

OPENBAAR

Healthy Living
Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden**TNO-rapport**
R10776**Begeleidingstrajecten business model en business
case voor eerstelijns vernieuwingen**
- Eindrapportage -www.tno.nl
infodesk@tno.nl
T +31 88 866 90 00

Datum	Mei 2015
Auteur(s)	Marian Schoone - projectleider Eric Franck Evelien Rijken Hanneke Molema
Overige projectleden	Denise van der Klauw Laudry van der Meer Marjolein de Weerd
Aantal pagina's	26
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnaam	BM-BC begeleidingstrajecten met adviseurs
Projectnummer TNO	051.02340 & 060.03073
Projectnummer ZonMw	1540140011

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2015 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	4
1.1 Gebruikte methoden	5
2 Begeleidingstrajecten eerste ronde	7
2.1 Betrokken vernieuwingen eerste ronde	7
2.1.1 Samen voor een Sterke Eerstelijns Scheveningen	7
2.1.2 Krachtige basiszorg in Utrecht Overvecht	8
2.1.3 Crossroads, Utrecht Oost Gezond	9
2.2 Geleerde lessen eerste ronde	9
3 Begeleidingstrajecten tweede ronde	12
3.1 Betrokken vernieuwingen tweede ronde	12
3.1.1 Beter thuis in Zuid, Amsterdam	13
3.1.2 Dappere Dokters, Amsterdam	13
3.1.3 Transmurale Zorg Scheveningen	14
3.1.4 MSM Maasgouw	15
3.1.5 Inloopcentrum, Nieuwegein	16
3.1.6 Zorgnetwerk Elsloo	17
3.1.7 POH GGZ, Zwolle	18
3.1.8 KOEL Cardio, Zwijndrecht	18
3.1.9 Arts en Zorg, Utrecht	19
3.2 Geleerde lessen tweede ronde.....	20
4 Doorontwikkeling van de webtool	22
4.1 Wensen voor verbeteringen aan de webtool	22
4.2 Gerealiseerde verbeteringen	22
4.3 Bruikbaarheid van de webtool	23
5 Conclusies en aanbevelingen	24
5.1 Geleerde lessen uit de eerste en tweede ronde.....	24
5.2 Bruikbaarheid van de BC-tool voor de eerstelijns	24
5.3 Conclusie	25
5.4 Aanbevelingen	25

Samenvatting

Twaalf eerstelijnsamenwerkingsverbanden hebben deelgenomen aan dit project om de meerwaarde van een voor hen vernieuwende werkwijze aan te tonen. De meeste van deze samenwerkingsverbanden hadden een aanpak ontwikkeld voor geïntegreerde preventieve zorg voor specifieke doelgroepen in de wijk. Daarbij maakten ze bijvoorbeeld gebruik van een ICT-systeem, transmurale afspraken en screeningsmethoden.

De twaalf eerstelijnsamenwerkingsverbanden hebben onder begeleiding van TNO gewerkt aan een businessmodel (BM) en businesscase (BC) voor hun vernieuwing. Twee groepen hebben zich voornamelijk op het BM gericht en samen met TNO een plan van aanpak gemaakt voor (onder andere) een uitgebreidere kostenbatenanalyse. Zeven groepen hebben tijdens het begeleidingstraject een BC afgerond.

In het project hebben de projectgroepen ervaring opgedaan met de BC-tool www.businesscase-eerstelij.nl (ontwikkeld door TNO in samenwerking met ZonMw) en het BM-Canvas. Naast de begeleiding door TNO werden de projectgroepen bijgestaan door een (externe) adviseur, die opgedane kennis weer verder kan verspreiden.

De groepen hadden zeer wisselende ervaringen met de BC-tool. Bijna allemaal vonden ze het zelfstandig werken aan de businesscase in eerste instantie lastig. Na de eerste toelichting en begeleiding, zagen ze er wel de meerwaarde van in en hebben nagenoeg alle groepen tijd geïnvesteerd om de methode beter onder de knie te krijgen.

Twee positieve ervaringen met de tool sprongen er uit. Enerzijds was de structuur die de tool biedt om alles in kaart te brengen van meerwaarde. Anderzijds vonden men vooral het proces dat op gang kwam erg positief. Omdat ze gedwongen werden met elkaar en hun partners scherp te formuleren waar ze samen voor staan in de vernieuwende aanpak, komen discussiepunten ter tafel en kunnen ze worden opgelost.

Op basis van de ervaringen van gebruikers is de tool door TNO verder verbeterd. Bugs zijn verwijderd en zaken die de tool prettiger in het gebruik maken zijn aangepast.

Concluderend zijn het BM en de BC zeer nuttige tools om toe te passen bij eerstelijnsvernieuwingen. Voor onervaren projectgroepen en adviseurs kan het helpen het belang van BC-denken in te zien en de neuzen dezelfde kant op te krijgen. Voor projectgroepen en adviseurs met al enige ervaring/affiniteit met BC-denken biedt de tool structuur en handvatten om daadwerkelijk een businesscase te maken. Het gebruik van de tool vraagt wel om enige begeleiding en ondersteuning.

1 Inleiding

Binnen het ZonMw programma Op-één-lijn zijn door TNO twaalf begeleidingstrajecten uitgevoerd voor het opstellen van businessmodellen (BM) en businesscases (BC) voor eerstelijns vernieuwingen.

Een begeleidingstraject is bedoeld voor een samenwerkingsverband in de eerstelijns dat recent een vernieuwing heeft doorgevoerd of wil doorvoeren en hiervoor onder begeleiding van TNO een BM wil uitwerken en een realistische BC wil opstellen. Voorwaarde is dat in zo'n traject door de projectgroep van het samenwerkingsverband een externe adviseur wordt betrokken, bijvoorbeeld een ROS-adviseur, die op deze wijze in de praktijk kan kennismaken en leren werken met de systematiek.

Het doel van de begeleidingstrajecten was om met de betrokken partijen en een externe adviseur een BM op te stellen voor de vernieuwing en om gezamenlijk een BC uit te werken voor (een deel van) de vernieuwing. Een BM heeft als grote voordeel dat partijen gezamenlijk kritisch nadenken over de meerwaarde die ze (gaan) leveren. Daarbij komt vanzelf de vraag naar boven of cliënten, partners en financiers wel zitten te wachten op deze vernieuwing. Ook denken partijen na over wat er allemaal nodig is om deze meerwaarde te bereiken. Het gevolg is dat samenwerkende partijen hun neuzen dezelfde kant op hebben en constructiever samenwerken. Bij externe partijen is de kans op draagvlak groter.

Een BC kan verschillende doelen hebben. Vaak is dat 1) inzicht geven in kosten en baten, zodat partijen weten waar ze aan toe zijn en wat ze kunnen verwachten, 2) partijen overtuigen van de (financiële en niet-financiële) meerwaarde van een vernieuwing en draagvlak krijgen om mee te doen, of 3) komen tot een eerlijke verdeling als blijkt dat de BC voor de ene partij positief en voor de andere partij negatief uitpakt. Het voordeel van een BC is dat het open op tafel legt, met cijfermatige onderbouwing, wat de vernieuwing behelst. Dit kan helpen om constructief aan een daadwerkelijke invoering van de vernieuwing te werken, in plaats van dat de vernieuwing afketst op een gebrek aan draagvlak.

Het resultaat van deze begeleidingstrajecten is dat men hands-on ervaring op heeft gedaan met de werkwijzen die TNO hiervoor aanreikt, zodat de partijen in de toekomst deze werkwijzen zelf kunnen toepassen. Daarnaast ontstaan in het project voorbeelden van BM-en en BC's, waarop andere eerstelijns partijen hun eigen BM en BC kunnen baseren. De ervaringen en de uitgewerkte cases worden in deze rapportage beschreven. Eerder zijn twee artikelen verschenen over de bevindingen uit de eerste begeleidingstrajecten:

- *Van goede bedoeling naar maat en getal*. De Eerstelijns, oktober 2013, p.44-45
- *Volwassen discussie over eerlijke verdeling van lusten en lasten*. De Eerstelijns, oktober 2014, p.36-37.

Ieder begeleidingstraject in dit project is zoveel mogelijk op maat gemaakt, maar doorliep globaal de volgende stappen:

1. *Werving*: TNO doet een korte toets om de geschiktheid van een casus te beoordelen aan de hand van een aantal criteria, zoals: aard van de innovatie,

commitment, rijpheid van innovatie, beschikbaarheid mensen/tijd en betrokkenheid van de eerste lijn.

2. *Introductie bijeenkomst BM en BC:* Projectteam en de betrokken externe adviseur die BM en BC zullen uitwerken komen bij elkaar in twee bijeenkomsten voor instructie op de werkwijze en tools (1 dagdeel BM en 1 dagdeel BC) en worden door TNO inhoudelijk op weg geholpen met hun BM en BC. Resultaat is van beide modellen een eerste versie.

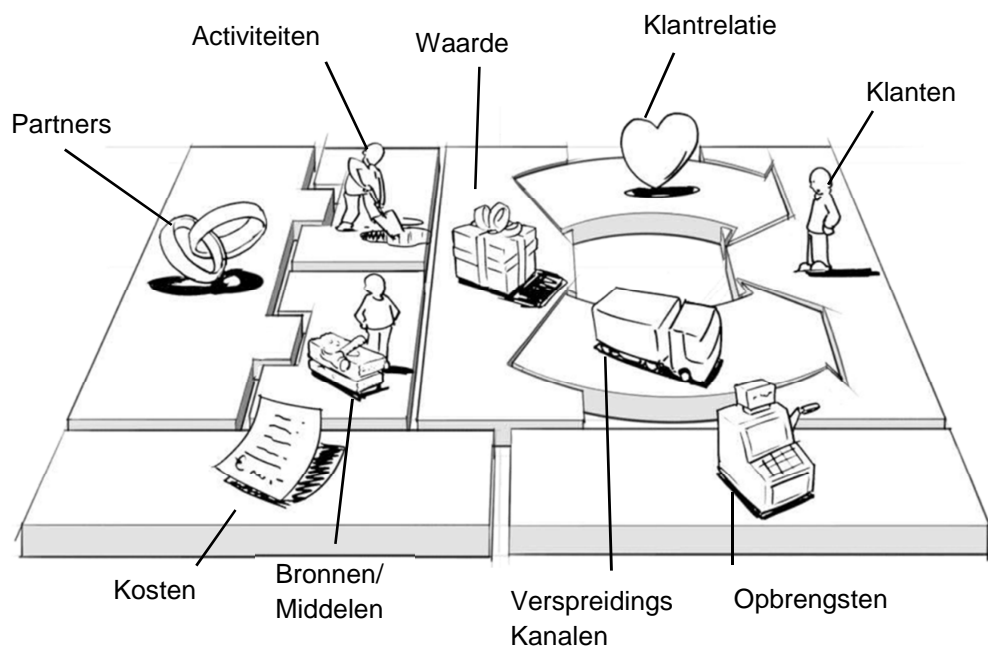
3. *Eén op één begeleiding van het uitwerkingstraject:* Voor ondersteunen van de voortgang bij ieder van de betrokken organisaties worden contactmomenten afgesproken. Deskundigen van TNO zijn beschikbaar voor het beantwoorden van vragen gedurende het gehele traject. Met deze ondersteuning maken de projectteams zoveel mogelijk zelf hun BM en BC af.

4. *Presentatie van de cases:* Als de partijen tevreden zijn over de uitwerking van hun BM en/of hun BC zal een regiobijeenkomst worden belegd om de vernieuwing voor te leggen aan de regionale belanghebbenden. Te denken valt hier aan gemeente, indicatieorgaan, zorgkantoor en/of verzekeraar. De bedoeling van deze bijeenkomst is om te toetsen of de uitkomsten, i.e. de BC of het BM inderdaad de informatie bieden, die instanties zoals verzekeraars of beleidsmakers wensen om hun beslissingen op te baseren. Ook hebben de bijeenkomsten als doel om de genoemde stakeholders actief bij de vernieuwing te betrekken en met hen te bespreken wat hun rol en visie is. Zo wordt de vernieuwing verder aangescherpt en worden de belangen van de stakeholders meer bewust meegenomen in het traject. Deze laatste stap is bedoeld om de vernieuwing structureel te borgen.

TNO heeft op deze manier in een eerste ronde drie trajecten begeleid (hoofdstuk 2) en in een tweede ronde nog eens negen (hoofdstuk 3).

1.1 Gebruikte methoden

Voor het opstellen van een BM is gebruik gemaakt van het Business Canvas Model van Osterwalder. Een toelichtende video is b.v. te vinden op <http://www.youtube.com/watch?v=2FumwkBMhLo>.



Voor het opstellen van een BC wordt gebruik gemaakt van de webtool www.businesscase-eerstelij.nl, ontwikkeld door TNO in opdracht van ZonMw. Op deze website is ook een toelichtende video te vinden:

TNO innovation for life **ZonMw** Introductie Business case Op één lijn Contact

Vernieuwing in de 1e lijnszorg

Bepaal de winst van uw vernieuwing

Het doel van een business case

Maak je eigen business case

Doel businesscase-eerstelij.nl

Vernieuwing in de 1e lijnszorg

De gezondheidszorg heeft op dit moment te maken met een aantal grote uitdagingen.

Door de steeds verder stijgende vraag naar zorg en het teruglopen van het aantal medewerkers in de zorg dreigen vraag en aanbod uit balans te raken. Eén van de manieren om hiervoor oplossingen te vinden is constant bezig zijn met vernieuwingen die bijvoorbeeld leiden tot grotere efficiëntie, verhoging van de arbeidsproductiviteit of terugdringen van de zorgvraag.

[meer informatie](#)

Business case

[Naar mijn business case](#)

Registreer

Bent u nog niet geregistreerd, vraag dan een gebruikersnaam en wachtwoord aan.

De business case is alleen toegankelijk met uw gebruikersnaam en wachtwoord.

[Registreer](#)

Beide tools zijn vrij toegankelijk via internet.

2 Begeleidingstrajecten eerste ronde

2.1 Betrokken vernieuwingen eerste ronde

In 2012/2013 is een eerste ronde met 3 begeleidingstrajecten uitgevoerd. Het betrof de volgende trajecten:

- 1 Samen voor een Sterke Eerstelijns Scheveningen
- 2 Krachtige Basiszorg in Utrecht Overvecht
- 3 Crossroads, Utrecht Oost Gezond

De achtergrond en resultaten van deze trajecten worden hieronder toegelicht.

2.1.1 *Samen voor een Sterke Eerstelijns Scheveningen*

De partners willen de zorg- en welzijnketens in Scheveningen versterken en formaliseren, zodat er optimale geïntegreerde zorg kan worden geboden aan specifieke doelgroepen in de wijk, bv. kwetsbare ouderen. Partners zijn: Respect, huisartsgroepen, ziekenhuis Bronovo en andere relevante partners op gebied van wonen, zorg en welzijn. Contactpersoon: Peter Meijer.

Doorlopen stappen

- Startsessie over BM
- Startsessie over BC
- Diverse contactmomenten, zowel telefonisch als ontmoetingen met één of enkele projectleden.

Resultaten

Onder begeleiding van TNO is een BM opgesteld en een BC gedeeltelijk uitgewerkt.

Door de projectleider is een presentatie gegeven over de ervaringen tijdens de SMOEL-bijeenkomst.

In de tweede ronde is een gedetailleerde BC voor een deel van de vernieuwing uitgewerkt.

Ervaringen

Men stond aanvankelijk terughoudend tegenover de werkwijze: men ziet op tegen de tijdsinvestering en het rekenen met uren en euro's en heeft daarbij geen goed beeld wat dit werk kan bijdragen aan het slagen van de vernieuwing. Tijdens de sessies blijkt hoe nuttig het is om met elkaar te bespreken hoe de vernieuwing er uit zal zien en te ontdekken waar men van mening verschilt en hoe iedereen denkt over de mogelijke winst van de nieuwe manier van werken. Daardoor is men het nut van het samen maken van BM en BC zeer gaan waarderen. Het samen maken van BM en BC heeft vooral gediend ter ondersteuning van het proces van de samenwerking.

De aangedragen methoden en de begeleiding brengen structuur aan. Daardoor komen ook zaken aan de orde waar je anders minder of geen aandacht aan zou hebben geschonken. Je kunt niet meer om de knelpunten heen, ze komen vanzelf

aan de orde, geven de projectleden aan. Daardoor hebben ze nu een beter gedeeld beeld van de meerwaarde die ze leveren met hun vernieuwing en zijn ze beter in staat die meerwaarde over te brengen aan bijvoorbeeld financiers.

Ondersteuning bij het werken met de BC door een procesbegeleider die de tool goed kent is van essentieel belang voor het goed interpreteren van de vragen en om kritisch te zijn bij het beantwoorden. Als je de tool leert kennen zie je wel de verbanden tussen onderdelen en dat het logisch in elkaar zit. Het is wel belangrijk om steeds goed gegevens op te slaan anders ben je alles kwijt!

2.1.2 *Krachtige basiszorg in Utrecht Overvecht*

Met duurzame samenwerking op het snijvlak van het medische en sociale domein wordt vanuit Stichting Overvecht Gezond, het samenwerkingsverband van eerstelijnszorgaanbieders in de wijk Utrecht Overvecht, samengewerkt met de sociale buurtteams Overvecht van de Gemeente Utrecht. De samenwerking is enerzijds voortgekomen uit verschillende projecten gericht op verbetering van zorgprocessen (waaronder het Op één lijn project SOLK – gezond georganiseerd vanuit de eerste lijn) en anderzijds ingebed in de Gezonde Wijk Overvecht. Onder de noemer “Krachtige Basiszorg” wordt voor volwassenen met multi-problematiek (klachten op meerdere levensgebieden) deze aanpak nu verder ontwikkeld en ingevoerd. De vraag van Stichting Overvecht Gezond aan TNO in dit traject was om hen te ondersteunen met het formuleren van het BM Krachtige Basiszorg om de stakeholders mee te krijgen in de verdere ontwikkeling en borging van de aanpak. Contactpersoon: Petra van Wezel.

Doorlopen stappen

- Algemene sessie over projectinhoud, voortgang en knelpunten
- Startsessie over BM
- Diverse contactmomenten, zowel telefonisch als ontmoetingen met één of enkele projectleden gericht op uitwerking BM
- Presentatie van BM aan vertegenwoordigers van de stakeholders van Krachtige Basiszorg: Achmea, Gemeente Utrecht, Antonius Ziekenhuis

Resultaten

Onder begeleiding van TNO is een goed uitgewerkt BM gemaakt. In een gezamenlijke sessie met de stakeholders is het BM gepresenteerd en besproken. Het doel van deze sessie was om draagvlak te creëren over het nut en de noodzaak van de aanpak en borging ervan. Naar aanleiding van de sessie is een SAG-voorstel opgesteld, inmiddels gehonoreerd en gestart, waarin de doorontwikkeling en structurele borging van de aanpak centraal staat.

Ervaringen

De projectleider geeft aan dat de mogelijkheid voor het ontwikkelen van het BM precies op het juiste moment kwam. Er was onderbouwing nodig voor het verkrijgen van verdere financiering van de vernieuwing.

Omdat in de samenwerkingen in de eerste lijn vaak veel kleinere partijen betrokken zijn moet een manier gevonden worden om creatief kennis en organisatiekracht te bundelen. Dat lukt volgens de projectleider met deze methode.

Het uitwerken van een BM is vooral nuttig bij complexe trajecten waarbij veel partijen betrokken zijn.

2.1.3 *Crossroads, Utrecht Oost Gezond*

Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners in Utrecht Oost, vertegenwoordigd door Stichting Utrecht Oost GEZond, zijn een unieke samenwerking aangegaan met zorgverzekeraar Achmea en de cardiologen van het Cardiologie Centrum Utrecht. Zij hebben gezamenlijk het gezondheidsprogramma 'CrossRoads' ontwikkeld. Onderdeel van het gezondheidsprogramma is een online test welke patiënten en zorgverleners in een vroeg stadium inzicht geeft in het hart- en vaatrisico. Contactpersoon: Ariane Hamming

Doorlopen stappen

- Startsessie over BM
- Sessie vervolg BM en startsessie BC
- Vervolgsessie over BC
- Tussentijds meerdere malen projectteamoverleg en één-op-één overleg

Resultaten

Onder begeleiding van TNO is een BM opgesteld en een begin gemaakt met de BC. Hiermee kan de meerwaarde van deze nieuwe manier van werken onderbouwd worden in de richting van verzekeraar en gemeente. Zodoende kan de vernieuwing worden geborgd. In aansluiting op dit begeleidingstraject is een plan van aanpak opgesteld voor een meer gedetailleerde kostenbatenstudie.

Het BM geeft structuur in wat je met de doelgroep wil bereiken, wat we als samenwerkingsverband voor die doelgroep kunnen betekenen en hoe je succesvoller de doelgroep het beste kunt benaderen. Zo zie je een hardwerkende volwassene met kleine kinderen niet zo snel bij de huisarts, maar eerder langs de lijn bij de sport van de kinderen of op de parking bij de Na Schoolse Opvang of op het werk. Via het Canvas model is daar goed zicht op gekregen.

Ervaringen

Het werken aan en discussiëren over het BM werd door de projectgroep ten eerste als zinvol en leuk ervaren en gaf veel inspiratie voor nieuwe ideeën. Het werken aan het BM kostte ten tweede veel moeite. Deels omdat de projectgroep het moeilijk vond om schattingen te doen, zonder harde onderbouwing en zonder uitgebreide ruimte voor toelichting van aannames. Anderzijds, als er niet echt iemand in de projectgroep is die affiniteit heeft met deze meer cijfermatige manier van kijken, dan verzandt het gauw. Ten derde is het BM erg breed opgesteld, met eigenlijk meerdere vernieuwingen ineen. Deze passen niet allemaal in één overzichtelijke BC, het is moeilijk om dan keuzes te maken en recht te doen aan alle onderdelen van de vernieuwing.

Er werd erg op de (externe) adviseur geleund om de gegevens bij elkaar te krijgen. Omdat het moeilijk was om de kwantitatieve gegevens te verzamelen, heeft de projectgroep gekozen voor een meer beschrijvende vorm van de BC en deze later te onderbouwen met een gedetailleerde kosten-baten studie.

2.2 **Geleerde lessen eerste ronde**

De meerwaarde van het maken van een BM en/of een BC ligt op drie vlakken: Inhoudelijke duidelijkheid, procesondersteuning en het overtuigen van derden. Alle drie worden hieronder toegelicht. Vervolgens schetsen we de uitdagingen die het

opstellen van een BM of BC met zich meebrengt en de mogelijkheden voor bredere toepassing van de instrumenten in de zorg.

Inhoudelijke duidelijkheid

Het opstellen van een BM schept voor alle betrokken partijen inhoudelijke duidelijkheid. Dit komt doordat je bij het opstellen ervan samen aan moet geven wat het beoogde doel is en hoe de vernieuwing moet gaan bijdragen aan dit beoogde doel. En ook moet je met elkaar vastleggen op welke manier en met welke partijen je dat denkt te bereiken. Dit bespreek je tijdens een BM-sessie in detail met elkaar. Groepen die het aanvankelijk op de grote lijn eens zijn met elkaar, blijken tijdens het uitwerken van het BM toch vaak over bepaalde aspecten eigenlijk nog niet in detail te hebben nagedacht. Het gezamenlijk opstellen van het BM geeft de kans om de vernieuwing samen aan te scherpen.

Ook het opstellen van een BC geeft meer inhoudelijke duidelijkheid. Vooral op het gebied van de kosten en baten. Voor een vernieuwing als geheel worden kosten gemaakt en baten gerealiseerd. Het opstellen van een BC laat daarbij ook zien wie welke kosten maakt en bij wie de baten vallen.

Procesondersteuning

Een tweede belangrijke meerwaarde van beide instrumenten is de procesondersteuning die de instrumenten bieden.

Voor het opstellen van een BM en BC moeten dingen worden uitgesproken, die anders misschien niet in dit stadium van het proces naar voren zouden komen en verderop in het proces voor problemen zouden kunnen zorgen. Het proces van het BM en de BC dwingt daartoe. Het maakt de verwachtingen over de inhoud van de vernieuwing en de benodigde investeringen in tijd of middelen helder.

Een aantal voorbeelden van hoe het proces daartoe dwingt zijn als volgt. Bij het opstellen van het BM worden vragen gesteld als: Wie is precies onze doelgroep? Welke taken gaan we uitvoeren? Wie voert die nu uit en wie gaat dat straks doen? Bij het opstellen van de BC gaat het om vragen als: Welke verschuivingen in kosten vinden plaats? Wie heeft daar voordeel bij en wie minder?

Als er verborgen agenda's zijn moeten die nu op tafel en dat gebeurt doorgaans ook.

Door met behulp van de instrumenten vroeg in het proces van de vernieuwing deze zaken al te bespreken kunnen duidelijke afspraken worden gemaakt en verwachtingen helder worden gemaakt. Dat bevordert constructieve samenwerking en voorkomt dat partijen later in het proces afhaken door een gebrek aan draagvlak, omdat hun verwachtingen niet uitkomen. Ook kan naar oplossingen worden gezocht voor mogelijke barrières voor structurele financiering en borging van de aanpak, vooral wanneer kosten en baten verschillend gaan uitvallen voor de betrokken partijen.

Overtuigen van derden

Meestal zijn de samenwerkingspartners zelf op (zorg)inhoud wel unaniem enthousiast over de voorgenomen vernieuwing. Voor succesvolle doorvoering zijn echter ook nog andere partijen nodig, bv. financiers of beleidsmakers. Zij zijn niet alleen met goede intenties te overtuigen. Het BM en de BC helpen het samenwerkingsverband om deze partijen te overtuigen.

Een systematisch opgezet BM en BC maken de voordelen en haalbaarheid van de vernieuwing inzichtelijk en zijn transparant voor externe partijen om een

investeringsbeslissing op te baseren. Ze bieden ook een leidraad voor het gesprek met financiers, zoals gemeenten en zorgverzekeraars, over de benodigde investeringen. Het is daarom goed om in de gezondheidszorg vaker een BM en BC te gebruiken voor goede onderbouwing van je plannen.

Uitdagingen bij opstellen van een businessmodel of businesscase

Voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn moeten eenvoudige, toegankelijke tools beschikbaar zijn. Dit is nodig omdat de partijen vaak klein zijn en dus geen specialisten in de gelederen hebben die ervaring hebben met het opstellen van BM-en of BC's. Ook hebben partijen vaak niet veel tijd en geld beschikbaar om complexe en langdurige trajecten te doorlopen.

In de eerste drie begeleidingstrajecten is duidelijk gebleken dat zelfstandig werken met de instrumenten uit dit project niet altijd makkelijk is. TNO werd daarbij veel om hulp gevraagd.

De aanwezigheid van een gemotiveerde trekker (adviseur en/of projectleider) bleek van essentieel belang voor de voortgang en het goed afronden van het BM en de BC. Een goede trekker motiveert en coördineert, overziet wat er moet gebeuren en faciliteert de praktische uitvoering. Een goede trekker laat daarbij het daadwerkelijk invullen van de tools zoveel mogelijk over aan de uitvoerders van de vernieuwing. Zo blijven zij gevoelsmatig eigenaar van het proces.

Naast de trekker bleek een onafhankelijk begeleider (adviseur/TNO), van buiten de samenwerking, het mogelijk maken om vanuit een meer objectieve rol de bij de vernieuwing betrokken partijen te verbinden. In complexe trajecten is dit vaak nodig, omdat er veel verschillende deelbelangen spelen. Door een objectieve begeleider kunnen deze deelbelangen beter naast elkaar worden gezet en deze begeleider kan ook identificeren waar de gedeelde belangen liggen.

Verdere verspreiding van ervaringen

Zowel partijen in een samenwerkingsverband als (potentiele) financiers zijn gebaat bij objectieve en transparante methodes voor het inzichtelijk maken van de werkwijze en effecten van een vernieuwing in de zorg. Het gebruik van de methodieken voor het maken van BM en BC voor zorgvernieuwingen zal helpen om vernieuwingen beter te definiëren en om partijen die nodig zijn voor het uitvoeren, verspreiden en borgen van de vernieuwing te overtuigen van de haalbaarheid en de te verwachten effecten. Uiteindelijk vergroot dit de kans op structurele inbedding van de vernieuwingen.

De ervaringen van de TNO begeleidingstrajecten zijn in te zetten bij vergelijkbare vernieuwingen in de eerste lijn op andere plaatsen. Dat zijn enerzijds de ervaringen over hoe een BM en BC op te stellen. Anderzijds het besef van hoe belangrijk dit is en welk doel het dient; het waarom van het BM en de BC.

3 Begeleidingstrajecten tweede ronde

Bij presentatie van de eerste resultaten van de begeleidingstrajecten uit de eerste ronde op de SMOEL bijeenkomst, bleek onder de op-één-lijn projecten veel interesse te bestaan voor een dergelijk begeleidingstraject.

ZonMw heeft toen besloten om binnen het Op-één-lijn programma nog een serie begeleidingstrajecten mogelijk te maken. Deelname is niet beperkt tot binnen het programma gehonoreerde projecten, ook andere vernieuwingen in de eerste lijn komen in aanmerking voor een dergelijk begeleidingstraject. Een voorwaarde (nieuw ten opzichte van de eerste ronde) is wel dat bij het project een externe (ROS)adviseur is betrokken, die hierdoor de instrumenten zelfstandig kan leren toepassen en opnieuw gebruiken in vervolgprojecten.

3.1 Betrokken vernieuwingen tweede ronde

In de tweede ronde zijn 9 eerstelijns vernieuwingen betrokken geweest in een begeleidingstraject:

- 1 Beter thuis in Zuid, Amsterdam
Betrokken adviseur: 1e lijn Amsterdam (ROS) Martin Huysmans
- 2 Dappere Dokters, Amsterdam
Betrokken adviseur: 1e Lijn Amsterdam (ROS) Anne-Marieke van der Veld
- 3 Transmurale Zorg Scheveningen
Betrokken (onafhankelijk) adviseur: Loes Hulsebosch
- 4 MSM Maasgouw
Betrokken adviseur: ROS, nader te bepalen
- 5 Inloopcentrum, Nieuwegein
Betrokken (onafhankelijk) adviseur: Karen de Groot
- 6 Zorgnetwerk Elsloo
Betrokken adviseur: Robuust (ROS) Paul Konings
- 7 POH GGZ, Zwolle
Betrokken adviseur: Medrie, Harm-Jan Kruizenga
- 8 KOEL Cardio, Zwijndrecht
Betrokken onafhankelijk adviseur: Eveline Los en Adrie Evertse, ROS Stichting KOEL
- 9 Arts en Zorg, Utrecht
Betrokken adviseur: Marcel Hilgersom Arts en Zorg, innovatie manager

De achtergrond en resultaten van deze trajecten worden hieronder toegelicht.

3.1.1 *Beter thuis in Zuid, Amsterdam*

De vernieuwing

De vernieuwing betreft de introductie van een POH ouderenzorg als schakel tussen huisarts, wijkverpleging en welzijn voor kwetsbare ouderen. Een multidisciplinaire overlegstructuur moet dit verder versterken en een betere samenwerking en afstemming van de zorg- en welzijnspartijen realiseren. De twee belangrijkste doelen van BTiZ zijn (1) betere gezondheid en participatie van ouderen in Zuid op de lange termijn. En (2) het verminderen van zorggebruik voor ouderen in Zuid door meer eigen regie, met zo nodig de inzet van welzijn.

Organisatie

Bij de vernieuwing waren huisartsen, praktijkondersteuners en het Stadsdeel betrokken.

Startvraag

Het initiatief voor deelname aan het traject kwam van de ROS-adviseurs. Zij wilden de BM- en BC-methode in de vingers krijgen. De huisartsen waren de eigenaar van de vernieuwing. De betrokkenen hadden verschillende vragen. De POH wilde de meerwaarde van de vernieuwing onderbouwen zodat ook andere POH's mee zouden gaan doen. De huisarts had het beeld dat er onvoldoende onderbouwing was om de meerwaarde naar de zorgverzekeraar (Achmea) duidelijk te maken. Het stadsdeel wilde graag een kostenbatenanalyse om te kunnen besluiten of de vernieuwing een reguliere voorziening moest worden.

Proces

Het begeleidingstraject duurde ongeveer tien maanden. Belemmerend was dat zich geen duidelijke trekker opwierp. De ROS-adviseur was het meest gemotiveerd om dit traject te doorlopen. De huisarts was erg druk en kon het traject alleen in eigen tijd doen. De praktijkondersteuners kregen veel werkzaamheden opgelegd maar vonden het moeilijk om zich het BC-model eigen te maken. De betrokkene van het stadsdeel stelde zich vooral op als toehoorder. De zorgverzekeraar was niet aanwezig.

Opbrengsten

Een ingevuld BM en BC. Daarnaast een evaluatie van het traject uitgevoerd door de ROS-adviseurs.

3.1.2 *Dappere Dokters, Amsterdam*

De vernieuwing

De vernieuwing betreft de substitutie van tweedelijns cardiovasculaire zorg naar de eerstelijns. De aanpak van de dokters uit Noord richt zich op mensen met een acuut coronair syndroom (ACS) of angina pectoris (AP) en met de cardioloog als hoofdbehandelaar. Ongeveer 25-30% gaat terug naar de huisarts als hoofdbehandelaar.

Organisatie

Het initiatief van de vernieuwing Dappere Dokters is ontstaan vanuit het ZonMw-project 'HartjeNoord' en de bestaande samenwerking tussen het BovenIJ ziekenhuis en de huisartsenkring Amsterdam (HKA). De eerste jaren hebben de Dappere Dokters (huisartsen en cardiologen) concrete samenwerkingsafspraken gemaakt. Er is bijvoorbeeld een format opgesteld voor een terugverwijsbrief.

Startvraag

In 2014 ontstond bij zorggroepen en de huisartsenkring Amsterdam de wens om meer inzicht te krijgen in de kostenverschuivingen van deze substitutie. Deze vraag was ook relevant voor het nieuw gevormde transmurale platform van 3 ziekenhuizen in de regio (BovenIJ, OLVG en SLAZ) de huisartsen en de zorgverzekeraar. Het bleek echter niet makkelijk om collega's en andere partijen te overtuigen van de meerwaarde, met name omdat investeringen en opbrengsten niet bij dezelfde stakeholders vallen. Ook bleek het lastig de benodigde informatie over de investeringen en meerwaarde te verzamelen en analyseren, vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders. Zo was bijv. de zorgverzekeraar zich bewust van de mogelijke opbrengsten, maar gaf aan dat deze nog niet zo goed gedocumenteerd was. Daarom is TNO gevraagd hierbij te ondersteunen.

Proces

Het begeleidingstraject duurde enkele maanden. De BC is echter pas afgerond na ruim een jaar. Er is namelijk veel tijd gaan zitten in de dataverzameling en het zorgvuldig invullen van het business model. Positief was dat er veel kennis is uitgewisseld.

De ROS-adviseur vond het lastig om grip op de materie te krijgen. De direct betrokkenen waren erg druk en konden niet altijd makkelijk tijd vrij maken voor het project.

Opbrengsten

Er is een uitgebreide en gedetailleerde rapportage beschikbaar over de uitvoering van dit traject met daarin een ingevuld BM en BC op basis van de webtool. Daarnaast geeft de rapportage inzicht in de opbrengsten op langere termijn (berekend buiten de webtool) en de verdeling van kosten en baten tussen de verschillende partijen (berekend buiten de webtool). De inkomsten van het ziekenhuis lopen terug, de zorgkosten voor de zorgverzekeraar (Achmea) op termijn af.

3.1.3 *Transmurale Zorg Scheveningen*

De vernieuwing

De vernieuwing betreft een verbeterde uitwisseling van gegevens en meer samenhangende besluitvorming tussen zorgprofessionals die samenwerken rondom dezelfde patiënt. De vernieuwing richt zich op kwetsbare ouderen. De zorgregie ligt bij een specialist ouderenzorg. De vernieuwing wordt ondersteund met een gestructureerde elektronische patiëntenoverlegtool (eGPO), zo kunnen zorgprofessionals gericht werken aan vroegsignalering van (risico's op) kwetsbaarheid en multimorbiditeit, gevolgd door integrale preventie van functiebeperkingen. Hiermee wordt voorkomen dat verschillende zorgprofessionals hetzelfde doen.

Startvraag

Betrokkenen hadden goede ervaring met het maken van een BM en BC in een ander traject en wilden de modellen bij deze vernieuwing gebruiken om draagvlak voor de vernieuwing te vergroten en verduidelijking te krijgen bij alle betrokkenen. Men wilde de BC ook indienen bij de zorgverzekeraar.

Proces

Het traject kende een korte doorlooptijd van twee maanden omdat men al ervaring had met de BM- en BC-tool in een ander traject en omdat er al inhoudelijke kennis en een samenwerkingsstructuur was vanuit een bestaand geriatrisch netwerk. Bevorderlijk was verder het enthousiasme en steun van een manager van de deelnemende zorggroep.

Opbrengsten

Een uitgebreide BC-rapportage gebaseerd op de ingevulde BC-tool met daarbij een aparte kostenberekening in Excel. Er was al een BM gemaakt bij het eerdere traject. Daarnaast is een onderhandelingsstrategie met de zorgverzekeraar en de financieringsmogelijkheden via de zorgverzekeraar uitgewerkt.

3.1.4 *MSM Maasgouw*

De vernieuwing

MSM is een virtueel gezondheidscentrum waarbinnen multiple zorg wordt afgestemd en gecoördineerd. Aan MSM kunnen alle zorgverleners deelnemen, maar ook welzijn, gemeente, jeugdzorg enz. De patiënt met een multiple zorgvraag wordt uitgenodigd actief deel te nemen. Er is geen ketenzorg, maar MSM is een model voor alle patiënten met een multidisciplinaire zorgvraag, niet alleen kwetsbare ouderen of CVA of diabetes. Er wordt gebruik gemaakt van een op ICF (international classification of functioning) geënte vragenlijst en een 'sturend', elektronisch zorgdossier. Multi disciplinair overleg vindt via beeldcontact plaats.

De organisatie en context

De initiatiefnemers waren een logopedist, ergotherapeut en een fysiotherapeut. Samen met een softwarebureau hebben zij de werkmethode en ICT-tool ontwikkeld. In de stuur- en adviesgroep zaten enkele huisartsen, vertegenwoordigers uit de eerste lijn, beleidsmedewerkers van de gemeente Maasgouw, enkele huisartsen, een vertegenwoordiger van de regionale huisartsen, een persoon van een ROS, een patiëntvertegenwoordiger en de zorgverzekeraar.

Startvraag

Het betrof de implementatie van een eerder ontwikkeld en getest project. De initiatiefnemers wilden binnen dit traject naast verdere implementatie de mogelijkheden onderzoeken voor structurele financiering en daarbij draagvlak zoeken bij professionals en andere potentiële financiers zoals de gemeente en de zorgverzekeraar om het structurele gebruik van MSM te stimuleren.

Proces

Het traject duurde ongeveer 7 maanden. Bevorderlijk was dat er een grote welwillendheid van betrokkenen was om mee te werken aan dit traject. Ze waren namelijk onder de indruk van de functionaliteit en meerwaarde van de ICT-tool. Het hielp ook dat de externe en de ROS-adviseur goed waren ingevoerd in het maken van BC's.

Opbrengsten

Een ingevuld BM en BC aan de hand van de webtool en een Excelsheet.

3.1.5 *Inloopcentrum, Nieuwegein*

De vernieuwing

De vernieuwing betreft het invoeren van een nieuwe logistiek voor de opvang en toeleiding van een patiënt naar de meest geschikte zorgverlener in het gezondheidscentrum. Daarmee kunnen patiënten zonder triage of selectie binnenlopen, sneller worden geholpen en gericht worden toegewezen aan de meest geschikte (deskundigheid en ervaring) zorgverlener. Cruciaal hierbij zijn de "flight control" als operationeel eerstverantwoordelijke aan de balie die de eerste opvang en toeleiding doet op basis van patiëntgegevens en vraag naar klachten en de omloop huisarts die als zorginhoudelijk eerstverantwoordelijke het zorgteam aanstuurt.

De organisatie

De vernieuwing moet worden ingevoerd bij één van de gezondheidscentra van een aantal samenwerkende gezondheidscentra in Nieuwegein.

Startvraag

De initiatiefnemer is de directeur van het gezondheidscentrum. Hij zoekt naar een manier om de dienstverlening en toegankelijkheid van de zorg aan patiënten te verbeteren moderniseren. Daardoor komt tijd vrij bij de huisartsen die pro-actief aan kwetsbare en complexe patiënten kan worden besteed. Deze reorganisatie van de basisgeneeskundige huisartsenzorg verkort de wachttijden in het gezondheidscentrum. Met het bm wil hij alle relevante professionals betrekken bij de nieuwe werkwijze.

Proces

De ambitieuze directeur geeft een enorme drive aan het traject. Tegelijkertijd blijkt dat er ook een implementatievraagstuk ligt: hoe alle professionals mee te nemen in de voorgenomen vernieuwing?

Opbrengsten

Een gezamenlijk gemaakt en ingevuld BM en een plan van aanpak voor de implementatie van de vernieuwing moeten een solide basis vormen voor een breed draagvlak voor deze innovatie.

3.1.6 *Zorgnetwerk Elsloo*

De vernieuwing

De vernieuwing betreft het gestructureerd multi-disciplinair samenwerken rondom de zorg voor kwetsbare ouderen, tussen een aantal zorgorganisaties: twee huisartsenpraktijken, een organisatie voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en zorg in verzorgingshuis, een ergotherapiepraktijk, een apotheek en een praktijk voor fysiotherapie. Er wordt samengewerkt bij de screening (met een screeningsinstrument voor het functioneren, de GFI), er wordt een gezamenlijke intake gedaan en er wordt een interprofessioneel overleg gevoerd om een gezamenlijk individueel zorgplan op te stellen.

Het doel van de samenwerking is de preventie van zwaardere zorg, en het aanbieden van meer laagdrempelige zorg dicht bij huis. Zelfregie staat centraal.

De organisatie

Het betreft een geformaliseerd samenwerkingsverband (stichting), bekrachtigd door de bestuurders van de genoemde zorgorganisaties.

Startvraag

De grootste uitdaging voor de organisaties was de vraag hoe het project te borgen en te zorgen dat het structureel blijft voortbestaan. In de projectfase investeren de netwerkpartners nog veel tijd maar voor het afdekken van de niet patiëntgebonden overhead kosten, is structurele financiering nodig. Men ziet twee mogelijkheden:

- Structurele bijdrage van de zorgverzekeraar (CZ, marktaandeel 70%).
Verschillende initiatieven richting de zorgverzekeraar waren tot nu toe niet succesvol: Een aanvraag voor GEZ-gelden is afgewezen, deze komen namelijk te vervallen. De zorgverzekeraar ziet de regio niet als pilotgebied en wilde niet aanwezig zijn bij bijeenkomsten. Het netwerk heeft geprobeerd via subsidies voor kwaliteitsverbeteringsprojecten (VEZN) financiering te krijgen van zorgverzekeraar. Herhaalde voorstellen zijn eveneens afgewezen. Ook heeft het netwerk voorgesteld pilotcentrum voor zorginnovatie te willen zijn en zo bij te dragen aan het beantwoorden van vragen van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraar heeft aangegeven de zorginnovatie regionaal te willen insteken (via programma Anders Beter). In alle gesprekken blijkt kostenbesparing voor de zorgverzekeraar prioriteit.
- Structurele bijdrage van de gemeente. De gemeente zit in een turbulente tijd, weet niet waar ze aan toe is (mede door de kleine omvang van 26.000 inwoners en maar 1 beleidsmedewerker op de transitie van VVT naar WMO).

De netwerkpartners merkten dat ze in overleg met deze instanties een verschillende taal spraken. Voor de professionals heeft vooral de zorginhoudelijke/medische kant prioriteit en voor de verzekeraar en gemeente kostenbesparingen. In een poging dit taalverschil te overbruggen wil het netwerk Elsloo graag inzicht in de kosten en baten van het project. Zo kunnen ze ook beter beslissen óf ze verder moeten en hoe. Men ziet veel meerwaarde maar vindt het moeilijk die te kwantificeren. Bijvoorbeeld het aantal mensen dat er minder naar het verpleeghuis gaat als gevolg van het project.

Proces

De projectduur was zeven maanden. Er waren veel professionals aangesloten, waardoor het lastig was momenten te vinden voor de bijeenkomsten waar iedereen bij kon zijn. Er waren naast de huisarts, de projectcoördinator, fysiotherapeut en bestuurssecretaris ook een fysiotherapeut, een wijkverpleegkundige en een POH betrokken. Het bleek lastig om een probleemeigenaar aan te wijzen. Eén van de bestuurders had de meeste affiniteit met de berekeningen, een ander juist met het BM. De huisarts was uiteindelijk degene die de kar trok. Wat hielp was dat deze ook onderzoeker was aan een universiteit en gewend was aan dataverzameling en -verwerking.

Opbrengsten

Er is een ingevuld BM en er is een BC gemaakt. Deze is gemaakt op basis van casussen. Omdat de webtool hiervoor geen ruimte biedt, is de urenberekening in Excel gemaakt. Ook de verdeling van kosten en baten is in Excel gemaakt. De rest van de webtool is wel ingevuld.

3.1.7 *POH GGZ, Zwolle*

De vernieuwing

De vernieuwing betreft het ontwikkelen van een ondersteuningsaanbod aan huisartsen in de regio die (gaan) werken met een POH GGZ. Het aanbod bestaat onder andere uit een website met informatie en tools (bijv. om vraag en aanbod van bij elkaar te brengen).

De organisatie en context

De initiatiefnemer is een huisarts namens de regionale huisartsenvereniging (HRZ). Verder zijn een ROS-adviseur (Progez) en een beleidsmedewerker van de zorggroep (Medrie) betrokken

Startvraag

De initiële vraag was of het beter was om een POH GGZ in loondienst te nemen of te laten detacheren. Deze vraag werd al snel breder. Namelijk hoe de regionale vereniging haar huisartsen het beste kon ondersteunen bij het inzetten van een POH GGZ.

Proces

Bevorderlijk voor het proces was dat de huisarts en de ROS-adviseur tijd hadden gekregen voor het werken aan de vernieuwing.

Opbrengsten

Een ingevulde BC met behulp van de webtool.

3.1.8 *KOEL Cardio, Zwijndrecht*

Vernieuwing

Meer dan bij andere specialismen, speelt bij een doorverwijzing naar de cardioloog diagnostische onzekerheid bij de huisarts (en patiënt) een rol.

Stichting Koel wil met het project Cardiologie de rol van de huisarts versterken als poortwachter voor de tweede lijn op het gebied van cardiologische zorg (op het

gebied van soufflé/hartgeruis; ritmestoornis/hartkloppingen; pijn op de borst en hartfalen), waardoor het mogelijk is de druk op de tweede lijn te verminderen, zorg over te hevelen van de tweede naar de eerste lijn en de totale zorgkosten te verminderen. Kortom eenvoudige zorg in de 1^e lijn, patiënt blijft in eigen omgeving bij vertrouwde huisarts, en complexe zorg in de 2^e lijn.

Insteek is dat de huisarts, mits goed opgeleid en ondersteund op het gebied van diagnostiek en met een consultatief te benaderen cardioloog een daling in het aantal verwijzingen naar de tweede lijn kan bewerkstelligen, evenals de niet-complexe zorg (jaarcontroles) kan overnemen.

Organisatie

In dit project werkt Stichting Koel samen met de zorggroepen Hoeksewaard en Ridderkerk, verschillende huisartsenpraktijken, een cardioloog, een kaderarts Hart- en Vaat ziekten, 2 medisch diagnostische centra Star-MDC en de SHL groep en zorgverzekeraar CZ.

Startvraag

Aanleiding voor dit traject is de wens van de initiatiefnemers om de reeds ingeslagen weg voor de businesscase te toetsen.

Proces

Het traject heeft vier maanden geduurd. Bevorderend voor de voortgang was de betrokkenheid van de verzekeraar.

Opbrengsten

Er is een ingevuld BM en een BC op basis van de webtool. Daarnaast is er een evaluatiemodel waarmee de voorgestelde vernieuwing kan worden geëvalueerd.

3.1.9 *Arts en Zorg, Utrecht*

De vernieuwing

De vernieuwing betreft het ondersteunen van patiënten met online dienstverlening vanuit gezondheidscentra. Hiermee wordt een patiëntvriendelijk aanbod aangeboden en kunnen interne bedrijfsprocessen efficiënter worden uitgevoerd. De benodigde software wordt in eigen beheer ontwikkeld en wordt binnen de eigen centra getoetst.

De organisatie

De organisatie betreft een keten van gezondheidscentra in Nederland. Betrokken waren een projectmanager, een regiomanager en beleidsadviseurs.

Startvraag

De initiatiefnemer wilde een goede BC om de ontwikkelde producten intern te kunnen verkopen aan de aangesloten gezondheidscentra.

Proces

Belemmerend was dat er een grote variatie was in het aanbod van software oplossingen en het gebrek aan één integrale oplossing. Tevens zijn er veel verschillen tussen de gezondheidscentra. Daarbij was de vernieuwing heel breed: en bestond de oplossing uit een combinatie van softwareprogramma's. Bevorderlijk

was dat men zelf een belang had bij het vinden van goede verkoopargumenten om zo de financiering van de ontwikkeling van de benodigde software en praktijkimplementatie te realiseren. De initiatiefnemers zagen een grote meerwaarde in het Canvasmodel omdat daarmee duidelijk gemaakt werd wat de meerwaarde van de services daadwerkelijk was en om de verschillende invalshoeken van de oplossing gestructureerd in kaart te brengen.

Opbrengsten:

Een ingevuld BM.

3.2 Geleerde lessen tweede ronde

Ook de tweede ronde trajecten heeft nuttige inzichten opgeleverd over het gebruik van de tools. Voor wat betreft de inhoudelijke duidelijkheid, procesondersteuning, het overtuigen van derden en de mogelijkheden voor bredere toepassing in de zorg overlappen deze inzichten voor een deel met de eerste ronde trajecten (paragraaf 2.2).. Hieronder worden de nieuwe, aanvullende inzichten uit de tweede ronde beschreven. Hierbij is de volgende indeling aangehouden: uitdagingen in het opstellen van een BM of BC en de overdracht van kennis.

Uitdagingen bij opstellen van een businessmodel of businesscase

Het zelfstandig werken met het BM en de BC door de projectteams verloopt nog moeizaam. Dit had verschillende oorzaken.

In de projectteams was over het algemeen meer affiniteit met het BM (dat meer geassocieerd wordt met de inhoud) dan met de BC (die meer geassocieerd wordt met de cijfers) en vrijwel nooit met allebei.

Het verzamelen van cijfers voor de BC, kostte mensen vaak moeite en kreeg niet altijd prioriteit. Hiervoor werd dan ook veel hulp gevraagd aan TNO.

Ook vond men het moeilijk te bepalen waar in de tool een globale schatting voldoende is, en waar preciezere cijfers nodig zijn. De consequenties van zulke beslissingen zijn nog niet goed te overzien voor mensen met weinig BC-ervaring.

Bij een veelomvattende vernieuwing kregen mensen vaak het advies om met globale schattingen te beginnen. Daaruit bleek dan waar meer uitwerking en detail gewenst was. Sommige mensen vonden de globale schattingen lastig en wilden het meteen goed doen. Anderen vonden de uitwerking naar meer detail juist lastig.

Veel van de begeleidingstrajecten vroegen een meer ingewikkelde businesscase dan in de webtool mogelijk was. Bijvoorbeeld het invullen van uurtarieven, veranderde processen over meerdere jaren, de verdeling van kosten en inkomsten per stakeholder. In dat geval kon de basale structuur van de webtool worden geëxporteerd naar Excel. Vervolgens konden in Excel ingewikkeldere aanvullingen worden gedaan. Een aantal trajecten heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Over het algemeen werd daarbij de hulp van TNO gevraagd.

Naast inhoudelijke begeleiding was het op gang houden van het proces noodzakelijk. De rol van de procesbegeleider was hierbij erg belangrijk. Deze was sterk van invloed op het verloop van het proces en de aard van de bijeenkomsten.

Voor een succesvol traject en een vlotte aanpak van BM en BC was een goede trekker nodig met doorzettingsvermogen. Deze rol kon iemand uit het projectteam vervullen of de externe adviseur. Enige affiniteit met het business-denken hielp daarbij.

Om de procesondersteuning goed tot zijn recht te laten komen, was het belangrijk dat er draagvlak binnen het project en het projectteam was voor het maken van het BM en de BC. Het projectteam kon dan na de gezamenlijke sessies zelf het werk oppakken, in plaats van dat teveel gesteund werd op de adviseur of op TNO. Nu vervulde TNO vaak de rol van onafhankelijke sparringpartner, die zonder direct belang van buitenaf tegen de vernieuwing aankijkt, en kon dwingen knopen door te hakken. Voor eigenaarschap van de resultaten is het essentieel dat de projectgroep zelf in alle beslissingen haar stem heeft.

Overdracht van kennis

De overdracht van de kennis en de vaardigheid voor het werken met de tools aan de adviseurs zoals beoogd was in de twee sessies en de trajectbegeleiding, is niet in de beoogde mate gerealiseerd. Veel adviseurs hadden behoeften aan meer samen optrekken met TNO om te oefenen, dan binnen het project mogelijk was. De uitdaging bij zowel het BM als BC instrument is dat overzicht over de methodiek en inzicht in de werkwijze vaak pas ontstaat na meerdere malen gebruik in verschillende contexten. De externe adviseurs waren echter alleen bij dit ene begeleidingstraject betrokken (op een adviseur na, die bij twee trajecten betrokken was). Hierdoor hebben zij de instrumenten niet herhaaldelijk en in verschillende contexten toegepast, onder begeleiding van TNO.

Wat opviel bij de overdracht van kennis en gebruik van de instrumenten is door één keer oefenen met de instrumenten de meerwaarde van het maken van een BM of BC vaak wel duidelijk is. Dit is een hele belangrijke eerste stap. Bij het daadwerkelijk invullen kan vervolgens op allerlei manieren hulp worden gezocht.

4 Doorontwikkeling van de webtool

4.1 Wensen voor verbeteringen aan de webtool

Tijdens de trajecten zijn opmerkingen over de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de BC-tool naar voren gekomen. Voor eventuele verbetering van de tool was in dit traject een klein budget gereserveerd. Dit gold niet voor de BM tool. Dit is namelijk een open source tool van internet en niet aan te passen door TNO.

Voorbeelden van gewenste verbeteringen aan de BC-tool waren o.a. meer automatiseren van de rapportagemogelijkheid, een meer gebruiksvriendelijke manier van de uren- en kostenberekening, voorbeeldcases die als startcase gebruikt kunnen worden, meer ruimte voor toelichting ter nuancering van aannames en de mogelijkheid om kosten en inkomsten per stakeholder weer te geven. Ook zijn bugs ontdekt sinds de laatste testronde of in de loop van de tijd zijn ontstaan (bv. door updates).

De stabiliteit van de tool is een punt van zorg. Het is zeer demotiverend als je ingevulde gegevens kwijt blijkt te zijn.

4.2 Gerealiseerde verbeteringen

Het budget was niet toereikend om alle gewenste verbeteringen uit te voeren. Daarom is met JIRA (ICT-planning en -controlesysteem) een ordening gemaakt van alle gewenste verbeteringen op basis van prioriteit. Ook is een inschatting gemaakt van de zwaarte van elke taak (mate van inspanning om het op te lossen). Met de webbouwer die de tool heeft ontwikkeld, is vervolgens bepaald welke veranderingen binnen het beschikbare budget konden worden gerealiseerd. De webbouwer heeft eerst de taak met de hoogste prioriteit opgelost en vervolgens na iedere verbetering bepaald of er nog budget was voor het aanbrengen van de volgende verbetering (met een lagere prioriteit).

Prioriteiten voor het aanpakken van de verandering zijn als volgt vastgesteld:

- hoogste prioriteit: fouten (bugs) waardoor onderdelen van de tool niet werken, bv. berekeningen die fout worden uitgevoerd.
- gemiddelde prioriteit:
 - 1 verbeteringen die het werken met de tool prettiger maken en een relatief matige inspanning kosten, bv. een koppeling aanbrengen tussen startsituatie en verwachte situatie voor gemakkelijker bladeren, uitbreiden van de mogelijkheid om toelichting bij een score te geven of wijzigingen in de rapportagemogelijkheden;
 - 2 genoemde wensen die ergernis oproepen en een relatief kleine inspanning kosten, bv. typfouten verbeteren, verplicht in te vullen velden optioneel maken;
 - 3 verbeteringen die door de hele tool doorwerken en daardoor moeilijk op te lossen zijn en veel inspanning kosten, bv. stabiliteit en robuustheid vergroten.

- lage prioriteit: grotere principiële veranderingen in de opzet die veel inspanning kosten, bv. het toevoegen van tarieven bij de urenberekening, het creëren van een versie waarbij alleen leesrecht mogelijk is (voor voorbeeldcases of om anderen te laten meekijken met je case).

Binnen het beschikbare budget voor de verbeteringen zijn alle punten met hoge prioriteit opgelost zodat de werking van de tool weer is gegarandeerd. Ook de meest gewenste veranderingen met gemiddelde prioriteit zijn gerealiseerd, maar niet allemaal. Op het moment van afronden van deze rapportage worden de laatste verbeteringen nog gerealiseerd.

Helaas konden geen veranderingen met lage prioriteit worden doorgevoerd. Het is jammer dat de wens voor een “alleen-lezen-variant” niet kon worden uitgevoerd. Daarmee zou je een BC als voorbeeld ter inzage kunnen geven en zo de drempel voor het gebruik kunnen verlagen. Nu zullen voorbeeldcases via andere wegen verspreid en bekend gemaakt moeten worden.

De verbeterde webtool is beschikbaar voor gebruik en openbaar toegankelijk.

4.3 Bruikbaarheid van de webtool

Door het oplossen van een aantal fouten is de werking van de tool verbeterd en is de tool betrouwbaarder (berekeningen) en stabiel geworden.

De verbeteringen die zijn doorgevoerd zorgen ervoor dat er ergernissen zijn weggenomen en dat werken met de tool vlot gaat als men enige ervaring heeft. De tool biedt een zeer bruikbaar raamwerk voor het opstellen van een BC waarmee de belangrijkste winst- en verliesposten in kaart kunnen worden gebracht.

De webtool wordt ingevuld volgens een vast format en in een vaste volgorde. Enerzijds wordt men daardoor “aan de hand genomen” bij het invullen. Daardoor is het mogelijk ook met weinig ervaring de tool te doorlopen en zinvolle resultaten te verkrijgen. Anderzijds leidt dit ertoe dat er weinig ruimte is voor “specifieke wensen”. In dat geval is men al gauw aangewezen op het volledig zelf bouwen van een format. Doorgaans wordt dit alleen door gespecialiseerde adviseurs gedaan. Omdat voor veel gebruikers het maken van BC's nieuw en op het begin ingewikkeld is, hebben we simpel verkozen boven uitgebreide mogelijkheden. Over het algemeen geldt: hoe meer opties, des te ingewikkelder het wordt.

De inzet van de tool wordt echter niet alleen bepaald door de technisch goede werking ervan. Veel meer is het bekend zijn met de tool en het nut ervan ervaren hebben, dat maakt dat men graag gebruikmaakt van de web tool. Een ervaren en enthousiaste begeleider die de mogelijkheden, maar ook de beperkingen van de webtool goed kent helpt daarbij enorm. Zo ontstaat snel een eerste opzet van de BC gemaakt en de belangrijkste veranderingen in kaart gebracht. Grote meerwaarde is ook het bewustwordingsproces van de initiatiefnemers/uitvoerders van de vernieuwing bij het invullen van tool. Dit laatste werkt het best onder begeleiding van een extern adviseur.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Geleerde lessen uit de eerste en tweede ronde

Om optimaal gebruik te kunnen maken van de tools is zowel affiniteit nodig met het de inhoudelijke en strategische kant van het BM als met de meer cijfermatige kant van de BC. Een procesbegeleider heeft zeer veel meerwaarde. Het proces vraagt van alle betrokkenen bovendien tijd en energie. Eerst tijd om zich het BC- en BM-denken eigen te maken, dan om daadwerkelijk de instrumenten samen in te vullen. Kortom: er is een gevarieerd projectteam nodig dat zich committeert aan het doel en het proces, met een duidelijke rol- en taakverdeling.

Eén van de belangrijkste resultaten van het werken met de tools is het gedeelde inzicht dat ontstaat. Projectteams krijgen daadwerkelijk hun ideeën op één lijn en belemmerende factoren worden ter discussie gebracht, zodat ze kunnen worden opgelost.

Ook kunnen teams met behulp van de tools beter het gesprek met financiers aangaan en met hen op één lijn komen. Ten eerste doordat een financier in een vroeg stadium kan worden meegenomen in het proces: door input te geven op wat zij belangrijk vinden in een BC. Ten tweede doordat onuitgesproken zaken met een financier naar boven komen. Bv. als een financier ook met een goed BM en een sluitende BC niet in een vernieuwing gelooft. Er speelt dan blijkbaar meer op de achtergrond dat eerder nog niet helder was.

5.2 Bruikbaarheid van de BC-tool voor de eerstelijns

De BC-tool is toegepast in negen nieuwe trajecten en verbeterd op grond van deze nieuwe ervaringen. Daardoor is de tool weer beter toegesneden op de doelgroep van projectteams van eerstelijns vernieuwingen.

Bij het realiseren van een vernieuwing in de eerstelijns spelen heel veel aspecten een rol. De BC-tool in combinatie met het BM bieden bruikbare ondersteuning bij een aantal van die aspecten. Zo helpen de tools om:

- Mensen bewust te maken van het belang van een goed BM en een goede BC.
- Een helder beeld te schetsen van de (unieke meerwaarde van) de vernieuwing.
- Een BC te maken, variërend van een globaal overzicht met weinig inspanning, tot een gedetailleerde berekening met een grotere inspanning.
- Inzichtelijk te maken welke aspecten van de vernieuwing met name effect opleveren of kosten besparen.
- Partijen op één lijn te krijgen en zo de kans op blijvende samenwerking te vergroten.
- Mogelijke barrières voor samenwerking in een vroeg stadium inzichtelijk te maken, zodat ze kunnen worden opgelost.

Uit de begeleidingstrajecten is echter wel opnieuw gebleken dat zelfstandig gebruik van de BC-tool door de projectteams niet eenvoudig is. Veel eerstelijns partijen en dus de projectteamleden hebben weinig affiniteit met een bedrijfsmatige en cijfermatige benadering en schrikken terug van de term BC en het rekenen met

uren en kosten. Ook het inschatten van de grootte van een verbetering op het gebied van kwaliteit van zorg of kwaliteit van werk en langetermijneffecten vinden de projectteams moeilijk. Wel helpt starten met het BM het denken te structureren.

Er zijn uiteraard ook nog veel aspecten die de partijen zelf moeten aanpakken en waarbij de tools niet ondersteunen, zoals de daadwerkelijke dataverzameling. De tool helpt deze wel te structureren en helpt je op weg, wat gebruikers erg prettig vinden.

5.3 Conclusie

De tool blijkt breed geschikt maar verschillende teams zullen er verschillende resultaten uit halen:

- Teams die voor het eerst beginnen met het maken van een BC zullen inzicht krijgen in de stappen die nodig zijn, en de meerwaarde die het kan hebben. Zeker in combinatie met het BM kan het hen helpen moeilijke discussies bespreekbaar te maken.
- Gemotiveerde projectteams met een goede procesbegeleider en iemand die affiniteit heeft met BC-denken, zullen in staat zijn om daadwerkelijk een complete BC te maken. De tool is dan een handig hulpmiddel en biedt structuur, maar vervangt niet het ambachtelijke werk dat nodig is om te komen tot een gedegen berekening.
- Met ervaring in verschillende contexten of met verschillende projecten kunnen procesbegeleiders hun kennis steeds makkelijker overdragen aan andere projectteams. Daarbij is kennis van financiering en ervaring in gesprekken met financiers een pré. Dit helpt om de juiste prioriteiten te leggen.

5.4 Aanbevelingen

De eerste aanbeveling is om het gebruik van het BM en de BC te blijven stimuleren door informatie hierover meer laagdrempelig beschikbaar te maken en meer prikkelend onder de aandacht te blijven brengen. Nog steeds, of juist steeds vaker, moet de economische meerwaarde van vernieuwingen worden onderbouwd. Uit deze trajecten blijkt echter dat de kennis hiervoor onvoldoende aanwezig is in de eerste lijn. Het BM en de BC zijn de basisinstrumenten om eerstelijnsorganisaties het bedrijfsmatig denken eigen te laten maken. Laagdrempelige voorlichting hierover kan worden geboden door bijvoorbeeld aan de bestaande website www.businesscase-eerstelij.nl korte informatiefilmpjes toe te voegen over specifieke toepassingen van de tool. Nu al staan er enkele filmpjes met algemene uitleg op de homepage. De website komt ook meer tot zijn recht met voorlichting en enthousiasmering, dan als overdrachtskanaal voor een doe-het-zelf tool.

Ten tweede maakt dit project duidelijk dat er blijvende aandacht moet zijn voor goede begeleiding bij het maken van BC's. Bij de ontwikkeling van de webtool www.businesscase-eerstelij.nl, was het uitgangspunt dat eerstelijnsorganisaties met de tool zelfstandig een BC zouden moeten kunnen maken. Dit blijkt hoog gegrepen. De wens is hier wellicht teveel de vader van de gedachte geweest. Ook dit project bevestigde dat zorgprofessionals of zorgmanagers die weinig tot geen

BC-ervaring hebben, moeite hebben om in korte tijd zelfstandig gebruik te kunnen maken van de tool. Het bieden van ondersteuning aan zorgprofessionals of zorgmanagers is een uitgelezen kans voor ROS-adviseurs om zich hierin verder te specialiseren.

De derde aanbeveling, eveneens gebaseerd op onze ervaringen in de negen trajecten, is om nog meer aandacht te geven aan het onderwerp zorgfinanciering. Dit blijkt een ingewikkeld onderwerp. Tijdens het maken van de BC's bleek dat de projectteams hier veel vragen over hadden. Om financiering voor een vernieuwing te krijgen is het nooit alleen een kwestie van laten zien dat de baten hoger zijn dan de kosten. Er moet ook inzichtelijk worden gemaakt welke stakeholder die kosten moet dragen. Op welke termijn dat gebeurt. Op basis van welke regelgeving dat mogelijk is. Uit welke bronnen nieuwe of andere activiteiten betaald kunnen worden. En of daar vanuit financiers draagvlak voor is of niet omdat het al dan niet past in hun strategische beleid. Over al deze zaken is kennis nodig om richting te geven aan de informatie die de BC moet opleveren. De website www.eerstelijns.nl zou een goed platform kunnen zijn om de aandacht hiervoor te vergroten omdat dit platform al bekend is en de informatie over zorgfinanciering in het verlengde ligt van informatie over het maken van een BC.