



Maatschappelijke business case netwerkzorg

Wijnen, B.F.M., van Duin, D., van der Ham, L., Thielen, F.



Kenniscentrum Phrenos
Postbus 1203
3500 BE Utrecht

T: 030 – 2931626
www.phrenos.nl
lham@kcphrenos.nl

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht

T: 030 – 297 11 00
www.trimbos.nl
bwijnen@trimbos.nl

Colofon

Deze publicatie doet verslag van een maatschappelijke businesscase rond netwerkzorg, uitgevoerd door het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met Kenniscentrum Phrenos. De maatschappelijke businesscase is onderdeel van onderzoek naar de evaluatie van de implementatie van netwerkzorg. Het onderzoek is gefinancierd door ZonMw.

Auteurs: Wijnen, B.F.M. (Trimbos-instituut), van Duin, D. (Kenniscentrum Phrenos), van der Ham, L. (Kenniscentrum Phrenos), Thielen, F. (Trimbos-instituut)

Met medewerking van: Deelnemende teams van het doorbraakproject netwerkpsychiatrie van Lister, Reinier van Arkel, Parnassia Den Haag, Parnassia Noord-Holland, Parnassia Zoetermeer, Antes, GGZ Eindhoven, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Leviaan, Vincent van Gogh en Fivoor.

Met dank aan: de Regiegroep Netwerkzorg bestaande uit Floortje Scheepers (UMC Utrecht), Niels Mulder (Parnassia Groep), Tom van Mierlo (Reinier van Arkel), Frits Bovenberg (Frits & Gijs)

Dit is een gezamenlijke uitgave van het Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos.

Overname van delen van de tekst is toegestaan met bronvermelding.

September 2025



Inhoudsopgave

Introductie	4
Methodologische aanpak	6
Domeinanalyse	7
Overzicht van mogelijke baten netwerkzorg	10
Beschrijvende statistiek	10
Verwachte effecten van netwerkzorg door betrokken professionals	11
Kwantificering van effecten	13
Psychisch welbevinden / kwaliteit van leven	13
Arbeidsproductiviteit	15
Totale baten netwerkzorg	16
Overzicht van kosten netwerkzorg	17
Kosten binnen instellingen	18
Kosten voor naasten	19
Totale kosten netwerkzorg	20
Conclusie	21
Return on investment	21
Beperkingen en sterke punten	22
Samenvattend	23
Referenties	25

Introductie

Netwerkgzorg¹ is een benadering binnen de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen waarbij het herstel en welzijn van cliënten centraal staan door het versterken van hun sociale netwerk en samenwerking tussen verschillende zorg- en welzijnspartners (Mulder et al. 2020; van der Spek 2021). Traditionele psychiatrische zorg richt zich vaak uitsluitend op de individuele behandeling van de cliënt, terwijl netwerkgzorg uitgaat van een bredere context, waarbij familie, vrienden, zorgprofessionals en andere betrokkenen actief worden ingezet om herstelprocessen te ondersteunen.

Het idee achter netwerkgzorg is dat door een meer holistische aanpak meer passende zorg geboden kan worden en mogelijk ook de betrokkenheid van het sociale netwerk toeneemt. Dit kan leiden tot een verbeterde stabiliteit in de thuissituatie, een hogere mate van zelfredzaamheid en een vermindering van de vraag naar intensieve zorg. Op deze manier zouden positieve maatschappelijke effecten kunnen ontstaan, zoals een afname van zorgkosten, minder beroep op crisishulpverlening en een betere integratie van cliënten in de samenleving. Daar staat tegenover dat er mogelijk een verhoogd beroep gedaan zou kunnen worden op naasten, wat zou kunnen zorgen voor een toename in het aantal mantelzorgers.

In 2021 is een start gemaakt met de evaluatie van netwerkgzorg door middel van het Doorbraakproject netwerkgzorg (voorheen netwerkpsychiatrie). Dit project bestond uit 11 regio's met Doorbraakteams waarbij de relevante partijen uit de gehele keten betrokken waren, te weten: Lister (RIBW), Fivoor (forensische ggz), Antes (ggz), Vincent van Gogh (ggz), Parnassia Den Haag (ggz), Parnassia Noord-Holland (ggz), Leviaan (RIBW), Reinier van Arkel (ggz), GGZ Drenthe (ggz), GGzE (ggz) en GGZ WNB (ggz). De Doorbraakteams werkten daarnaast samen met netwerkpartners in de wijk/regio, zoals cliënten en naasten, gemeenten, sociale wijkteams, schuldhulpverlening, beschermd wonen, begeleid wonen, maatschappelijke opvang, herstelacademies, huisartsen, ggz-aanbieders, verslavingszorg en woningcorporaties.

Deze maatschappelijke business case onderzoekt het effect van netwerkgzorg vanuit een breed perspectief en richt zich op de vraag: Wat is de meerwaarde van netwerkgzorg voor cliënten, hun omgeving en de maatschappij als geheel? Door middel van de Social Return on Investment (SROI) methodologie hebben we zowel de directe als indirecte kosten en baten van netwerkgzorg in kaart gebracht (Banke-Thomas et al. 2015). De analyse richt zich niet alleen op financiële parameters (bijv. personeelskosten), maar ook op de sociale en emotionele waarde die deze aanpak toevoegt aan het leven van de betrokkenen (bijv. kwaliteit van leven en empowerment), waarbij zoveel mogelijk zal worden uitgedrukt in monetaire eenheden (euro's). Het doel is om, in afwachting van evidentie waarmee meer betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan, met deze maatschappelijke business case alvast voorzichtig inzicht te geven in de orde van grootte van de kosten en baten van netwerkgzorg.

Deze maatschappelijke business case beoogt een beter begrip te geven van de mogelijke meerwaarde van netwerkgzorg en beleidsmakers, zorgaanbieders en andere stakeholders inzicht te

¹ Gedurende het doorbraakproject spraken we van 'netwerkpsychiatrie' om aan te geven dat het om netwerkgzorg rond mentale gezondheid ging en omdat men vanuit de ggz initiatief wilde nemen in het vormgeven hiervan. Inmiddels spreken we liever van netwerkgzorg om duidelijk te maken dat we het met alle partijen en domeinen samen willen doen. In vervolgonderzoek, waaronder deze maatschappelijke business case, wordt dan ook de term netwerkgzorg gebruikt.

geven in de bredere maatschappelijke effecten van deze interventie. Deze aanpak is niet bedoeld om een harde uitspraak te doen over de vraag of je netwerkzorg wel of niet moet toepassen en of netwerkzorg al dan niet kosteneffectief is, maar maakt inzichtelijk welke mogelijke kosten en baten een rol spelen bij de implementatie van netwerkzorg, om zo een beter onderbouwd gesprek over de financiering te kunnen faciliteren. Daarbij kijken we bij de elf regio's op teamniveau naar de zorgkosten van hun cliënten bij wie al dan niet netwerkzorg op microniveau is toegepast [NB of ze wel/niet deelnamen aan een resourcegroep (RG²) en/of een netwerkintake (NWI³)] en maken we een schatting van de maatschappelijke kosten. De implementatiekosten van netwerkzorg op mesoniveau worden in deze analyse buiten beschouwing gelaten. Hieronder vallen bijvoorbeeld de kosten voor het opzetten van een structurele overlegstructuur met regiopartners en aanloopkosten voor het toepassen van RG en NWI, zoals training, intervisie, werkbegeleiding. Deze kosten zijn namelijk binnen teams niet goed terug te voeren op casusniveau, waardoor niet gekeken kan worden of de kosten en baten voor de groepen met en zonder RG en/of NWI anders zijn. De kosten van het opzetten van een structurele overlegstructuur met regiopartners betreffen doorgaans 'aanloopkosten'. Dergelijke aanloopkosten worden in een maatschappelijke business case in principe ook buiten beschouwing gelaten. De structurele kosten die worden gemaakt om een overlegstructuur met regiopartners voort te zetten en voor de uitvoer van RG en NWI worden wel meegenomen.

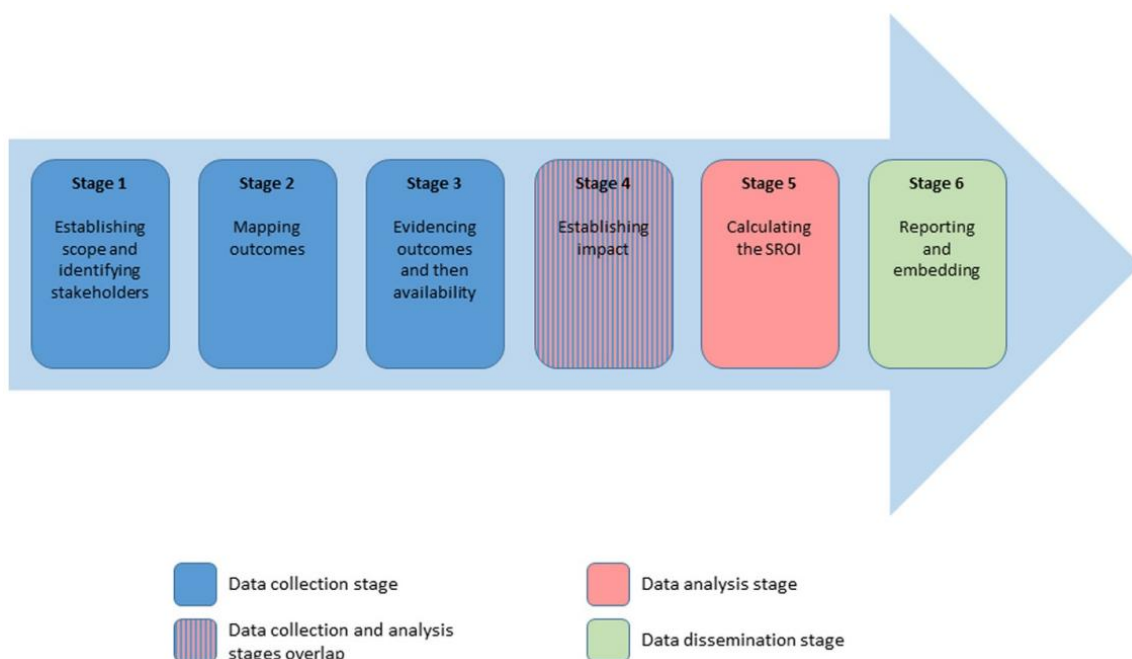
² Een resourcegroep is een groep mensen, door de cliënt uitgekozen, die voor de cliënt belangrijk is, regelmatig bij elkaar komt en die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken. Deze doelen kunnen te maken hebben met alle dimensies van herstel: symptomatisch, maar ook maatschappelijk en persoonlijk herstel.

³ De Netwerkintake is een gespreksvorm om bij de start van een zorgtraject, een second opinion of een andere behandelvorm een breed beeld te krijgen van de problemen die spelen, wie erbij betrokken zijn, hersteldoelen te formuleren en te bepalen wie wat kan doen bij het bereiken van die doelen.

Methodologische aanpak

Voor de evaluatie van netwerkzorg is gebruikgemaakt van de SROI-methodologie (Banke-Thomas et al. 2015). Deze aanpak omvat de volgende stappen (zie figuur 1):

1. **Scope en belanghebbenden:** Deze maatschappelijke business case is opgesteld na expertinput van projectleiders en de ggz-teams. Deze zijn actief betrokken bij het proces om een helder begrip te krijgen van de meerwaarde die voor hen van belang is.
2. **Uitkomsten in kaart brengen:** Aan de hand van een domeinanalyse is een boomdiagram opgesteld waarin de mogelijke baten en kosten van netwerkzorg in kaart zijn gebracht. Dit betreft financiële en niet-financiële uitkomsten.
3. **Uitkomsten onderbouwen en waarde toekennen:** In deze stap is een monetaire waarde toegekend aan de uitkomsten in de boomdiagram (voor zover mogelijk) met behulp van verschillende waarderingsmethoden. Om de waarde van de uitkomsten in financiële termen om te zetten, hebben we zogenaamde "outcome proxies" gebruikt. Dit zijn schattingen van de economische waarde van sociale uitkomsten, zoals verbeterde gezondheid, verhoogde werkgelegenheid en verbeterde gemeenschapssamenwerking. Hiervoor is gebruikgemaakt van een combinatie van wetenschappelijke literatuur en expert opinie door middel van een vragenlijst naar alle teams (zie bijlage 1).
4. **Impactberekening:** Om de impact te bepalen is bekeken wat de bijdrage van alle relevante belanghebbenden is en bij wie de baten of kosten vallen.
5. **Berekening van de SROI-ratio:** Tenslotte zijn de totale sociale baten gedeeld door de kosten om de SROI-ratio te berekenen. Deze ratio geeft aan hoeveel maatschappelijke waarde (in monetaire termen) is gegenereerd voor elke geïnvesteerde euro.



Figuur 1 Stappen in Social Return on Investment studie afkomstig uit Banke-Thomas et al. (2015)

Domeinanalyse

In stap 2 van de SROI-methodologie volgens Banke-Thomas et al. (2015), die gericht is op het in kaart brengen van uitkomsten ("mapping outcomes"), wordt een boomdiagram of impactmap opgesteld om de verwachte verandering systematisch te visualiseren. Deze stap bouwt voort op de eerste fase, waarin de reikwijdte van de analyse en de belanghebbenden zijn geïdentificeerd. Het boomdiagram dient als hulpmiddel om de causale verbanden tussen het investeren in netwerkzorg enerzijds en effecten op verschillende domeinen anderzijds inzichtelijk te maken. Door het opstellen van een dergelijke visuele representatie wordt de logica achter de nieuwe aanpak expliciet gemaakt en ontstaat er een gedeeld begrip tussen betrokken stakeholders over hoe waarde wordt gecreëerd. Dit diagram vormt vervolgens de basis voor de latere kwantificering van uitkomsten en waardebeoordeling in de vervolgstappen van de maatschappelijke business case. Het gebruik van een boomdiagram draagt daarmee bij aan de transparantie en de validiteit van de impactmeting.

In overleg met inhoudelijke experts en op basis van wetenschappelijke evidentie is deze boomdiagram opgesteld (zie figuur 2), waarin de domeinen in kaart werden gebracht waarop netwerkzorg van invloed kan zijn. Vervolgens werden specifieke gevolgen binnen deze domeinen (bijv. de kosten die gepaard gaan met verzuim) waar mogelijk op basis van literatuur gekwantificeerd. Aan de kostenkant is gekeken naar de aanbiedingskosten van netwerkzorg.

Dataverzameling bij de deelnemende instellingen

Om gegevens te verzamelen voor de maatschappelijke business case is een vragenlijst gebruikt die specifiek gericht was op het verkrijgen van informatie van deelnemende instellingen met betrekking tot de implementatie van netwerkzorg en de bijbehorende kosten en baten. De vragenlijst werd verstuurd naar de projectleiders van verschillende zorgteams die netwerkzorg toepassen. De verzamelde data uit deze vragenlijst hebben we gebruikt als input voor de maatschappelijke business case, waarbij de informatie werd gecombineerd met gegevens uit eerdere studies en aanvullende financiële data. Dit stelde ons in staat om een beeld te schetsen van de maatschappelijke en economische waarde van netwerkzorg.

De vragenlijst bestond uit meerdere secties die zich richtten op de volgende onderwerpen:

1. **Team- en organisatiestructuur:** Respondenten werd gevraagd om basisinformatie over hun team en organisatie te verstrekken, zoals de naam van de organisatie, het type team, de grootte van het team en de functieverdeling van de medewerkers. Ook werd er gevraagd naar de betrokken functies, het aantal fulltime-equivalents (fte's), en de CAO-inschaling van elke medewerker die bij de uitvoering van netwerkzorg betrokken was.
2. **Tijdsinvestering in netwerkzorg:** Deelnemers werd gevraagd een schatting te maken van de tijd die verschillende aspecten van netwerkzorg kostten in vergelijking met de reguliere werkwijze. Aspecten zoals structureel overleg, netwerkintakes, resourcegroep-bijeenkomsten en domeinoverstijgende samenwerking werden hierbij in kaart gebracht. Voor elk aspect moesten ze aangeven hoeveel medewerkers betrokken waren, welke functies de betrokken medewerkers vervulden en het aantal extra uren dat dit vereiste.
3. **Financieringsstructuur:** De instellingen werd verzocht om de financieringsvormen van hun uren te specificeren. Hierbij werd gekeken naar de verdeling van de financieringsvormen (bijv.

Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voor cliënten in de caseload.

4. **Schatting van kosten en baten:** Instellingen werd gevraagd om de verwachte impact te schatten van netwerkzorg op verschillende zorgaspecten, zoals de mate van herstel van cliënten, behandelduur, doorlooptijd, crisisopnames, incidenten, heropnames, wachttijden, en werktevredenheid van medewerkers. Voor elk zorgaspect werd de respondenten gevraagd om aan te geven of de invloed van netwerkzorg positief, negatief of gelijk was in vergelijking met de reguliere zorg.

Van deze elf waren er twee instellingen die de vragenlijst maar beperkt ingevuld hadden (één instelling alleen de secties over “Team- en Organisatiestructuur”; en de andere instelling alleen “Team- en Organisatiestructuur” en “Tijdsinvestering in netwerkzorg”). Het merendeel van de gegevens is daarom gebaseerd op gegevens van negen instellingen.

Naast het invullen van deze vragenlijst, is de deelnemende instellingen ook gevraagd om:

1. Gemiddelde caseload in 2023
2. Aantal nieuwe patiënten in 2023
3. Aantal patiënten met NWI in 2023
4. Aantal patiënten uitgenodigd RG in 2023
5. Aantal patiënten RG gestart in 2023
6. Totaal RG bijeenkomsten in 2023
7. Gemiddeld aantal naasten betrokken bij RG
8. Gemiddeld aantal hulpverleners ggz betrokken bij RG
9. Gemiddeld aantal hulpverleners sociaal domein betrokken bij RG

Deze gegevens zijn door acht van de elf instellingen aangeleverd.

Kwantificering gevolgen

De geïdentificeerde gevolgen van netwerkzorg werden waar mogelijk op basis van de literatuur gekwantificeerd. Hierbij geldt dat gevolgen in het huidige moment en/of in de toekomst kunnen spelen. Bijvoorbeeld, bij cliënten die netwerkzorg ontvangen zullen zorgkosten veelal eerst toenemen als gevolg van de intensieve vorm van zorg en ondersteuning, maar de verwachting is ook dat goede begeleiding leidt tot meer duurzaam herstel en tot verbeterde kansen op de arbeidsmarkt in de toekomst.

Omdat er alleen beperkt evidentie beschikbaar is over de effectiviteit van netwerkzorg, werd in geval van kwantificering van de gevolgen gerekend met drie scenario's, gebaseerd op meer en minder conservatieve schattingen van de mate waarin netwerkzorg zal leiden tot een verbetering binnen domeinen. Hierbij werd gerekend met een vermindering van 10% (pessimistisch scenario), 20% (midden scenario), en 30% (optimistisch scenario) van de baten die op een domein ontstaan binnen de doelgroep. Door te rekenen met een flink lager percentage dan de gevonden schattingen op basis van de literatuur wordt, onder andere, rekening gehouden met het feit dat schattingen op basis van bestaande literatuur vaak in een iets andere populatie zijn gevonden, mogelijk een afwijkende vorm van netwerkzorg (of een vergelijkbaar initiatief) onderzoeken, of een sterk geselecteerde populatie hebben geïnccludeerd, waardoor opbrengsten mogelijk te optimistisch zijn ingeschat. Als gevolgen niet konden worden gekwantificeerd, maar wel aannemelijk waren, werden deze opgenomen als pro

memorie (P.M.) post. In deze context bedoelen we met een PM-post dus een post waarvan we denken dat deze relevant is, maar dat we die niet voldoende kunnen kwantificeren. Bij alle PM-posten is vervolgens aangegeven of de verwachting is dat deze positief of negatief veranderen als gevolg van netwerkzorg.

Hoewel er in Nederland geen effectiviteitsstudie is uitgevoerd naar de kosteneffectiviteit van netwerkzorg, is in een eerdere Nederlandse studie wel gekeken naar het effect van het gebruik van RG (Tjaden et al. 2019, 2021). Resultaten uit die studie zijn een belangrijke bron voor parameters in deze maatschappelijke business case. In die gerandomiseerde klinische studie werden 158 deelnemers (18-65 jaar) met ernstige psychiatrische problematiek (EPA) willekeurig toegewezen aan Flexible Assertive Community Treatment (FACT) plus RG of aan gebruikelijke FACT-zorg. In de RG-conditie kozen patiënten leden uit hun informele en formele netwerk om een resourcegroep te vormen die elk kwartaal bijeenkwam om zelf geformuleerde hersteldoelen te bespreken. Deelnemers in de RG-conditie vertoonden een significante toename in zelf gerapporteerde empowerment vergeleken met de gebruikelijke FACT-zorg. Daarnaast werden verbeteringen waargenomen in secundaire uitkomsten zoals kwaliteit van leven, persoonlijk herstel, sociale contacten en functioneren. Een deel van deze gevonden effecten wordt ook in deze maatschappelijke business case gekwantificeerd wanneer we naar de mogelijke effecten van RG kijken.

Overzicht van mogelijke baten netwerkzorg

Beschrijvende statistiek

Voor de uitvoering van de maatschappelijke business case is bij betrokken instellingen een reeks beschrijvende parameters opgevraagd om een betrouwbaar kwantitatief beeld te krijgen van de context waarin de netwerkzorg plaatsvindt. Deze gegevens zijn noodzakelijk voor het kwantificeren van de effecten, de kosten en het inschatten van de potentiële maatschappelijke waarde. De opgevraagde parameters omvatten onder andere de gemiddelde caseload per fte, het aantal fte's per team en het totale aantal teamleden. Daarnaast is informatie verzameld over het aandeel cliënten met een netwerkinterventie (NWI) binnen de totale caseload, en het absolute aantal patiënten dat daadwerkelijk gestart is met een RG. Ook is inzicht gevraagd in het geschatte gemiddeld aantal cliënten per team, het percentage cliënten dat jaarlijks wordt opgenomen, en het gemiddeld aantal betrokken naasten en hulpverleners binnen een regionale behandel- of zorggroep (RG).

Op basis van de antwoorden vanuit de teams op de vragenlijst, zijn de volgende beschrijvende statistieken geëxtraheerd (zie tabel 1).

Tabel 1 Samenstelling team op basis van deelnemende instellingen

Parameters	Gemiddelde	Min	Max
Gemiddelde % met NWI van totale caseload	23%*	NVT	NVT
Aantal cliënten dat daadwerkelijk een RG is gestart	22%	NVT	NVT
Gemiddeld aantal naasten in een RG	2,14	0,47	4
Gemiddeld aantal hulpverleners ggz in RG	0,93	0	2,67
Gemiddelde caseload per fte	19,54	7,50	40,48
Aantal fte per team	7,02	5,80	12,56
Aantal teamleden	15,93	10	22
Geschatte gemiddeld aantal cliënten per team (op basis van fte en caseload van teams)	137,25	NVT	NVT

* Aangeleverde gegevens incompleet voor de meeste instellingen waardoor deze schatting mogelijk sterk vertekend is. In de berekeningen is vervolgens aangenomen dat de implementatiegraad wat hoger ligt (75%). Dit omdat aan de baten-kant vaak is gerekend met de studie van Tjaden et al. (2021) waarin maar 26% geen RG heeft geïnitieerd in de interventiegroep.

Daarnaast is specifiek gevraagd naar de verdeling van cliënten over verschillende financieringsstromen, namelijk het percentage cliënten binnen de caseload dat valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze gegevens zijn van belang voor het duiden van kosten- en batenstromen binnen de maatschappelijke business case, omdat ze inzicht geven in wie de (mogelijke) financiële dragers van de maatschappelijke waarde zijn (zie tabel 2).

Tabel 2 Financiering per stelselwet

Financiering	
Percentage cliënten Zvw in de caseload	60%
Percentage cliënten Wlz in de caseload	13%
Percentage cliënten Wmo in de caseload	27%
Totaal	100%

Verwachte effecten van netwerkzorg door betrokken professionals

Tabel 3 presenteert een overzicht van de verdiepende parameters die zijn verzameld om de uitkomsten van de netwerkzorg gedetailleerd te kunnen modelleren binnen de maatschappelijke business case. In de tabel wordt per instelling weergegeven wat de mogelijke meerwaarde van netwerkzorg is volgens experts. Op basis van de verzamelde data komt naar voren dat betrokken professionals overwegend positieve verwachtingen hebben ten aanzien van de impact van netwerkzorg op verschillende uitkomstindicatoren. Zo verwacht 57% van de respondenten een verbetering in de mate van herstel van cliënten, terwijl 43% aangeeft geen duidelijk verschil te voorzien. Voor de duurzaamheid van herstel geldt eenzelfde beeld: ook hier verwacht 57% een positieve ontwikkeling, met 43% die geen verschil verwacht. Deze cijfers wijzen op vertrouwen in het potentieel van netwerkzorg om bij te dragen aan structureel herstel.

Wat betreft het aantal crisisopnames verwacht 43% van de respondenten een daling, terwijl 57% geen verandering verwacht. Een vergelijkbare verdeling is zichtbaar bij het aantal heropnames door terugval, waar eveneens 43% een daling voorziet en 57% geen verschil. De wachttijden binnen het sociaal domein worden door 29% van de respondenten geassocieerd met een verwachte verbetering, terwijl 71% geen verandering verwacht. Opvallend positief is de verwachting ten aanzien van het werkgeluk van medewerkers: 71% voorziet hierin een toename, terwijl 29% geen verschil verwacht. Er worden voor deze indicator geen negatieve verwachtingen gemeld.

Tegelijkertijd zijn er ook indicatoren waarbij de meerderheid van de respondenten geen duidelijke impact verwacht. Zo voorziet slechts 14% een kortere behandelduur, terwijl eenzelfde percentage een verlenging verwacht. Bij de doorlooptijd van behandeling verwacht 29% een verbetering, terwijl 71% geen verschil verwacht. Voor het aantal incidenten verwacht 14% een daling, maar de overgrote meerderheid (86%) voorziet geen duidelijke verandering. Ook bij de wachttijden in de ggz zijn de verwachtingen gemengd: 14% voorziet een daling, 14% een stijging, en 57% verwacht geen verschil.

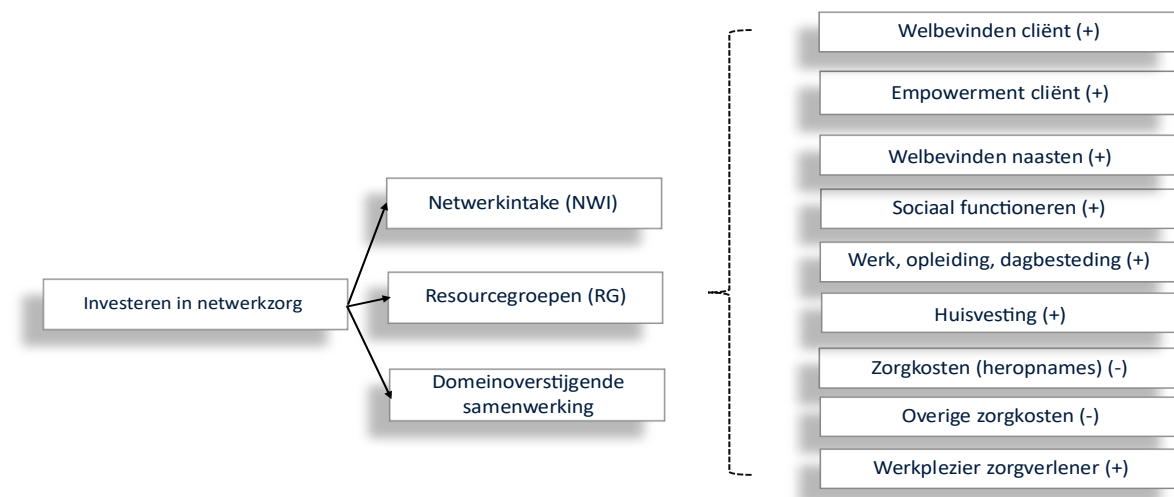
Tabel 3 Inschatting van teamleiders van de 11 deelnemende instellingen m.b.t. de mogelijke meerwaarde van netwerkzorg

Mogelijke meerwaarde netwerkzorg volgens experts			
Items meerwaarde netwerkzorg	Positieve impact (%)	Negatieve impact (%)	Geen verschil / onduidelijk (%)
Mate van herstel cliënt	57% (verbeterd herstel)	0%	43%
Mate van duurzaamheid herstel cliënt	57% (verbeterd herstel)	0%	43%
Behandelduur in uren	14% (kortere behandelduur)	14% (langere behandelduur)	57%
Doorlooptijd behandeling	29% (kortere doorlooptijd)	0%	71%
Aantal crisisopnames	43% (daling)	0%	57%
Aantal incidenten	14% (daling)	0%	86%
Aantal heropnames (door terugval)	43% (daling)	0%	57%
Wachttijden ggz	14% (daling)	14% (stijging)	57%
Wachttijden sociaal domein	29% (daling)	0%	71%
Mate van werkgeluk bij medewerkers	71% (stijging)	0%	29%

Er zijn geen items waarop overwegend negatief is gescoord (dus waar de aantallen voor negatieve verwachtingen hoger waren dan de aantallen die aangaven een positieve verwachting te hebben). In de maatschappelijke business case is daarom vooral gekeken naar de items die overwegend positief werden beoordeeld. Dit waren: herstel en duurzaam herstel (in de vorm van verhoogd welbevinden van cliënt/naasten), vermindering van het aantal opnames, en het werkgeluk van medewerkers.

Boomdiagram

Naast de input uit bovenstaande resultaten zijn ook wetenschappelijke inzichten meegenomen bij het opstellen van het boomdiagram. Zo zijn de bevindingen uit de studies van Mulder et al. (2020) en Tjaden et al. (2019, 2021) geïntegreerd in de visuele uitwerking van verwachte uitkomsten (Mulder et al. 2020; Tjaden et al. 2019, 2021). Deze studies laten positieve effecten zien van het werken met resourcegroepen — een centraal element binnen netwerkzorg — op verschillende cliëntgerichte domeinen, waaronder behandeltevredenheid, sociaal functioneren, empowerment en huisvesting (in het bijzonder een toename in zelfstandig wonen ten opzichte van beschermd wonen). Deze empirisch onderbouwde uitkomsten zijn toegevoegd aan het boomdiagram als verwachte baten, waarbij ze gepositioneerd zijn als directe of indirecte effecten van de inzet van netwerkzorg. Door deze aanvulling ontstaat een rijker en meer onderbouwd beeld van de potentiële impact, dat zowel praktijkinzichten als wetenschappelijke evidentie weerspiegelt. De uiteindelijke boomdiagram wordt weergegeven in figuur 2. Deze boomdiagram geeft een overzicht van alle mogelijk baten die een rol spelen bij het implementeren van netwerkzorg.



Figuur 2 Overzicht van mogelijke baten van netwerkzorg

Kwantificering van effecten

In dit hoofdstuk worden de effecten van netwerkzorg gekwantificeerd. Deze effecten omvatten psychisch welbevinden en kwaliteit van leven van cliënten, welbevinden van naasten, en de vermindering van zorgkosten door een daling in het aantal opnames en overige zorgkosten. Daarnaast wordt de impact op werkplezier en werkdruk van zorgverleners en de arbeidsproductiviteit van cliënten meegenomen.

Verder worden de effecten op behandeltevredenheid, sociaal functioneren, empowerment en huisvesting gekwantificeerd. Deze indicatoren reflecteren de holistische benadering van netwerkzorg, waarbij niet alleen de zorgresultaten van cliënten centraal staan, maar ook de bredere context van hun sociaal-maatschappelijke functioneren en de effecten op hun naasten.

Het is belangrijk op te merken dat niet alle effecten even gemakkelijk te kwantificeren zijn. Sommige effecten, zoals de mate van empowerment en het welbevinden van naasten, zijn lastig in cijfers uit te drukken door de subjectieve en vaak context gebonden aard ervan.

Psychisch welbevinden / kwaliteit van leven

Tjaden et al. (2023) lieten zien dat in hun cohort van cliënten die met resourcegroepen aan de slag gingen, er een verbetering van hun kwaliteit van leven was in de vorm van utiliteiten (Tjaden 2022). Hierbij is utiliteit een score die gelijk is aan 1 voor iemand die in perfecte gezondheid verkeert, en gelijk is aan 0 voor iemand die een staat van gezondheid heeft die qua preferentie gelijk is aan niet in leven zijn. Quality-adjusted life years (QALYs) kunnen vervolgens berekend worden door deze utiliteit te combineren met de tijdsdimensie, waarbij één kalenderjaar in perfecte gezondheid (een utiliteit van 1) gelijk staat aan één QALY. In de studie van Tjaden et al. (2023) werd een utiliteitswinst van 0,055 per cliënt gevonden in het voordeel van de groep die RG kreeg. Zorginstituut Nederland hanteert een waardering voor een toename in QALY die afhankelijk is van de ziektelast van een persoon, variërend van € 80.000 per QALY voor de groep met de zwaarste ziektelast, € 50.000 per QALY voor de groep met 'middelmatische' ziektelast tot € 20.000 per QALY voor de groep met de laagste ziektelast (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2006). Onder de aanname dat de doelgroep van netwerkzorg in de 'middelmatische' ziektelast valt, vertegenwoordigt deze QALY-winst een waarde van € 2.750 per cliënt per jaar. Wanneer we rekenen met een 10% (pessimistisch scenario), 20% (midden scenario), en 30% (optimistisch scenario), dan komen we op een batenpost van respectievelijk € 275, € 550 of € 825 per cliënt per jaar.

Welbevinden naasten

Hoewel het aannemelijk is dat er (positieve) effecten op kwaliteit van leven van naasten is wanneer het beter gaat met de cliënt, zijn hier geen harde gegevens over. Er is een conservatieve inschatting gemaakt dat deze kwaliteit van leven-winst per cliënt gelijk is aan 10% (conservatief scenario), 20% (minder conservatief scenario), of 30% (optimistische scenario) van de kwaliteit van leven-winst bij de cliënt. Dit is gebaseerd op de veronderstelling dat naasten gedeeltelijk profiteren van verbeteringen in de gezondheid en het welzijn van de cliënt. Daarnaast is gerekend met een gemiddelde van 2,14 naasten per die per cliënt betrokken is (zie tabel 1). Dit komt neer op respectievelijk € 59, € 117, of € 176 per cliënt per jaar.

Vermindering zorgkosten – daling in het aantal opnames

Bij zorgkosten die mogelijk voorkomen kunnen worden als gevolg van het investeren in netwerkzorg werd in de vragenlijst met name het verminderen van opnames genoemd. Om tot een schatting van de gemiddelde opnamekosten te komen is onder andere gebruikgemaakt van gegevens van de “Improving Mental Health care using Personalized treatment based on analyses of Routine data for Optimal Value and Effectiveness”-studie (IMPROVE), een longitudinale studie naar psychische aandoeningen gebaseerd op routinematig verzamelde data (Kan et al. 2021). Uit deze gegevens blijkt dat de jaarlijkse zorgkosten van personen die minimaal 1 dag zijn opgenomen geweest gemiddeld € 30.906 bedragen.

Vanuit de participerende instellingen weten we dat 43% van de instellingen verwacht dat er een daling van (crisis- en her-) opnames zal plaatsvinden (waarbij 43% denkt dat het gelijk blijft, 14% aangeeft het niet in te kunnen schatten en 0% aangeeft een verhoging te verwachten). Hierbij gaat het niet om langdurige opnames in bijv. langdurige zorg. Het is lastig om deze schatting om te zetten naar een absoluut percentage reductie in het aantal opnames. Uit de studie van Tjaden et al. (2021) weten we wel dat de cliënten die in de RG groep zitten ongeveer 21% vaker responderen op hun behandeling (Tjaden et al. 2021). Als we uitgaan van die 21% dan komen we op een daling tussen de € 1.215 (10%) en € 3.645 (30%) per opname respectievelijk.

Vermindering zorgkosten – overige zorgkosten

Om een daling van de overige zorgkosten in kaart te brengen is het van belang om te weten wat de jaarlijkse kosten zijn van cliënten binnen de doelgroep. Hoewel het lastig is om deze in te schatten, laat de studie van Tjaden et al. (2022) zien dat cliënten die de gebruikelijke zorg ontvangen gemiddeld € 28.355 per jaar kosten wanneer we de kosten voor opnames excluseren, omdat die hierboven al worden meegenomen (NB Tjaden berekent de kosten voor 18 maanden, dus deze zijn omgerekend naar 12 maanden a.d.h.v. lineaire interpolatie). De hierboven genoemde 21% die vaker responderen op hun behandeling in de studie van Tjaden et al. (2022), kunnen we ook gebruiken om een schatting te maken van de reductie in zorgkosten. Een daling van 21% in de zorgkosten komt neer op $21\% \times € 28.355 = € 5.813$ per jaar. Als we uitgaan van dit bedrag dan komen we op een daling tussen de € 581 (10%) en € 1.744 (30%) per cliënt respectievelijk.

Werkplezier / werkdruk zorgverlener

Op basis van de vragenlijst verwacht 71% van de instellingen een verbetering van het werkgekluk als gevolg van netwerkzorg. Hoewel dit lastig te kwantificeren is, is geprobeerd dit inzichtelijk te maken door te kijken naar de kosten van een burn-out. TNO liet in haar factsheet over werkstress (2020) zien dat de kosten van een burn-out in Nederland gemiddeld € 11.000 bedragen (Hooftman and van Dam 2020). Hieruit wordt ook duidelijk dat 37% van de burn-outs veroorzaakt wordt door werkstress. Als we uitgaan van dit percentage in combinatie met 71% van de instellingen die verwachten dat een verbetering van werkgekluk zal optreden, en de verschillende scenario's, dan komen deze baten per zorgverlener op een bedrag tussen € 291 (dus $€ 11.000 \times 37\% \times 71\% \times 10\%$) en € 872 (dus $€ 11.000 \times 37\% \times 71\% \times 30\%$) respectievelijk.

Arbeidsproductiviteit

Er is beperkt informatie beschikbaar over de werksituatie van de doelgroep. Er is daarnaast geen direct bewijs over het effect van netwerkzorg op het hebben van werk of het verzuimen van werk. Wel is het aannemelijk dat iemand met een betere gezondheidstoestand ook minder zou kunnen verzuimen. Daarnaast zou het kunnen dat iemand meer zelfstandigheid ontwikkelt en beter gebruik kan maken van zijn of haar eigen netwerk, waardoor minder stress op het werk wordt ervaren en diegene op die manier mogelijk minder verzuimt. In een paper van de Graaf et al. 2012 wordt geschat dat het hebben van een depressie gemiddeld zorgt voor 12 dagen aan verzuim (de Graaf et al. 2012). Wanneer we deze 12 dagen vermenigvuldigen met het gemiddelde uurloon in Nederland (€ 41,41 per uur) en uitgaan van een achturige werkdag, dan komen we op € 3.975 per jaar. Deze kosten vormen mogelijk een onderschatting omdat de cliënten binnen de doelgroep van deze business case mogelijk ook aandoeningen hebben met een hogere ziektelast. Uit de studie van Tjaden et al. 2023 komt naar voren dat 17% van de cliënten mogelijk een baan heeft. Wanneer we pessimistische (10%) of optimistischere effecten (30%) op de productiviteit van cliënten zouden kunnen verwachten dan komt dat neer op € 66 of € 197 respectievelijk. Op basis van Tjaden et al. (2022) lijkt dit niet onrealistisch, aangezien het percentage in de groep die een RG krijgt een stijging van 12% in het hebben van een betaalde baan liet zien en de controle groep een stijging van 3% (Tjaden 2022).

Behandeltevredenheid

Op basis van Tjaden et al. (2022) lijkt het aannemelijk dat het implementeren van netwerkzorg (en dan met name de RG's) zal leiden tot een verhoogde tevredenheid bij cliënten met betrekking tot de behandeling (Tjaden 2022). Aangezien het niet eenvoudig is om dit te kwantificeren (en mogelijk al geteld is binnen de kwaliteit van leven-winst) is deze post als P.M. opgenomen in de totale kosten/baten afweging.

Sociaal functioneren

Het verbeteren van het sociaal netwerk is een belangrijk doel van netwerkzorg met een potentiële impact op de patiënt, op de naasten, en in bredere zin op de maatschappij. Dit domein wordt echter niet expliciet gekwantificeerd, omdat een groot deel van deze type gevolgen al gekwantificeerd worden binnen welbevinden naasten, school, en werk of dagbesteding.

Empowerment

Omdat het begrip empowerment veelomvattend is, de mogelijke positieve effecten divers kunnen zijn, en de daaruit volgende batenschattingen zeer indirect zouden zijn, is gekozen om dit domein ook als PM-post aan te duiden. Meer empowerment, of eigen regie, zou zich bijvoorbeeld kunnen vertalen in 1) het op gang brengen van verdere ontwikkeling; 2) het verhogen van het vertrouwen dat er (nog) verbetering mogelijk is en in het behandelplan en/of andere zorgverlening; 3) het verstevigen van het zelfbeeld van de patiënt; 4) acceptatie van het ziektebeeld; en 5) het bevorderen van de zelfstandigheid. Deze zaken zouden kunnen resulteren in belangrijke baten voor zowel de patiënt als

de samenleving in zijn geheel, zeker op de lange termijn. Een verhoogde mate van empowerment kan bijvoorbeeld direct bijdragen aan de duurzaamheid van herstel. Wanneer cliënten zich empowered voelen, zijn ze beter in staat om hun herstel te onderhouden, wat op zijn beurt kan leiden tot een vermindering van terugval. Minder terugval kan zich uiten in een daling van het aantal opnames in de acute zorg, een effect dat we al hebben gekwantificeerd. Een afname van terugval kan echter ook zichtbaar worden in minder her-aanmeldingen voor ambulante zorg, omdat cliënten beter in staat zijn om hun eigen herstelproces voort te zetten zonder frequent terug te vallen op intensieve zorg. Dit kan ook resulteren in kortere wachttijden voor vervolgbehandelingen of nieuwe cliënten, doordat er minder druk wordt uitgeoefend op de zorginstellingen door herhaalde behandelingen van dezelfde cliënten.

Huisvesting

Op basis van Tjaden et al. (2022) lijkt het aannemelijk dat het implementeren van netwerkzorg (en dan met name de RG's) zal leiden tot een daling van de kosten voor bijvoorbeeld beschermd wonen of begeleid wonen (Tjaden 2022). Deze daling wordt niet helemaal verklaard in de studie van Tjaden et al. (2022), maar zou mogelijk kunnen komen doordat iemand meer zelfstandigheid ontwikkelt en beter gebruik kan maken van zijn of haar eigen netwerk. Aangezien het niet eenvoudig is om dit te kwantificeren (en dit mogelijk al geteld is binnen de kwaliteit van leven-winst), is deze post als P.M. opgenomen in de totale kosten/baten afweging.

Totale baten netwerkzorg

De totale baten voor het aanbieden van netwerkzorg zijn weergegeven in tabel 4 en 5. In tabel 4 staan de ruwe schattingen waarbij de eenheid nog niet gestandaardiseerd is. In tabel 5 staan de baten omgerekend naar teamniveau per jaar (dus rekening houdend met de gemiddelde caseload en grootte

Baten	<i>Pessimistisch scenario (10%)</i>	<i>Midden scenario (20%)</i>	<i>Optimistisch scenario (30%)</i>	<i>Eenheid</i>
Psychisch welbevinden (cliënt)	€ 275	€ 550	€ 825	per cliënt
Reductie opnames	€ 1.215	€ 2.430	€ 3.645	per opname
Reductie overige zorgkosten	€ 581	€ 1.163	€ 1.744	per cliënt
Welbevinden naasten	€ 59	€ 117	€ 176	per cliënt
Werkplezier zorgverlener	€ 291	€ 581	€ 872	per zorgverlener
Werk	€ 66	€ 131	€ 197	per cliënt met een baan
Behandeltevredenheid	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Sociaal functioneren	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Empowerment	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Huisvesting	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Totaal:	€ 2.486	€ 4.972	€ 7.458	

van de teams).

Tabel 4 Baten nog niet omgerekend naar dezelfde eenheid

Tabel 5 Baten omgerekend naar teamniveau per jaar

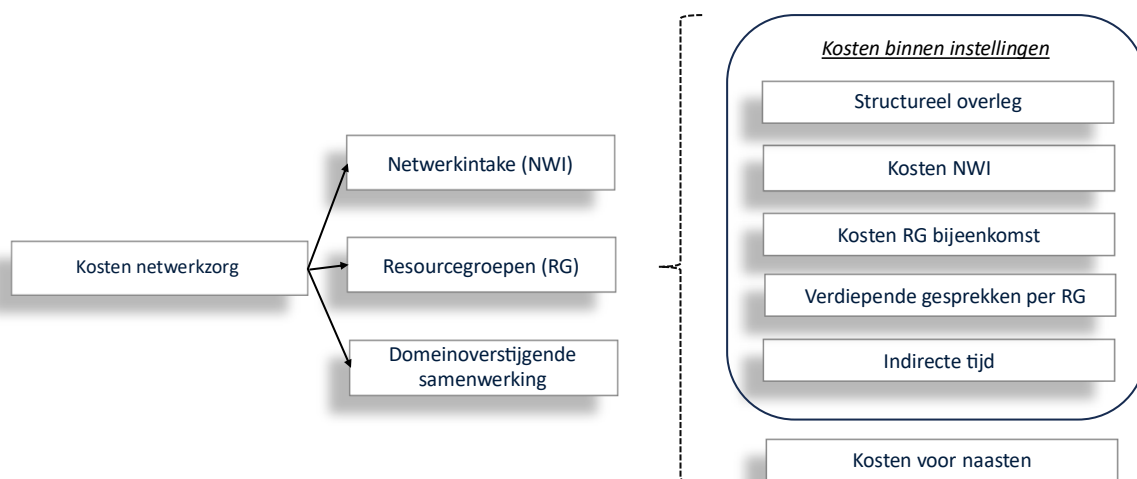
<u>Baten - op team niveau voor één jaar</u>	<u>Pessimistisch scenario (10%)</u>	<u>Midden scenario (20%)</u>	<u>Optimistisch scenario (30%)</u>	<u>Eenheid</u>
Psychisch welbevinden (cliënt)	€ 37.743	€ 75.486	€ 113.230	per team
Reductie opnames	€ 13.339	€ 26.678	€ 40.017	per team
Reductie overige zorgkosten	€ 79.778	€ 159.557	€ 239.335	per team
Welbevinden naasten	€ 8.058	€ 16.116	€ 24.175	per team
Werkplezier zorgverlener	€ 4.632	€ 9.264	€ 13.896	per team
School/werk	€ 9.003	€ 18.005	€ 27.008	per team
Behandeltevredenheid	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Sociaal functioneren	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Empowerment	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Huisvesting	P.M. (+)	P.M. (+)	P.M. (+)	
Totaal:	€ 152.553	€ 305.106	€ 457.659	

Overzicht van kosten netwerkzorg

In dit hoofdstuk wordt een gedetailleerd overzicht gegeven van de kosten die gepaard gaan met de implementatie en uitvoering van netwerkzorg. In tegenstelling tot de effectschattingen, die vaak indirect worden geschat en daardoor een grotere mate van onzekerheid met zich meebrengen (waar we voor hebben gecorrigeerd), zijn de kosten direct gebaseerd op de beoogde aanpak. Deze kosten zijn daardoor wat nauwkeuriger geschat op basis van specifieke gegevens en inzichten die betrekking hebben op de werkelijke uitgaven binnen het netwerkzorgmodel. Hierdoor hebben we gekozen voor de kostenkant om geen correcties toe te voegen (dus geen pessimistisch, midden, of optimistisch scenario). Dit is wederom een conservatieve keuze. Het doel van dit hoofdstuk is om een helder en onderbouwd overzicht te bieden van de extra kosten als gevolg van netwerkzorg.

Kosten van het aanbieden van netwerkzorg

In figuur 3 wordt een overzicht weergegeven van alle mogelijke kosten die een rol spelen bij het implementeren van netwerkzorg. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat de kosten voor het aanbieden van RG's afkomstig zijn uit Tjaden et al. (2022). Daarnaast zijn de kosten voor het uitvoeren van de netwerkintake en de kosten voor overige netwerksamenwerking gebaseerd op tijdsinschattingen die de instellingen via de teamleiders hebben aangeleverd (zie tabel 6 hieronder).



Figuur 3 Overzicht van aanbiedingskosten van netwerkzorg

Kosten binnen instellingen

Om tot een schatting te komen van de extra kosten binnen de ggz is aan instellingen gevraagd om een inschatting te maken van het extra aantal uur dat medewerkers kwijt zijn aan netwerkzorg. Om tot deze inschatting te komen, hebben we de instellingen gevraagd om een schatting te geven van het aantal extra uur dat ze per onderdeel van het aanbieden van netwerkzorg kwijt denken te zijn. Deze inschatting is niet direct gebaseerd op registraties en betreft dus puur een verwachting van de deelnemende teamleiders. Deze inschatting is te zien in tabel 6.

Tabel 6 Inschatting van instellingen m.b.t. het aantal extra uur als gevolg van het aanbieden van netwerkzorg

Extra uren als gevolg netwerkzorg	Gemiddeld aantal extra uur (van valide responses)	Gemiddeld aantal betrokken pers (van valide responses)	Totaal extra uur
1. Structureel overleg rond netwerkzorg (denk aan: teamoverleg, intervisie, overleg management, etc.)	2,94	8,86	26,02
2. Netwerkintake (gem. duur gesprekken en administratietijd tot er een behandelplan ligt)	1,67	4,17	6,94
3. Resourcegroep bijeenkomst (inclusief plannen en organiseren van bijeenkomst)	2,71	7,00	19,00
4. Verdiepende gesprekken per resourcegroep (alle verdiepende gesprekken bij één resourcegroep, inclusief planning)	3,29	7,00	23,00
5. Structurele domeinoverstijgende samenwerking (denk aan: uren casusgericht en overstijgende afspraken)	2,25	3,00	6,75
6. Aantal uur indirecte tijd (denk aan: structureel overleg, NWI, RG, domeinoverstijgende samenwerking)	1,88	3,86	7,23
Totaal:			88,94

Aan de hand van de teamsamenstelling van elk team (specialisatie, aantal fte's en CAO-inschaling) is een gewogen gemiddelde kostprijs per uur berekend voor een zorgverlener binnen een team dat netwerkzorg uitvoert. Dit uurtarief komt uit op € 70,86. Wanneer we het aantal uur vermenigvuldigen met dit uurtarief komen we op kostenschattingen zoals in tabel 7 hieronder. De kosten zijn gewogen op basis van het percentage cliënten dat daadwerkelijk een netwerkintake kreeg en waar relevant ook nog een RG had (geschat op 75%; zie tabel 1).

Tabel 7 (Gewogen) kosten per onderdeel als gevolg van het aanbieden van netwerkzorg

Extra uren als gevolg netwerkzorg	Kosten per onderdeel	Gewogen kosten per stap
1. Structureel overleg rond netwerkzorg (denk aan: teamoverleg, intervisie, overleg management, etc.)	€ 1.843,50	€ 1.843,50 (per medewerker)
2. Netwerkintake (gem. duur gesprekken en administratietijd tot er een behandelplan ligt)	€ 492,05	€ 396 (per cliënt)
3. Resourcegroep bijeenkomst (inclusief plannen en organiseren van bijeenkomst)	€ 1.346,25	€ 293 (per cliënt)
4. Verdiepende gesprekken per resourcegroep (alle verdiepende gesprekken bij één resourcegroep, inclusief planning)	€ 1.629,67	€ 355 (per cliënt)
5. Structurele domeinoverstijgende samenwerking (denk aan: uren casusgericht en overstijgende afspraken)	€ 478,27	€ 478 (per team)
6. Aantal uur indirecte tijd (denk aan: structureel overleg, NWI, RG, domeinoverstijgende samenwerking)	€ 512,43	€ 512 (per medewerker)
Totaal:	€ 6.302,17	€ 3.851

Kosten voor naasten

Tjaden et al. (2022) hebben een schatting gemaakt van de kosten van RG's voor naasten (Tjaden 2022). Hierbij is in kaart gebracht hoeveel tijd naasten kwijt waren aan RG's, gewaardeerd met het tarief van huishoudelijke hulp (NB het is gebruikelijk om mantelzorg te waarderen met het tarief van vervangende diensten, waarbij vaak het tarief voor huishoudelijke hulp wordt gekozen). Gemiddeld kwamen deze kosten op € 15 (één uur) in de voorbereidingsfase en € 30 (twee uur) voor deelname aan de RG's. Uitgaande van een gemiddelde van 2,14 naasten per RG bijeenkomst (zie tabel 1) en een gemiddelde van 1,5 RG bijeenkomst per cliënt (schatting op basis van Tjaden et al. 2021 waarin 74% aangeeft minimaal 1 RG bijeenkomst te hebben gehad en 55% 2 RG bijeenkomsten), komen de kosten voor de tijdinvestering van naasten per cliënt op € 143 (Tjaden et al. 2021).

Totale kosten netwerkzorg

De totale kosten voor het aanbieden van netwerkzorg zijn weergegeven in tabel 8 en 9. In tabel 8 staan de ruwe schattingen waarbij de eenheid nog niet gestandaardiseerd is. In tabel 9 staan de kosten omgerekend naar teamniveau per jaar (dus rekening houdend met de gemiddelde caseload en grootte van de teams).

Tabel 8 Kosten voor het aanbieden van netwerkzorg

Kostenpost	Puntschatting	Eenheid
Structureel overleg rond netwerkzorg	€ 1.843	per medewerker
Netwerkintake	€ 369	per cliënt
Resourcegroep bijeenkomst	€ 439	per bijeenkomst
Verdiepende gesprekken per resourcegroep	€ 532	per bijeenkomst
Structurele domeinoverstijgende samenwerking	€ 478	per team
Aantal uur indirecte tijd	€ 512	per medewerker
<u>Kosten voor cliënten en naasten</u>		
Kosten voor resourcegroepen (één jaar)	€ 143	per jaar
Totaal:	€ 4.317	

Tabel 9 Kosten voor het aanbieden van netwerkzorg omgerekend naar teamniveau per jaar

Kostenpost	Puntschatting	Eenheid
Structureel overleg rond netwerkzorg	€ 29.373	per team
Netwerkintake	€ 50.650	per team
Resourcegroep bijeenkomst	€ 60.312	per team
Verdiepende gesprekken per resourcegroep	€ 73.009	per team
Structurele domeinoverstijgende samenwerking	€ 478	per team
Aantal uur indirecte tijd	€ 8.165	per team
<u>Kosten voor cliënten en naasten</u>		
Kosten voor resourcegroepen (één jaar)	€ 19.595	per team
Totaal:	€ 241.582	

Conclusie

Return on investment

Wanneer we naar de verdeling van baten kijken voor verschillende belanghebbenden dan valt op dat de baten voor 60% vallen bij de instellingen (verminderde opnames en overige zorgkosten), voor 24% bij de cliënt (verbeterde kwaliteit van leven), voor 8% bij de naasten (verbeterde kwaliteit van leven), voor 6% bij werkgevers (verbeterde productiviteit), en voor 3% bij zorgverleners (als gevolg van toegenomen werkplezier). Hierbij is het wel van belang om te vermelden dat een groot deel van de PM-posten vooral bij de cliënten (en wellicht ook de naasten) vallen. De kosten voor het aanbieden van netwerkzorg zoals in deze maatschappelijke business case berekend, worden gedragen door de instellingen (92%) en voor het overige deel door de cliënten en naasten (8% in de vorm van tijdsinvestering).

In tabel 10 staat de return on investment (ROI) weergegeven voor de drie scenario's: 1) het pessimistische scenario waarin is gerekend met 10% van de mogelijk te verwachten baten; 2) het midden scenario waarin is gerekend met 20% van de mogelijk te verwachten baten; en 3) het optimistisch scenario waarin is gerekend met 30% van de mogelijk te verwachten baten. Uit de geïdentificeerde baten en kosten in deze maatschappelijke business case blijkt dat bij een pessimistische inschatting van de baten een ROI van € 0,63 per geïnvesteerde euro wordt verkregen. In het midden scenario zorg het implementeren van netwerkzorg echter voor een ROI van € 1,26 per geïnvesteerde euro en in het optimistische scenario voor € 1,89. Een ROI boven de € 1 betekent dat de investering winstgevend is geweest. In dat geval zijn de opbrengsten groter dan de kosten, wat betekent dat er waarde is gecreëerd. Een ROI kleiner dan € 1 betekent dat de investering verlies zou leiden. In dat geval zijn de kosten hoger dan de opbrengsten, wat resulteert in een verlies. Met behulp van lineaire interpolatie tussen het hoge en het lage scenario kan worden berekend welk percentage van de effecten gerealiseerd moet worden om break-even te draaien (dus om minimaal de geïnvesteerde kosten terug te verdienen). Dit percentage ligt bij 15,8%. Anders gezegd, als de daadwerkelijke baten minimaal 15,8% van de geïdentificeerde baten zijn, dan is de inzet van netwerkzorg al kosteneffectief.

Hierbij is het van belang te onthouden dat een groot deel van de baten niet kon worden gekwantificeerd. Denk hierbij aan verhoogde behandeltevredenheid, beter sociaal functioneren, groter gevoel van empowerment bij cliënten, en verminderde kosten op het gebied van huisvesting. Het is wel relevant om op te merken dat een groot deel van de verwachte winst bestaat uit niet-financiële effecten die worden uitgedrukt in geld (bijv. het omrekenen van kwaliteit van leven naar winst in euro's). Dit betekent dat deze zogenoemde "zachte euro's" niet opnieuw door instellingen kunnen worden uitgegeven maar dat die ten goede komen aan de cliënt (of diens naasten). De totale geïdentificeerde baten bestaan voor 32% uit deze "zachte" euro's. Wanneer we kijken naar de ROI voor alleen de "harde" euro's, dan blijkt dat bij een pessimistische inschatting van de baten, een ROI van € 0.44 per geïnvesteerde euro wordt verkregen. In het midden scenario zorg het implementeren van netwerkzorg in dat geval voor een ROI van € 0,88 per geïnvesteerde euro en in het optimistische scenario voor een ROI van € 1,33 (zie tabel 11). Het percentage van de effecten dat in dit geval gerealiseerd moet worden om break-even te draaien is 22,6%.

Voor alle analyses die in deze maatschappelijk business case zijn gedaan, is het belangrijk om te realiseren dat alleen kortetermijneffecten zijn meegenomen. Het langdurige effect van de (maatschappelijke) voordelen van netwerkgorg zijn buiten beschouwing gelaten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het langdurig meedoen in de maatschappij (bijv. het houden van een betaalde baan) of een langdurig verbeterde levenskwaliteit. Het is niet ondenkbaar dat de langetermijnvoordelen van netwerkgorg een veelvoud zijn van de voordelen op de korte termijn.

Tabel 10 Return on investment per scenario

Pessimistisch scenario (10% van mogelijke baten)			
	Totale baten:	€ 152.553	per team per jaar
	Totale kosten:	€ 241.582	per team per jaar
	ROI	€ 0,63	
Midden scenario (20% van mogelijke baten)			
	Totale baten:	€ 305.106	per team per jaar
	Totale kosten:	€ 241.582	per team per jaar
	ROI	€ 1,26	
Optimistisch scenario (30% van mogelijke baten)			
	Totale baten:	€ 457.659	per team per jaar
	Totale kosten:	€ 241.582	per team per jaar
	ROI	€ 1,89	

Tabel 11 Overzicht van return on investment voor alleen de “harde” euro’s per scenario

Pessimistisch scenario (10% van mogelijke baten)			
	Totale baten:	€ 106.752	per team per jaar
	Totale kosten:	€ 241.582	per team per jaar
	ROI	€ 0,44	
Midden scenario (20% van mogelijke baten)			
	Totale baten:	€ 213.503	per team per jaar
	Totale kosten:	€ 241.582	per team per jaar
	ROI	€ 0,88	
Optimistisch scenario (30% van mogelijke baten)			
	Totale baten:	€ 320.255	per team per jaar
	Totale kosten:	€ 241.582	per team per jaar
	ROI	€ 1,33	

Beperkingen en sterke punten

In deze studie is een maatschappelijke business case uitgevoerd aan de hand van het framework van Banke-Thomas et al., wat een gestructureerde aanpak biedt om de sociale impact van interventies financieel te waarderen (Banke-Thomas et al. 2015). In deze maatschappelijke business case is gebruikgemaakt van zeer conservatieve schattingen bij het waarderen van de mogelijke effecten. Dit minimaliseert het risico van overschatting en draagt bij aan de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de resultaten. Daarnaast is een gestructureerde benadering gevolgd voor het verzamelen van gegevens op teamniveau, wat resulteerde in een robuuste en transparante analyse.

Tot slot biedt de studie waardevolle inzichten in de sociale impact van de netwerkzorg. De resultaten van deze studie moeten gezien worden in het licht van enkele belangrijke beperkingen. Een belangrijke uitdaging was de subjectiviteit bij het toekennen van financiële waarden aan sociale en emotionele uitkomsten, die vaak gebaseerd zijn op aannames en interpretaties van stakeholders (meestal teamleiders). Daarnaast bleek de dataverzameling complex, vooral bij het meten van indirecte of moeilijk kwantificeerbare effecten. Het framework gaat uit van causale verbanden tussen de interventie en de geobserveerde impact, maar binnen een complexe context, zoals netwerkzorg, is het lastig om andere beïnvloedende factoren volledig uit te sluiten. Verder zijn sommige niet-financiële voordelen ondergewaardeerd bleven, wat mogelijk heeft geleid tot een eenzijdige representatie van de impact. Tot slot zijn de resultaten sterk context-specifiek, waardoor generalisatie naar andere situaties of doelgroepen beperkt is. Deze beperkingen benadrukken de noodzaak van een kritische interpretatie van de bevindingen om een compleet beeld van de sociale waarde te verkrijgen.

Samenvattend

Deze maatschappelijke business case schatte kosten en baten van het aanbieden van netwerkzorg. Het doel was om, in afwachting van evidentie waarmee meer betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan, met deze maatschappelijke business case alvast voorzichtig inzicht te geven in de orde van grootte van de kosten en baten van netwerkzorg. De resultaten in deze verkenning dienen dus pertinent niet als 'hard bewijs' omtrent de kosten en baten van netwerkzorg, maar kunnen wel helpen om inzichtelijk te maken waar de grootste kosten en baten verwacht kunnen worden. Daarmee kan deze business case bijdragen aan een meer onderbouwd gesprek over bijvoorbeeld de financiering van netwerkzorg.

Uit de maatschappelijke business case blijkt dat netwerkzorg in het midden- en optimistische scenario kosteneffectief is, met een ROI van respectievelijk € 1,26 en € 1,89 per geïnvesteerde euro. In het pessimistische scenario is de ROI € 0,63, wat betekent dat de kosten dan niet volledig worden terugverdiend. Door lineaire interpolatie is berekend dat bij een realisatie van 15,8% van de potentiële baten de investering break-even draait. Wanneer alleen de financiële ("harde") baten worden meegenomen, ligt het break-evenpunt op 22,6%. Hierbij is belangrijk dat veel waardevolle baten, zoals verbeterde levenskwaliteit en tevredenheid, niet volledig in geld konden worden uitgedrukt en dus niet zijn meegerekend. Het lijkt redelijk om aan te nemen dat verbeteringen binnen de domeinen "behandeltevredenheid", "sociaal functioneren", "empowerment" en "huisvesting" op lange termijn bijdragen aan de kans voor cliënten om een productief leven te gaan leiden en om zelfstandig te kunnen (blijven) leven. Deze domeinen zijn binnen deze maatschappelijke business case niet gekwantificeerd (wel genoemd als PM-posten), maar kunnen tot enorme baten leiden in de toekomst.

Verder is het van belang te benadrukken dat er in deze maatschappelijke business case gerekend is met conservatieve schattingen van de gevonden baten in andere (wetenschappelijke) bronnen. Deze aanpak zorgt ervoor dat niet een te rooskleurig beeld gegeven wordt van de meerwaarde van netwerkzorg, maar zorgt wel voor een stevige slag om de arm met betrekking tot de maximale te verwachten baten.

Deze maatschappelijke business case laat zien dat de kosten van netwerkzorg veelal worden gedragen door de instellingen, en dat de baten bij verschillende belanghebbenden terechtkomen,

vooral bij de cliënt en diens naasten (in verbeterde levenskwaliteit) en instellingen (minder opnames en overige zorgkosten).

De potentiële baten van netwerkzorg zijn, bij het huidige gebrek aan evidentie, per definitie zeer onzeker. Daar komt bovenop dat de potentiële waarde zich op veel verschillende domeinen kan uiten en dus lang niet altijd gekwantificeerd kon worden. Voor de waarde met betrekking tot de kwaliteit van leven geldt bijvoorbeeld dat deze substantieel hoger uitvalt wanneer een toename in kwaliteit van leven langer aanhoudt dan de geboden netwerkzorg, bijvoorbeeld doordat netwerkzorg erin slaagt om een langdurig positief effect te bewerkstelligen in het leven van de cliënt. Andersom geldt dat de waarde substantieel lager zal uitpakken wanneer de toename in kwaliteit van leven veel langzamer op gang komt of van korte duur is.

De potentiële waarde van het aanbieden van netwerkzorg betreft daarom noodgedwongen een grove inschatting. Meer zekerheid kan ontstaan wanneer er meer geregistreerd wordt binnen deze groep. Deze maatschappelijke business case laat daarbij zien dat het met name zinvol lijkt om betere evidentie te verzamelen over de precieze effecten van netwerkzorg op kwaliteit van leven en de precieze meerkosten van netwerkzorg (ook in vergelijking met de huidige zorg zónder netwerkzorg). Dit omdat deze domeinen de grootste baten- en kostenposten bevatten.

Ter afsluiting moet nog benadrukt worden dat het perspectief van kosteneffectiviteit een beperkt perspectief is bij het beoordelen van de gewenstheid van een interventie. Naast het economische perspectief, kunnen andere overwegingen (bijvoorbeeld ethische) een rol spelen, zeker in geval van een kwetsbare doelgroep, waarbij de effecten naar verwachting een leven lang kunnen doorwerken op een veelheid aan domeinen.

Referenties

- Banke-Thomas, Aduragbemi Oluwabusayo, Barbara Madaj, Ameh Charles, and Nynke van den Broek. 2015. "Social Return on Investment (SROI) Methodology to Account for Value for Money of Public Health Interventions: A Systematic Review." *BMC Public Health* 15:1–14.
- Broersen, Marieke, Nynke Frieswijk, Hans Kroon, Ad A. Vermulst, and Daan H. M. Creemers. 2020. "Young Patients with Persistent and Complex Care Needs Require an Integrated Care Approach: Baseline Findings from the Multicenter Youth Flexible ACT Study." *Frontiers in Psychiatry* 11:1310.
- de Graaf, Ron, Marlous Tuithof, Saskia Van Dorsselaer, and Margreet Ten Have. 2012. "Comparing the Effects on Work Performance of Mental and Physical Disorders." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(11):1873–83.
- Hooftman, W. E., and L. van Dam. 2020. "Factsheet Week van de Werkstress 2020."
- Kan, Kaying, Joran Lokkerbol, Frederike Jörg, Ellen Visser, Robert A. Schoevers, and Talitha L. Feenstra. 2021. "Real-World Treatment Costs and Care Utilization in Patients with Major Depressive Disorder with and without Psychiatric Comorbidities in Specialist Mental Healthcare." *Pharmacoeconomics* 39(6):721–30.
- Mulder, Niels, Jaap van Weeghel, Philippe Delespaul, Frits Bovenberg, Bram Berkvens, E. Leemman, Hans Kroon, Tom van Mierlo, and Gerdie Kienhorst. 2020. *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken Aan Herstel En Gezondheid*. Boom.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2006. "Zinnige En Duurzame Zorg [Sensible and Sustainable Care]."
- van der Spek, W. 2021. "Netwerkpsychiatrie. Samenwerken Aan Herstel En Gezondheid." *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 310.
- Tjaden, C. 2022. "Better Together: On Meaning, Effectiveness and Costs of Resource Groups for People with Severe Mental Illness."
- Tjaden, Cathelijn D., Cornelis L. Mulder, Jaap van Weeghel, Philippe Delespaul, Rene Keet, Stynke Castelein, Jenny Boumans, Eva Leeman, Ulf Malm, and Hans Kroon. 2019. "The Resource Group Method in Severe Mental Illness: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial and a Qualitative Multiple Case Study." *International Journal of Mental Health Systems* 13:1–16.
- Tjaden, Cathelijn, Cornelis L. Mulder, Wouter Den Hollander, Stynke Castelein, Philippe Delespaul, Rene Keet, Jaap Van Weeghel, and Hans Kroon. 2021. "Effectiveness of Resource Groups for Improving Empowerment, Quality of Life, and Functioning of People with Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial." *JAMA Psychiatry* 78(12):1309–18.
- Wijnen, B. F. M., M. Ten Have, R. de Graaf, H. J. van der Hoek, J. Lokkerbol, and Filip Smit. 2023. "The Economic Burden of Mental Disorders: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2." *The European Journal of Health Economics* 1–10.