

Maatschappelijke Businesscase

Best practices medicijndisensers &
leefstijlmonitoring



datum 14 september 2020
door Johan van der Leeuw

Belang van een (maatschappelijke) businesscase

- Voor interne besluitvorming binnen een zorgorganisatie: bestuurlijk niveau, besluitvorming tot structurele toepassing van een bepaalde zorgtechnologie -> businesscase
- Voor financiering van zorgtechnologie onder de 3 financieringskolommen met de 3 financieringsstakeholders -> maatschappelijke businesscase-> waar landen de opbrengsten -> shared savings principe
- 1. Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO -> gemeenten in het werkgebied van een zorgorganisatie
- 2. Zorgverzekeringswet. Zvw -> zorgverzekeraars met polishouders in het werkgebied
- 3. Wet langdurende zorg, Wlz -> regionaal zorgkantoor(en)

Prestatie thuiszorgtechnologie

Wat nu vooral speelt:

- Vanuit shared savings: prestatie thuiszorgtechnologie in Zvw en Wlz per 1-1-2020: Een zorgorganisatie kan tot een maximum van 6,5 uur per maand per cliënt extra declareren volgens afgesproken uurtarief wijkverpleging en persoonlijke verzorging
- Onder de Wlz alleen voor het Modulair Pakket Thuis (MPT), voor het Volledig Pakket Thuis financiering zorgtechnologie binnen het VPT-dagtarief.
- Behoefte aan (maatschappelijke) businesscases spitst zich nu vooral toe op de tweede kolom, de zorgverzekeraars
- Alle grote zorgverzekeraars eisen in de jaarlijkse inkoopvoorwaarden wijkverpleging een businesscase die besparing op tijdsinzet aantoot

Overzicht stand van zaken afspraken per mei 2020

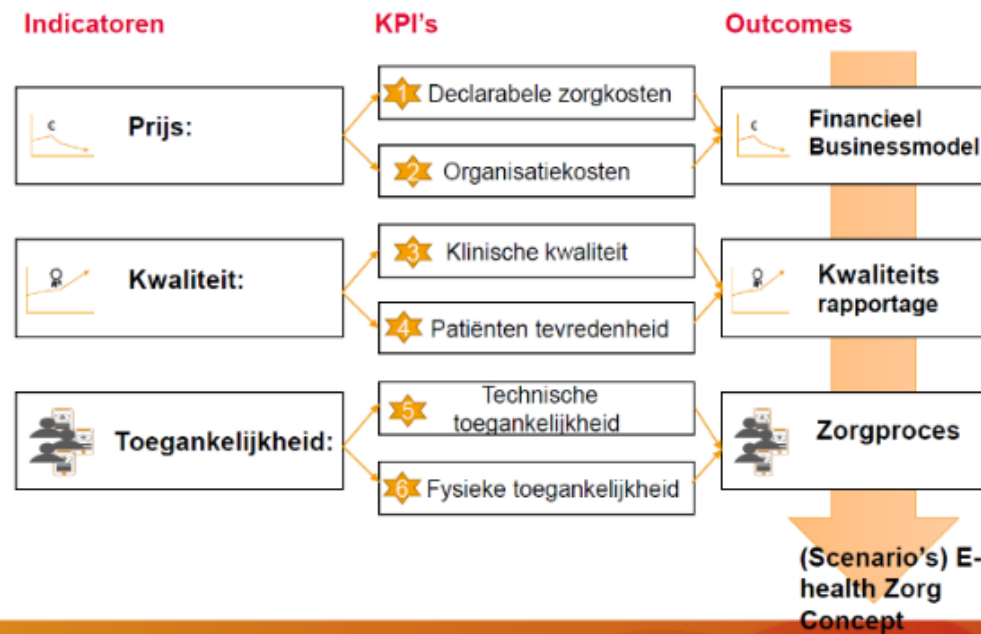
<u>Inkoopconcern</u>	<u>uren</u> <u>beeldschermcommunicatie</u>	<u>uren</u> <u>farmaceutisch</u> <u>e telezorg</u>	<u>uren</u> <u>lifestylemonitorin</u> <u>g</u>	<u>Dagstructuur robot</u>
CZ	4	2,5	2	
VGZ	4	3	0,5	
Zilveren Kruis	4	2,5	nvt	
Menzis	4	2,5	2	2
ZeZ/ ENO /ONVZ	2	2	2	
DSW	nvt	2,5	nvt	
Caresq	nvt	nvt	nvt	
ASR	nvt	nvt	nvt	

Stuk theorie

- Afgerond project Waardengedreven ehealth van zorgverzekeraar CZ, Fontys Hogeschool, Erasmus Universiteit en Vilans, financiering ZonMW
- Doel: realiseren van onderzoeksmethodiek voor het evalueren van ehealth technologie leidend naar een (maatschappelijke) businesscase

Waardemodel Waardegedreven e-Health

Waardemodel – Waardegedreven E-health



Methoden voor businesscases

- **Kosten batenanalyse (KBA)**
- **Kosten effectiviteitsanalyse (KUA)**
- **Maatschappelijke Kosten baten analyse (MKBA)**
- **Maatschappelijke businesscase (mBC)**
- **Social Return on Investment (SROI)**
- **Budget Impact analyse (BIA)**
- **Multi criteria analyse**

Internationaal wetenschappelijk vakgebied: Health Technology Assessment (HTA).

Hoofdrichting aanpak waardengedreven ehealth

- Voorliggend onderzoek op basis van wetenschappelijk gevalideerd instrumentarium
- Een referentiealternatief
- Effectenkaart of een reeks hypothesen
- Niet alles willen kwantificeren in geldelijke opbrengsten. Wat kwalitatief is, wordt kwalitatief beschreven.

Referentiealternatief: Waarmee wordt de zorgtechnologie vergeleken als het bijvoorbeeld om de inschatting van de mate van tijdsbesparing gaat?

Concreet voorbeeld: de toepassing van een slim slot op de voordeur om de zorg snel toegang te bieden tot de woning. Waarmee vergelijk je dit?: Met een situatie dat de sleutels van de woningen verzameld zijn op een sleutelpost, waar de thuiszorg eerst naar toe moet? Of sleutelkluis?

Voorliggend onderzoeksinstrumentarium

- Overzicht opgesteld van wetenschappelijk gevalideerd onderzoeksinstrumentarium in te zetten voor onderzoek als voeding, onderbouwing van een businesscase

Voorbeeld

- **Kwaliteit / effectiviteit voor (mantel)zorgers**

3 voorbeelden van vragen:

- In hoeverre kan de ervaren druk bij mantelzorgers gereduceerd worden over de tijd dankzij de inzet van de AAL/ICT-oplossing?
- Draagt de AAL/ICT-oplossing bij aan zorggerelateerde doelstellingen op het gebied van zelfredzaamheid en persoonsgerichte zorg?
- Voelde de zorgprofessional zich voldoende betrokken bij de implementatie van AAL/ICT-oplossing en kon de zorgprofessional daarop de regie voeren?

Beschikbare meetinstrumenten:

- Minimale set aan open/gesloten vragen naar kwaliteit/effectiviteit voor (mantel)zorgers (onderdeel van kosten-baten
- vragenlijst)
- **Care Giver Strain Index / Ervaren Druk door Informele Zorg- mantelzorgdruk**
- Assessment of informal care Situation (ASIS)
- Werkbelevingsvragenlijst zoals de GWL – werkbelasting
- Interviews en/of focusgroepen naar ervaringen

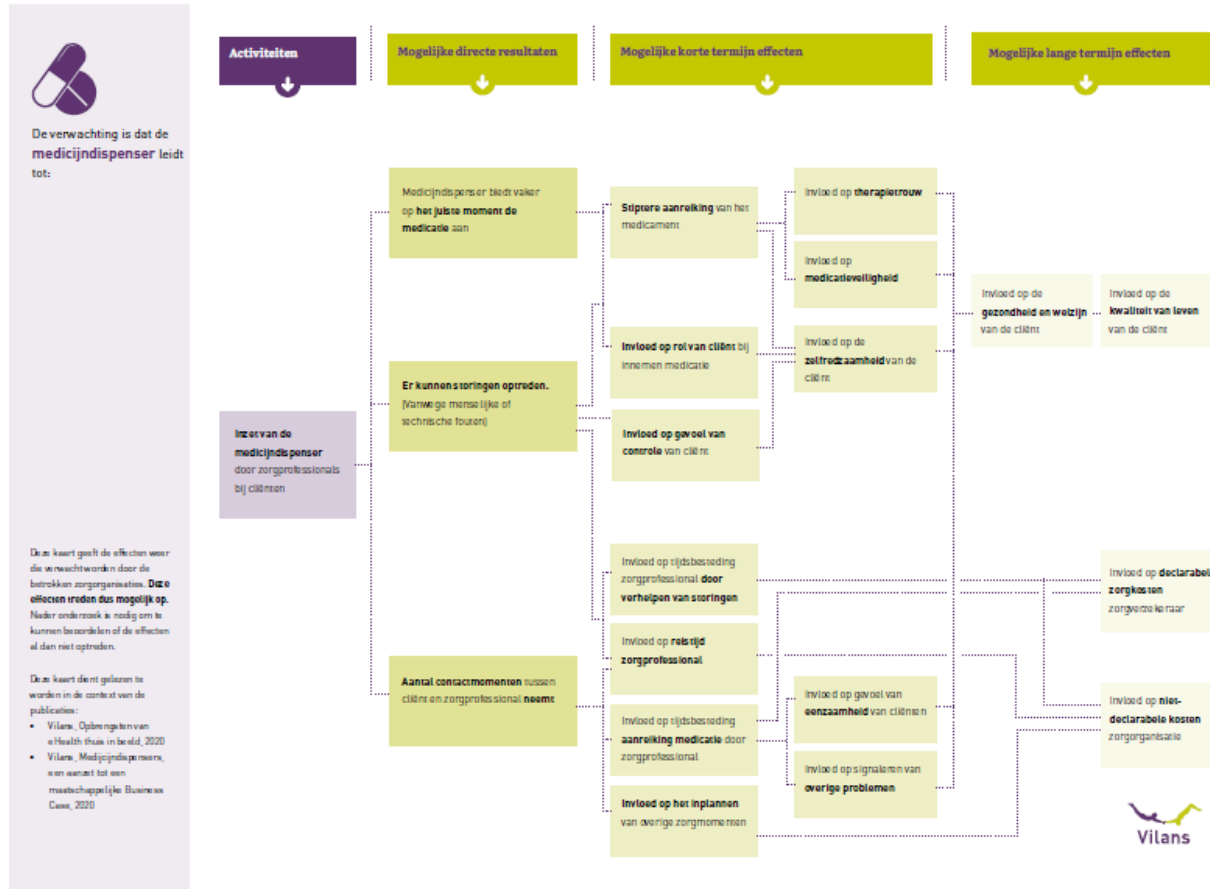
Voorbeeld mBC medicijndispensing met check op afstand

- In 2010 pilot bij ZZG Zorggroep gefinancierd door Nederlandse Zorgautoriteit
- Een mBC is opgesteld op basis van het onderzoek
- Bij de NZa heeft de inbreng van de mBC geleid tot een landelijke vergoeding onder de Zvw/Wlz in de vorm van regeling farmaceutische telezorg: het kunnen declareren van 2,5 uur per maand per cliënt tarief persoonlijke verzorging -> nu opgegaan in de prestatie thuiszorgtechnologie
- Basisopbrengst: niet meer op huisbezoek hoeven voor het verrichten van de handeling aanreiken van medicatie -> met name rond lunchtijd wordt het aanreiken overgenomen door de medicijndispenser met check op afstand.

Vilans onderzoek en verkenning mBC medicijndispensing 2020

- Als check op het oorspronkelijke onderzoek, gezien het nog steeds bestaan van de farmaceutische telezorg regeling
- Is de situatie wellicht veranderd?
- Een traject samen met 5 zorgorganisaties, waarvan bij 4 medicijndispensing in gebruik
- Referentie-alternatief: aanreiken van medicatie door zorgprofessional
- Investeringskosten inclusief de kosten van implementatie bij 3 zorgorganisaties in beeld gebracht

Effectenkaart



Figuur 2: Overzicht van de verwachte effecten

Verwachte effecten

1. Therapietrouw
2. Medicatieveiligheid
3. Zelfredzaamheid
4. Gevoel van eenzaamheid
5. Signaleren van andere problemen
6. Niet-declarabele zorgkosten: reistijd
7. Declarabele zorgkosten

Uitvoering onderzoek en mBC

- Bij 2 zorgorganisaties reistijden onderzocht tegenover referentie-alternatief -> verschil in reistijd in uren
- Idem voor declarabele zorgkosten tegenover referentie-alternatief
- Kosten en baten voor 3 zorgorganisaties tegenover elkaar
- Gevoeligheidsanalyse

Resultaten, kwantitatief

- Reistijd neemt af met 3 -5 uur per maand per cliënt
- Afname in tijd bezig met het aanreiken van medicatie; naar schatting 14 – 16 uur per maand per cliënt
- De declarabele zorgkosten nemen af met circa 800,- per cliënt per maand

Waar landen de opbrengsten?;

- Voor zorgorganisatie zelf BC neutraal-positief: circa 10 euro per maand per cliënt (gemiddelde 3 zorgorganisaties)
- BC voor zorgverzekeraars positief: circa 800,- per cliënt per maand (gemiddelde 3 zorgorganisaties)
- Gevoeligheidsanalyse: bij geen enkele alternatieve waarde werd de BC voor de zorgverzekeraar negatief

Best Practice leefstijlmonitoring

- In gebruik bij o.a. ZZG Zorggroep, Cordaan, Savant, Zorgboog, Viva! Zorggroep, de Zorgspecialist
 - Doelgroep: vnl alleenwonende mensen met dementie
 - Drie wetenschappelijke onderzoeken: verhoging kwaliteit van leven van de mantelzorger en gelijk blijven van subjectieve stress van de mantelzorg tijdens het dementieproces, terwijl gebruikelijk een verhoging van de stress
- > Inzet onderzoeksinstrument Caregiver Strain Index, in alle 3 onderzoeken -> waardoor vergelijkbare resultaten
- > Voor de gemeenten Helmond en Geldrop-Mierlo basis voor besluitvorming financiering LSM, structureel als voorziening uit de WMO

Aanzet tot een businesscase leefstijlmonitoring

- Vanuit Vilans
- Gericht op de tweede en derde financieringskolom: met name op de tweede Zvw, zorgverzekeraars
- Als input voor de lopende onderhandelingen tussen diverse zorgorganisaties en de zorgverzekeraars
- Regionale zorgkantoren lijken vooralsnog ruimhartiger
- Focus bij BC richting de zorgverzekeraars-> Besparing op zorginzet

Regionale zorgkantoren, Wlz

- Lijken vooralsnog ruimhartiger ten opzichte van nieuwe technologie, zoals leefstijlmonitoring

Verklaring hiervoor:

- Itt tot de zorgverzekeraars ligt het perspectief op technologie die het langer zelfstandig wonen ondersteunt -> uitstel verpleeghuisopname
- Onder de Wlz speelt het begrip "toezicht" , 24/7. In de definitie van thuiszorgtechnologie onder de Wlz -> Zorg op afstand én toezicht op afstand -> in de Zvw-definitie : alléén zorg op afstand
- Volledig Pakket Thuis en Modulair pakket thuis: is alleen mogelijk als dit volgens het zorgkantoor doelmatig én verantwoord is.
- Leefstijlmonitoring heeft functies die VPT/MPT verantwoord maken -> invulling toezicht op afstand.

Focus Zvw -> besparing op zorginzet/tijdsbesparing

- Aanzet tot een businesscase Leefstijlmonitoring vooral gericht op de zorgverzekeraars, focus besparing op zorginzet
- Al eerder is duidelijk geworden dat de tweede kolom Zvw, zorgverzekeraars de wetenschappelijke aangetoonde verbeterde kwaliteit van leven en verminderde subjectieve stress van de mantelzorg niet relevant acht -> uit de mBC gelaten.
- De aanzet voor een mBC leefstijlmonitoring omvat 16 hypothesen, gebaseerd op verzameld gepubliceerd en niet-gepubliceerd/openbaar materiaal
- 16 hypothesen te verifiëren, falsificeren in onderzoek -> te omvangrijk om binnen een effectenkaart te passen.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 1

- H1 Door de inzet van leefstijlmonitoring is er eerder inzicht in de toiletgang van cliënten. Dit leidt tot eerdere interventies. Een concreet voorbeeld is het eerder kunnen signaleren van een urineweginfectie. Bij niet tijdige interventie kan dit leiden tot een delier. Preventief handelen wordt mogelijk, waardoor minder zorg nodig is. Hierdoor wordt bespaard op de inzet van wijkverpleging, persoonlijke verzorging, casemanagement dementie en/of voorkomt een crisissituatie en daarmee een crisisopname (ELV, SEH of VH). Preventief handelen wordt mogelijk, waardoor minder zorg nodig is.
- H2 Door het tijdig ontdekken van een verandering in patronen wordt een delier voorkomen. Dit leidt tot eerdere interventies en wordt erger voorkomen.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 2

- H3 Door de inzet van leefstijlmonitoring is er eerder inzicht in het voedingspatroon van cliënten. Dit leidt tot eerdere interventies bij ondervoeding en/of dehydratie.
- H4 Door de inzet van leefstijlmonitoring is er eerder inzicht in het slaappatroon van cliënten, wat leidt tot eerdere interventies.
- H5 Door de inzet van leefstijlmonitoring is er eerder inzicht in het activiteitenpatroon en de loopsnelheid van cliënten. Veranderingen hierin kunnen bijvoorbeeld duiden op een verhoogd valrisico of het (overdag) gaan dwalen door de woning (relatief meer onrustig zijn). Dit leidt tot eerdere interventies.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 3

- H6 Door de inzet van leefstijlmonitoring is er inzicht in het sociale leven van cliënten. Er kan bijvoorbeeld eerder worden geacteerd op het (te) weinig krijgen van huisbezoek (sociale contacten). Dit leidt tot eerdere interventies.
- H7 Door het gebruik van leefstijlmonitoring is persoonsgerichte zorg – alleen de zorg die nodig is - aan kwetsbare ouderen beter mogelijk, doordat zowel de mantelzorg als de zorgprofessional beter op de hoogte zijn van de actuele situatie. Bepaalde aspecten worden bespreekbaar die eerder niet bespreekbaar waren. Deze betere persoonsgerichte zorg op basis van data bespaart op de inzet van wijkverpleging, persoonlijke verzorging en casemanagement dementie.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 4

- H8 De inzet van leefstijlmonitoring heeft een positief effect op de gezondheidstoestand van de cliënt met name doordat leefstijlmonitoring het stelselmatig optreden van crisissituaties voorkomt of de effecten ervan dempt door de vroegsignalering.
- H9 Door de inzet van leefstijlmonitoring wordt opname van cliënten in ELV verminderd dan wel uitgesteld.
- H10 Door de inzet van leefstijlmonitoring zijn er geen of minder SEH (Spoed Eisende Hulp) bezoeken.
- H11 Door de inzet van leefstijlmonitoring zijn er geen of minder ziekenhuis opnames.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 5

- H12 Door de inzet van leefstijlmonitoring is het gesprek tussen professionals en mantelzorgers constructiever. Dit leidt tot verbeterde zorg en tot tijdsbesparing voor wijkverpleging/ persoonlijke verzorging, casemanagement, opname.
- H13 Door de inzet van leefstijlmonitoring wordt zorg tijd bespaard door wijkverpleging, casemanager en/of persoonlijk verzorgende. Doordat leefstijlmonitoring persoonsgerichte zorg – alleen de zorg die nodig is - op basis van data mogelijk maakt, waardoor minder huisbezoeken nodig zijn van de casemanager dementie en/of de wijkverpleging en/of persoonlijke verzorging.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 6

- H14 Door de inzet van leefstijlmonitoring kan monitoring bij de cliënt thuis worden vervangen. Bijvoorbeeld het in beeld brengen van de leefstijl van de cliënt door middel van gespreksvoering met de cliënt, mantelzorg en collega's door de casemanager dementie of de wijkverpleging wordt overbodig.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 7

- H15 De inzet van leefstijlmonitoring leidt tot het langer verantwoord en prettig thuis kunnen blijven wonen van een alleenwonende persoon met dementie of met een andere progressief ziektebeeld. Concreet te vertalen in een uitstel van intramurale opname. Dit is kostenbesparend voor de WLZ.
Bij verificatie van deze hypothese is er een tegenovergesteld effect van de inzet van leefstijlmonitoring mee te nemen: een eerdere opname door onverwachte resultaten van de leefstijlmonitoring en het gebruik van deze data als onderbouwing van een aanvraag tot intramurale opname.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 8

- H15 De inzet van leefstijlmonitoring leidt tot het langer verantwoord en prettig thuis kunnen blijven wonen van een alleenwonende persoon met dementie of met een andere progressief ziektebeeld. Concreet te vertalen in een uitstel van intramurale opname. Dit is kostenbesparend voor de WLZ.
Bij verificatie van deze hypothese is er een tegenovergesteld effect van de inzet van leefstijlmonitoring mee te nemen: een eerdere opname door onverwachte resultaten van de leefstijlmonitoring en het gebruik van deze data als onderbouwing van een aanvraag tot intramurale opname.

Hypothesen mBC leefstijlmonitoring 9

- H16 Door de inzet van leefstijlmonitoring is de uitstroom vanuit de thuiszorg minder in vergelijking tot een vergelijkbare groep cliënten die nog geen leefstijlmonitoring heeft. De tijd tot de uitstroom (tijdsduur) is langer in vergelijking tot een vergelijkbare groep cliënten die nog geen leefstijlmonitoring heeft.
Hierbij mee te nemen: reden(en) van uitstroom en de verschillen tussen beide groepen.

Huidige stand van zaken: Onderzoek op de hypothesen 9 tot en met 14, omdat een bepaalde zorgverzekeraar bewijsvoering hiervoor eist in relatie tot financiering van leefstijlmonitoring bij een zorgorganisatie die 110 systemen in structureel gebruik heeft.

Nog toe te voegen onderdeel mBC leefstijlmonitoring

- Inmiddels is aangetoond dat leefstijlmonitoring Volledig Pakket Thuis en Modulair Pakket Thuis mogelijk maakt door bepaalde toezichtfuncties -> VPT/MPT wordt verantwoord mogelijk gemaakt in de wijk en bij gestippeld wonen in een wooncomplex
- Zorgkantoren Zilveren Kruis en CZ strategieën met meer nadruk op zelfstandig wonen met VPT/MPT in plaats van intramurale opname
- Dit is voor het zorgkantoor goedkoper -> verschil tussen het dagtarief intramurale zorg en het dagtarief VPT (/MPT) omdat de wooncomponent eruit is .
- Dit verschil is een te kwantificeren opbrengst voor leefstijlmonitoring in de derde kolom.