfactie

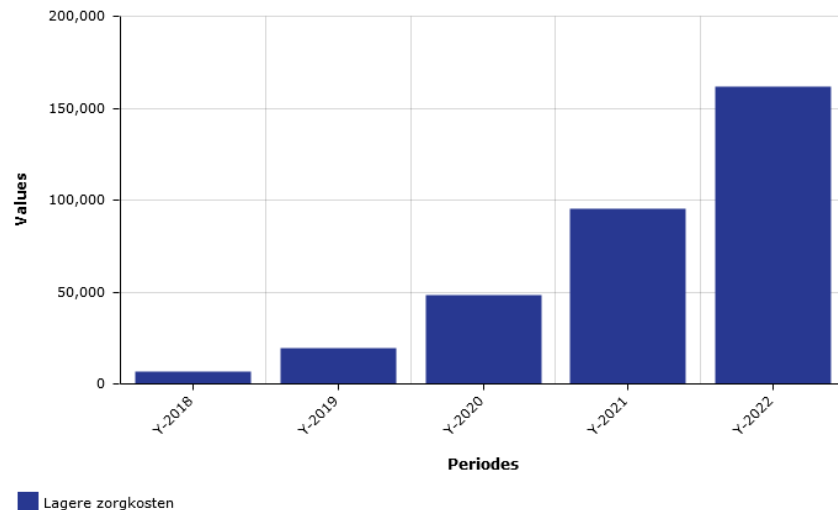
Betrokken huisartsen, diëtisten en POHers rapporteren dat het werk leuker is geworden en dat men ervaart dat het resultaat beter is. Dit is een zg. 'perceived value' die alleen vast te stellen is door de stakeholders hierop te raadplegen. Dit valt buiten de scope van deze SROI, maar kan in later onderzoek worden vastgesteld. Zie ook de SROI analyse ZO! 2017.



Uitkomsten | zorgverzekeraar

Lagere zorgkosten

Patiënten die deelnemen aan het GMC (pre)diabetes hebben uiteindelijk minder zorgkosten. In de literatuur worden kostenbesparingen tot 30% geconcludeerd. We rekenen met een kostenbesparing van €1180 per patiënt per jaar. We baseren ons hierbij op de SROI analyse voor ZO! (landelijk) over 2017 en op het literatuuronderzoek GMC (2018). In de landelijke SROI voor ZO! 2017 wordt geconcludeerd (op basis van Vektis data) dat ondersteunde zelfzorg (voor patiënten die daarmee aan de slag zijn) leidt tot een netto besparing van €1180 gemiddeld per jaar per patiënt met chronische aandoening op kosten Zvw. Dit is een besparing van ruim 30% t.o.v. gemiddelde kosten voor deze populatie, veroorzaakt door minder kosten voor farmacie, medisch specialistische zorg, GGZ en wijkverpleging. De kosten voor huisartszorg en fysiotherapie zijn juist iets hoger. We rekenen met een spontaan effect van 65% en een attributie van 60%, waarmee het netto effect 14% is (=€165 pppj) We gaan er vanuit dat de gedeclareerde zorgkosten verminderen in het jaar van de interventie.



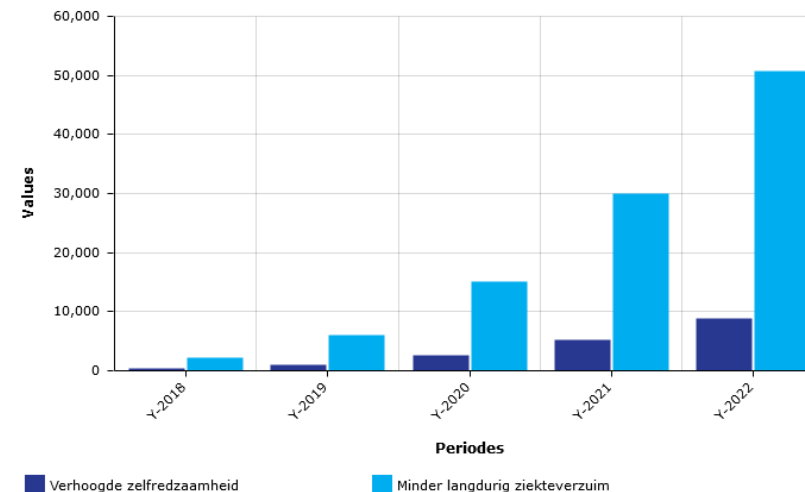
Uitkomsten | gemeente

Verhoogde zelfredzaamheid

We gaan er van uit dat door het versterken van zelfmanagement de aanspraak op maatschappelijke ondersteuning vanuit de gemeente kan worden beperkt. Het macrobudget Wmo 2015 is €8,032 miljard (Rijksoverheid 2014). Gemiddelde aanspraak per inwoner op de Wmo is daarmee €472. Een conservatieve aanname is dat de gemiddelde aanspraak met 10% kan worden verlaagd voor de groep die baat heeft bij de interventie. $10\% * €472 = €47,20$. We rekenen met een impactclaim van 12%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €5,70. We gaan ervan uit dat de besparing optreedt in het jaar van de interventie.

Minder langdurig verzuim

We rekenen met verminderde instroom WIA - burgers met gemiddeld €539,= voor de groep die baat heeft bij de interventie (conform landelijke SROI, 2017). We gaan er van uit dat 25% van de geïncludeerde patiënten tot de beroepsbevolking behoort. (T.o.v. landelijk 50%) = €270 pppj. We rekenen met een impactclaim van 12%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €32 pppj



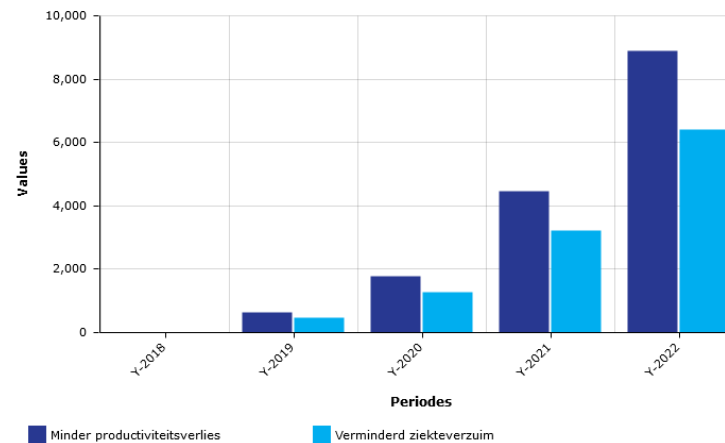
Uitkomsten | werkgevers

Minder productiviteitsverlies

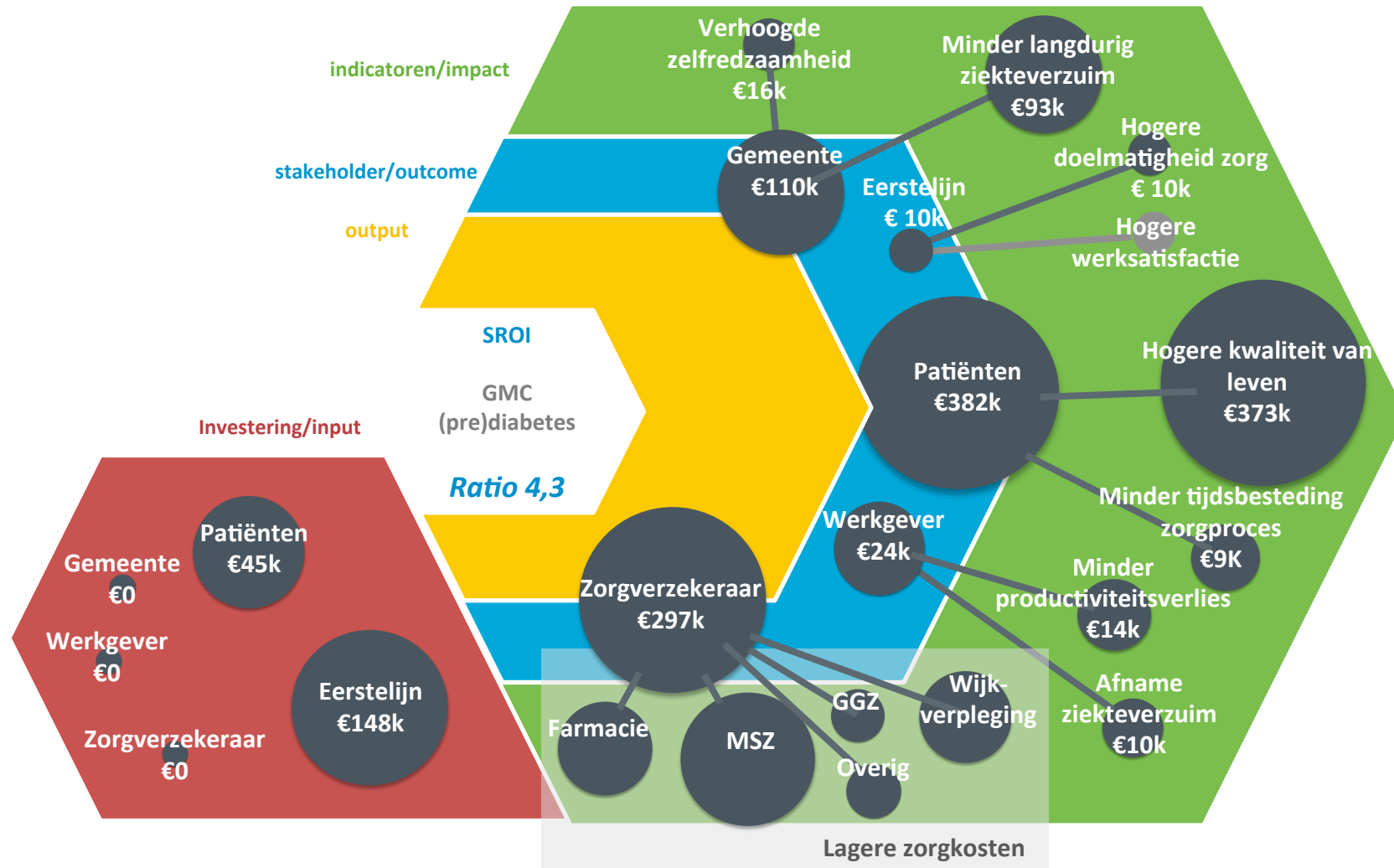
We rekenen met een vermindering afwezigheid ten gevolge van zorg ter waarde van €160,= pppj voor de groep die baat heeft bij de interventie (conform Landelijke SROI ZO!, 2017). We stellen daarbij dat 25% van deze doelgroep een betaalde baan heeft. (50% is gemiddeld voor heel NL bevolking) = €80 pppj gemiddeld. We rekenen met een impactclaim van 14%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €11. We gaan er vanuit dat het effect optreedt in het jaar nadat de interventie heeft plaatsgevonden.

Verminderd ziekteverzuim

Patiënten die baat hebben bij de interventie en die een betaalde baan hebben zullen minder ziekteverzuim hebben. We rekenen met de verzuimkosten voor de werkgever. We gaan uit van €144,= voor de groep die baat heeft bij de interventie. We stellen daarbij dat 25% van deze doelgroep een betaalde baan heeft. (T.o.v. 50% landelijk) = €77 pppj gemiddeld. We rekenen met een impactclaim van 9%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €6,50 pppj. We gaan er vanuit dat het effect optreedt in het jaar nadat de interventie heeft plaatsgevonden.

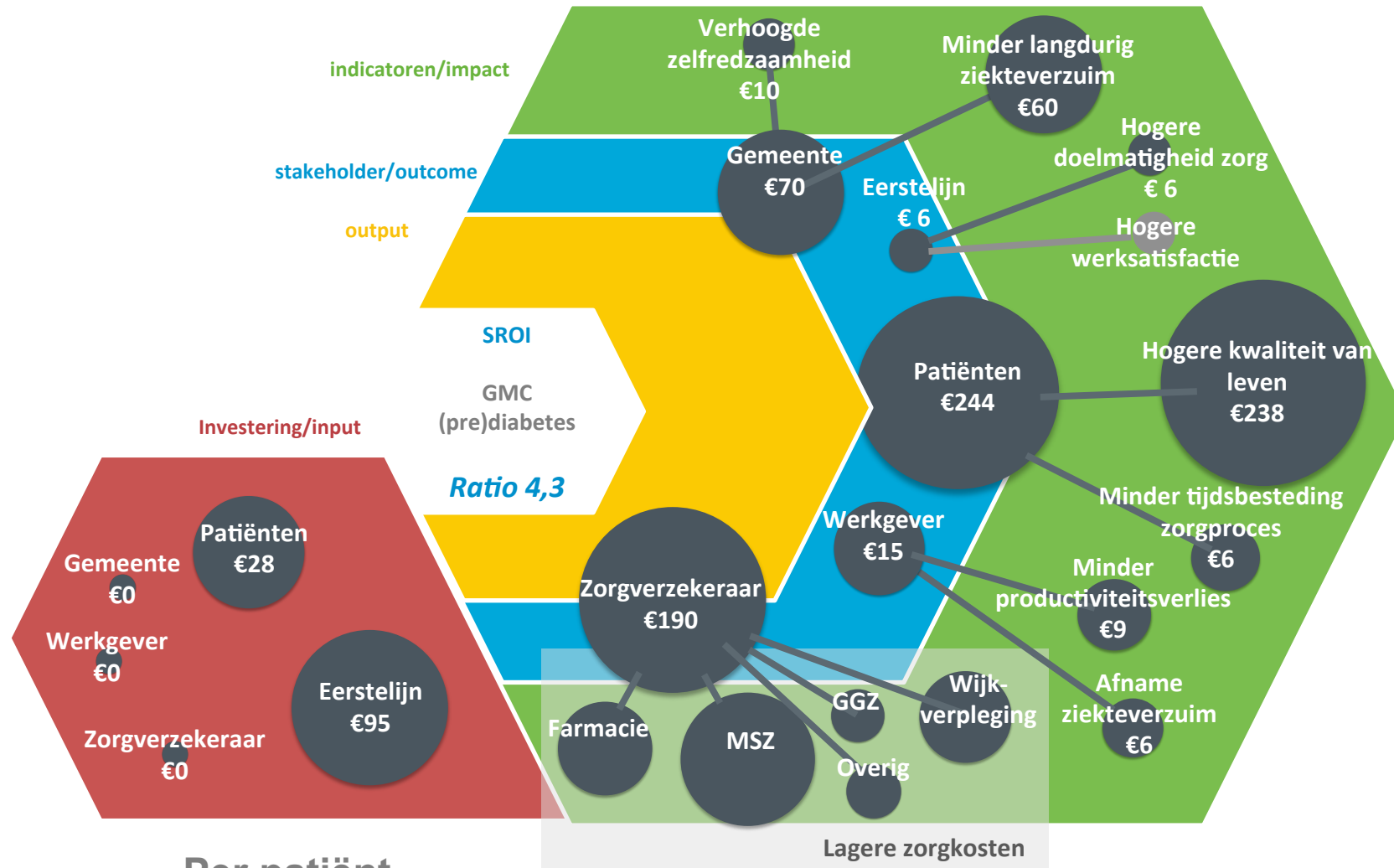


Resultaten - kwantitatief



Totalen 2018-2022

Resultaten - kwantitatief



Per patiënt
gemiddeld over de periode 2018-2022

Conclusies

1. **Voldoende elan/energie** bij de huisartsen in Utrecht om het GMC (pre)diabetes op te schalen in Utrecht.
2. De **precieze aanpak** van het GMC (pre)diabetes **kan(/moet) door ontwikkeld worden**:
 - Profiel deelnemers (ook COPD/CVRM/obesitas?) en wijze van werven deelnemers?
 - Follow up bijeenkomsten organiseren?
 - Aandacht voor achterstandsgroepen?
 - Inrichting projectorganisatie?
3. **Positieve businesscase**. 1 euro investering in de periode 2018 – 2022 levert 4,3 euro op. Drivers zijn kwaliteit van leven en minderkosten 2^e lijn en farmacie. Dit beeld komt overeen met de SROI analyses voor Zelfzorg Ondersteund!
4. Er is een duidelijke **wrong pocket-problematiek**; de huisartsenorganisatie/1^e lijn moet investeren (€148k) terwijl de zorgverzekeraar er op vooruit gaat (minderkosten €297k; uitgaande van opschaling naar heel Utrecht). Ook voor de overheid / gemeente Utrecht is er een positieve businesscase (€110k besparingen Wmo en langdurig verzuim).
5. **Duidelijke (contractuele) afspraken met zorgverzekeraars ontbreken en hinderen de opschaling.**

Aanbevelingen

1. **Ontwikkel een Plan van Aanpak** voor de opschaling van het GMC (pre)diabetes. Onderscheid projectkosten en structurele kosten.
2. **Bespreek het Plan van Aanpak in het reguliere overleg van HUS met gemeente Utrecht en Zilveren Kruis.**
 - Regel de contractering precies in. Zet hierbij in op implementatie op regionaal niveau en op meerjarenafspraken. Benut mogelijkheden binnen O&I; start vanuit regio de dialoog met Zilveren Kruis hierover.
 - Mogelijk kan een arrangement overeengekomen worden mbt tot de inrichting van de projectorganisatie en het inrichten van een GMC (pre)diabetes gericht op achterstandsgroepen.
 - Zoek zo nodig steun bij de beroepsorganisaties en Zelfzorg Ondersteund!
3. **Valideer de nu geleverde SROI** in de jaren 2019 – 2022.

Referenties & bronnen

Seesing F. et al. Samen naar de dokter, Groepsgewijs consult lijkt goed alternatief voor individueel spreekuur. Medisch Contact, 2006

Patiënten geven aan beter (46%) of even goed (38%) geïnformeerd te zijn als bij een individueel consult, geleerd te hebben van medepatiënten (92%), de volgende keer weer voor een gezamenlijk consult te kiezen (78%) en anderen zeker aan te raden aan een gezamenlijk consult mee te doen (96%).

Seesing F. et al. Group medical appointments for people with physical illness (Protocol), Cochrane Library, 2013

GMA's could contribute to improving self-management and quality of life by influencing patients' self-efficacy. The quality of life of chronically-ill patients is influenced strongly by self-management. Optimal self-management involves people taking responsibility for their own health and well-being, as well as learning to manage any long-term illnesses.

Housden et al. Effectiveness of group medical visits for improving diabetes care: a systematic review and meta-analysis. CMAJ, 2013

Group medical visits had a positive effect on clinical and patient-reported outcomes, with significant reductions in glycosylated hemoglobin (HbA_{1c} reduction -0.46%, 95% confidence interval -0.80% to -0.31%).

McEwan et al. Evaluation of the costs and outcomes from changes in risk factors in type 2 diabetes using the Cardiff stochastic simulation cost-utility model (DiabForecaster), 2006

A 1% reduction in HbA_{1c} was equivalent to an 0.4 increment in QALYs.

Clancy et al. Do Diabetes Group Visits Lead to Lower Medical Care Charges? The American Journal of Managed Care, 2008

Besparing van \$3065 (ppp) voor patiënten die aan GMC meedoen versus patiënten die dat niet doen. Dit is een besparing van 30,2%.

Zorginstituut Nederland, Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg, 2016

Tijdprijzen en integrale tarieven

ZonMw, 2017 - Kennissynthese voeding als behandeling van chronische ziekten

https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Gezondheidsbescherming/Voeding_en_gezondheid/Kennisynthese_Voeding_als_behandeling_juni_2017.pdf

Voeding verdient een prominentere plaats bij de behandeling van chronische ziekten en kan dan in belangrijke mate bijdragen aan gezondheidswinst. Voorwaarde daarbij is dat voedingsmaatregelen onderdeel moeten zijn van een duurzame-, algemene leefstijlverbetering.

De grootste gezondheidswinst valt te behalen bij de behandeling van cardio-metabole aandoeningen (cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus type 2 en nierziekten), en van diverse darmaandoeningen.