

Onderzoeksprotocol

effecten van interventies voor GGZ doelgroepen die de participatie bevorderen

Mei 2015

Fenna Leijten
Jenny Huijs
Rowena Blokker
Yvonne Jansen
Joost van Genabeek

Inhoudsopgave

I. Beknopte project omschrijving

II. Onderzoeksdesign

A. Effectevaluatie

i. Opzet

ii. Meetinstrumenten

a. Af te nemen door de begeleider van de cliënt

b. Cliënt vragenlijst

iii. Dataverzameling & analyseplan

B. Casestudy

i. Opzet

ii. Meetinstrumenten

iii. Dataverzameling & analyseplan

C. Procesevaluatie

i. Opzet

ii. Meetinstrumenten

iii. Dataverzameling & analyseplan

D. Informed consent

III. Kosten- baten beschrijving

IV. Planning

I. Beknopte project omschrijving

Het doel van het onderzoeksproject 'de Omslag' is om inzicht te krijgen in de effecten op zelfredzaamheid en de groeimogelijkheden naar participatie en werk van een aantal participatie bevorderende interventies voor cliënten van de (openbare) geestelijke gezondheidszorg te Amsterdam. Door middel van het onderzoek zal er gekeken worden naar kenmerken en randvoorwaarden van succesvolle en effectieve interventies. Ook zullen de kosten en baten van de interventies beschreven worden. Het onderzoek kent de volgende vier onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de effecten van verschillende interventies op algemene zelfredzaamheid en groeimogelijkheden richting participatie en werk?
2. Wat zijn kenmerken van succesvolle interventies?
3. Onder welke randvoorwaarden zijn interventies succesvol?
4. Wat zijn de kosten en baten van de interventies?

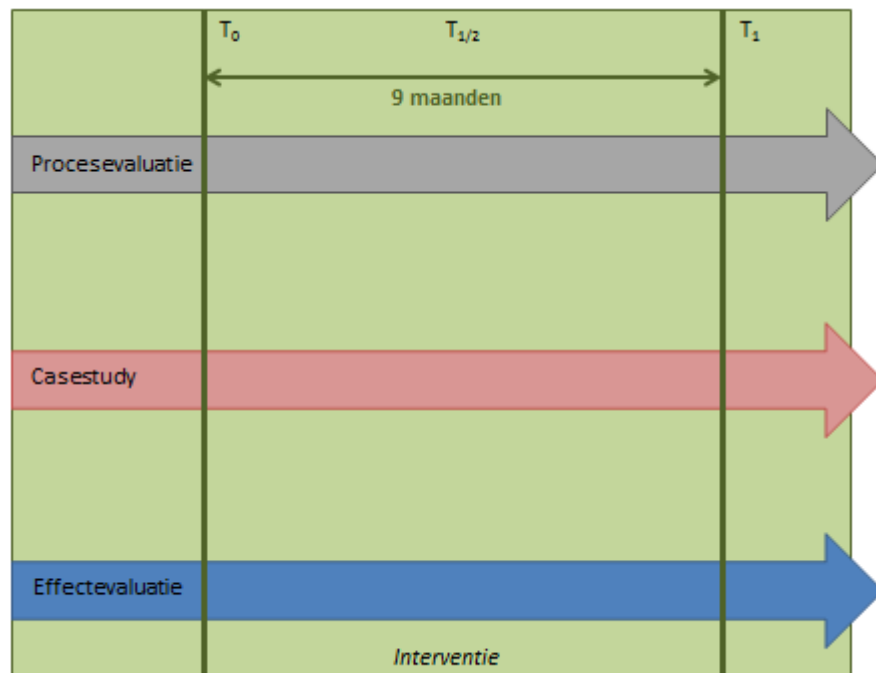
Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden is in de eerste fase van dit onderzoek geïnventariseerd welke verschillende interventies aangeboden worden in Amsterdam. Twintig interventies worden nader beschreven op basis van een vooraf opgesteld format. Vervolgens worden er acht interventies geselecteerd door de begeleidingscommissie. De acht interventies kunnen ieder aangeboden worden bij meerdere aanbieders. Zie tabel 1 voor een overzicht van de gekozen interventies die mee genomen zullen worden bij de rest van het onderzoek.

Categorie	Interventie
Inloopvoorziening, opvang	1 Inloopvoorziening
Participatie in een beschutte omgeving	2 DAC beschutte omgeving
Participatie in een open omgeving	3 Participatie in een open omgeving
Community based participeren	4 Cliënt gestuurd participeren/fountain house model
Aangepaste werkomgeving	5 Dagbesteding projecten
Aangepaste werkomgeving	6 Dagbesteding commercieel
Aangepaste werkomgeving	7 Betaald werk
Informele zorg	8 Maatjes contact

II. Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zal er een driedelig onderzoeksdesign gehanteerd worden, bestaande uit een effectevaluatie, casestudy en procesevaluatie. Dit design wordt toegepast voor de acht interventiegroepen die voor het onderzoek worden geselecteerd. Het betreft een mixed-method design, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld en geïntegreerd worden om de onderzoeksvragen optimaal te beantwoorden. De looptijd van het onderzoek is van oktober 2014 tot en met juni 2016. Conform onze offerte gaan we uit van een follow-up tijd van 9 maanden (de tijd tussen het afnemen van de 0-meting en de vervolgmeting), ervan uitgaande dat deze voldoende is om een verbetering in zelfredzaamheid door de interventie waar te nemen. Ten slotte wordt er een kosten-baten analyse uitgevoerd.

Figuur 1: Onderzoeksdesign

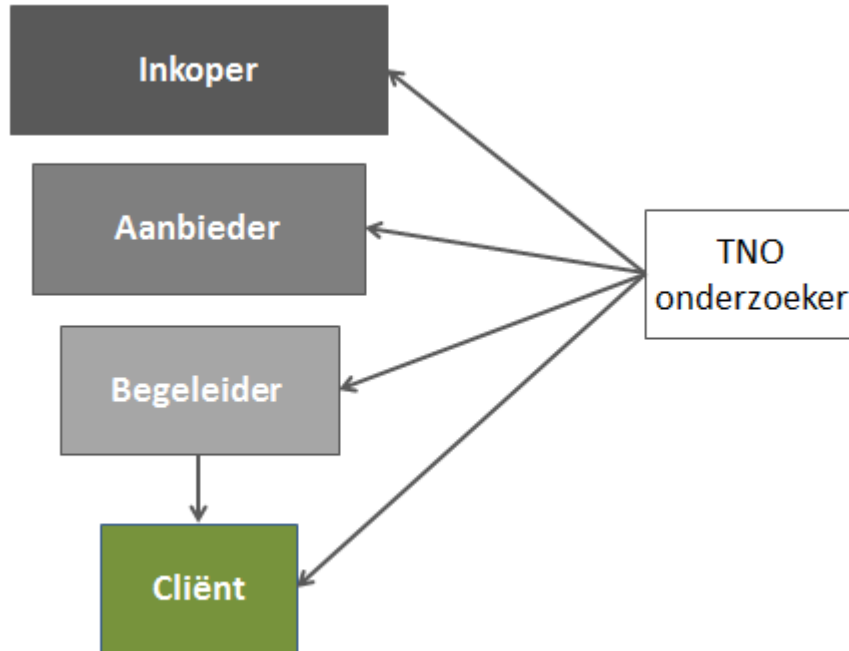


De TNO onderzoekers zullen informatie verzamelen bij verschillende stakeholders (zie figuur 2). Bovenaan het proces staan de inkopers van de gemeente, die besluiten welke interventies ingekocht worden. Hierna komen de aanbieders van de interventies en de begeleiders van de cliënten. Wij bedoelen met de 'begeleider' de professional die het dichtst bij de cliënt staat en de interventie bij hem of haar uitvoert.¹ Deze professional kan afhankelijk van de interventie en aanbieder, de functie uitvoeren van casemanager, zorgprofessional of vrijwilliger. Ten slotte is een essentiële stakeholder de cliënt zelf, ofwel de deelnemer aan een van de acht interventies. De TNO onderzoeker zal informatie verzamelen van alle vier de

¹ In de offerte stond dat dit om een klantmanager zou gaan, echter is er besloten om geen Dienst Werk &

stakeholders. Voornamelijk de begeleider zal ten behoeve van de effectevaluatie informatie verzamelen bij de cliënt.

Figuur 2: Stakeholders in het onderzoek



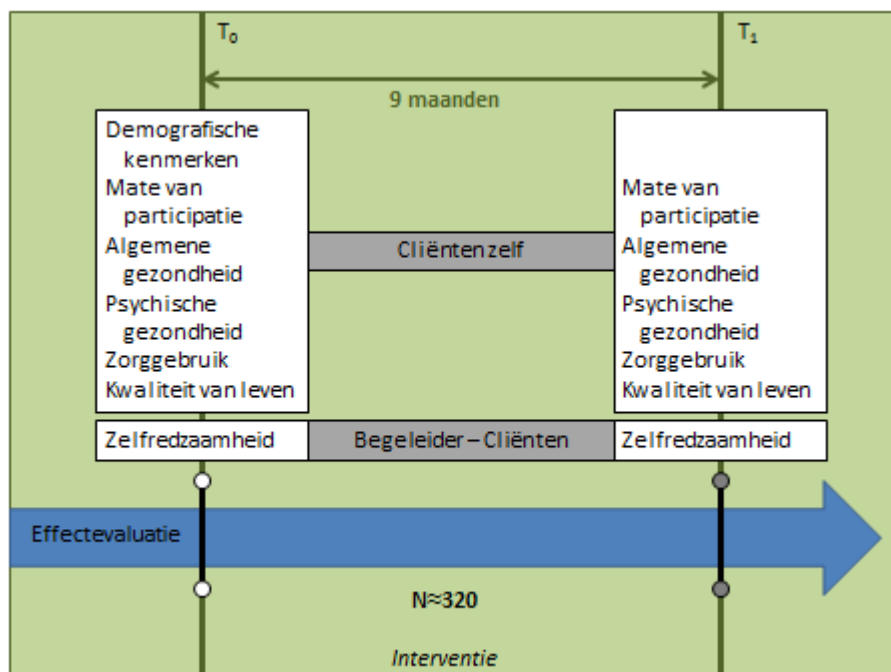
A. Effectevaluatie

i. Opzet

De effectevaluatie heeft als doel om te achterhalen of de zelfredzaamheid en participatie verbeteren van cliënten die deelnemen aan de acht voor het onderzoek geselecteerde interventies. Dit zal gedaan worden door op baseline (T_0) en na 9 maanden follow-up (T_1) zelfredzaamheid en mate van participatie te meten. De betrokken begeleider zal met de cliënt de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)² invullen. De cliënt zal op T_0 en T_1 zelfstandig vragen beantwoorden over de volgende onderwerpen: demografische kenmerken, mate van participatie, algemene gezondheid, psychische gezondheid, kwaliteit van leven en zorgconsumptie.

² Lauriks S, Buster MCA, De Wit MAS, van de Weerd S, Tigchelaar G. 'Zelfredzaamheid-Matrix'. 2010; GGD Amsterdam.

Figuur 3: Design effectevaluatie



Er zijn vier verschillende instroom mogelijkheden (zie Figuur 4). Instroom kan plaats vinden via **scenario A**, waarbij cliënten bij aanvang van de onderzoeksperiode instromen en starten met een interventie (mei 2015). Deze cliënten stromen in de betreffende interventie nieuw in, zij hebben dus niet eerder deelgenomen aan de interventie. Na de instroom in de interventie zal er een T_0 meting plaats vinden waarbij de begeleider de ZRM afneemt met de cliënt, en de cliënt zelf een vragenlijst invult over de overige concepten. Ditzelfde vindt na 9 maanden plaats bij de follow-up meting (T_1).

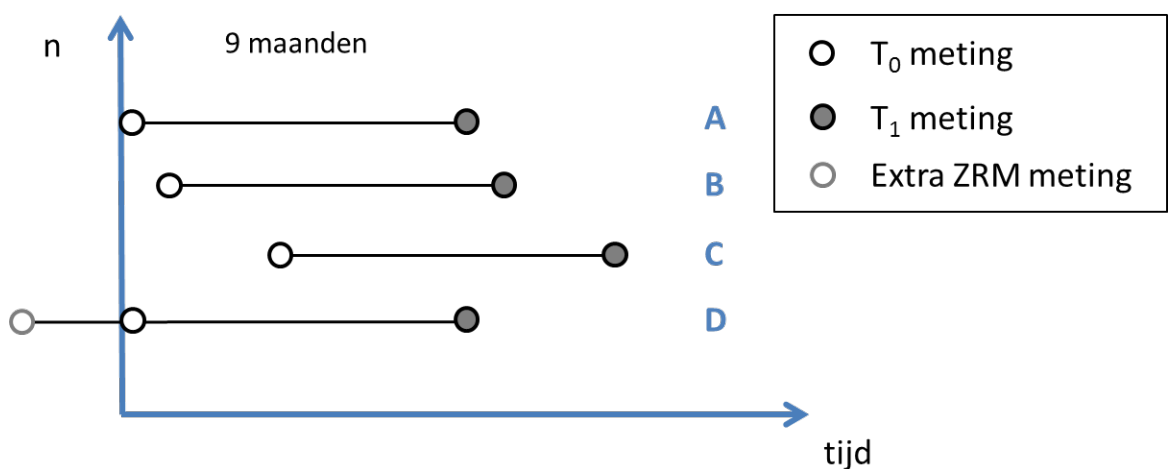
Bij **scenario B** stromen nieuwe cliënten gedurende de eerste paar maanden na de start van de onderzoeksperiode in. **Scenario C** is de laatst mogelijke instroom mogelijkheid- namelijk in augustus 2015. Dit is nodig vanwege de 9 maanden follow-up tijd (tot en met mei 2016) en de tijd die de analyses en rapportage vergen aan het eind van het project (juni - september 2016) (zie **planning**). Indien de instroom niet voldoende is, kan de instroomperiode verlengd worden. Wij verwachten dat het mogelijk niet haalbaar zal zijn om genoeg cliënten dat nodig is om statistisch significante effecten te kunnen laten zien (zie power berekening in onderdeel 'data analyse'). In overleg met de aanbieders zal bekeken worden of cliënten kunnen deelnemen aan het onderzoek, die vanaf 1 januari 2015 zijn begonnen met de interventie (**scenario D**). Geprobeerd wordt van deze cliënten de ZRM-meting te gebruiken voor het onderzoek die bij aanvang van de interventie is afgenomen, zodat in enige mate een beeld verkregen kan worden van de eigenlijke aanvangssituatie. Bij het begin van het onderzoek zal alsnog een T_0 meting afgenomen worden van de ZRM en de cliënt vragenlijst. In de analyses zal bekeken worden in hoeverre de scores van de ZRM in de aanvangssituatie en de

T_0 meting van elkaar afwijken. Zo nodig zullen wij corrigeren voor eventuele verschillen in de analyses. De T_1 meting zal dan alsnog 9 maanden na de T_0 meting plaatsvinden.

Het instroom moment verschilt dus per cliënt, maar de follow-up tijd tussen de metingen zal voor alle groepen gelijk zijn, namelijk 9 maanden. Alleen bij scenario D vindt de T_0 meting later na aanvang van de interventie plaats; in de analyses zullen wij hiervoor corrigeren.

Alleen cliënten uit scenario A, B en C worden benaderd voor de casestudy.

Figuur 4: Instroomschema effectevaluatie



ii. Meetinstrumenten

a. Af te nemen door de begeleider van de cliënt

Ten eerste vragen wij de begeleider hoe lang (in weken) de cliënt al deel neemt aan de interventie.

Zelfredzaamheid wordt gemeten op basis van elf levensdomeinen van de zelfredzaamheidsmatrix: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, algemene dagelijkse levensverrichtingen, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. De scores op de ZRM domeinen variëren van 1 ‘acute problematiek’, 2 ‘niet zelfredzaam’, 3 ‘beperkt zelfredzaam’, 4 ‘voldoende zelfredzaam’ tot aan 5 ‘volledig zelfredzaam’. Er kan een somscore berekend worden (potentieel variërend van 11-55).³ Dit instrument wordt al gebruikt binnen de gemeente Amsterdam en is eerder gebruikt in onderzoek om [subtiële] positieve effecten van interventies weer te geven. De begeleiders zullen allemaal getraind zijn/worden in het afnemen van de ZRM bij cliënten. Wanneer dit niet het geval is kunnen zij dit aangeven aan TNO,

³ Fassaert T, Lauriks S, van de Weerd S, Theunissen J, Kikkert M, Dekker J, Buster M, de Wit M. ‘Psychometric Properties of the Dutch Version of the Self-Sufficiency Matrix (SSM-D)’. 2014; Community Ment Health J (50): 583-590.

wanneer zij een cliënt aanmelden voor het onderzoek. Er zal dan samen met de aanbieder naar een oplossing gezocht worden.

b. Cliënt vragenlijst

Daarnaast vullen cliënten een vragenlijst in met de volgende onderwerpen: demografische kenmerken, mate van participatie, algemene gezondheid, psychische gezondheid, zorggebruik en kwaliteit van leven. De **demografische kenmerken** die gemeten worden zijn: leeftijd, geslacht, geboortjaar en etniciteit.

Mate van participatie wordt gemeten aan de hand van twee sub-schalen van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER).⁴⁵ Er wordt gevraagd 1) hoeveel tijd cliënten besteden aan werk, studie en huishouden en 2) hoe vaak zij bepaalde activiteiten doen, zoals familie of vrienden bezoeken en dagtochtjes maken. Voor beide sub-schalen worden gemiddelde scores berekend.

Algemene gezondheid wordt gemeten met een aangepaste versie van de eerste item van de 'Short-Form Health Survey 12 (SF-12)⁶, namelijk 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'. De antwoordschaal van de oorspronkelijke SF-12 item varieert van 1 'uitstekend', 2 'zeer goed', 3 'goed', 4 'matig' tot aan 5 'slecht'. In het huidig onderzoek zal een aangepaste antwoordschaal gebruikt worden om meer variabiliteit te kunnen meten in deze doelgroep: 1 'zeer goed', 2 'goed', 3 'matig', 4 'slecht' en 5 'zeer slecht'.⁷

Over de **psychische gezondheid** wordt aan cliënten gevraagd om aan te geven of zij een psychisch gezondheidsprobleem hebben. Wanneer zij aangeven dit wel te hebben wordt aan hen gevraagd of ze hiervoor onder behandeling zijn; in de vorm van contact met dokter/psycholoog en medicatiegebruik. Ook wordt gevraagd aan hen hoelang deze behandeling al gaande is. Omdat dit gevoelige vragen betreffen, kunnen deelnemers aangeven 'deze vraag overslaan'.

Naast de informatie over behandeling bij specifieke psychische gezondheidsproblemen, wordt een algemene **zorggebruik** vraag gesteld, namelijk over wanneer de cliënt voor het laatst contact heeft gehad met de huisarts en hoeveel contact zij hebben gehad. Deze vraag is afkomstig uit ander TNO onderzoek onder een vergelijkbare doelgroep in Amsterdam Noord (BSiN studie).

4 Post, MWM. 'Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-Participatie)'. 2010, Utrecht.
5 van der Zee CH, Priesterbach AR, van der Dussen L, Kap A, Schepers VPM, Visser-Meily JMA, Post MWM. 'Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF measure of participation and activities screener, the Participation Scale, and the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation'. 2010; J Rehabil Med (42): 752-757.

6 Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 'A 12-Item Short-Form Health Survey'. 1996; Medical Care (34(3)): 220-233.

7 Dit is ook in eerder TNO onderzoek in een vergelijkbare doelgroep, Beter Samen in Noord, gedaan en wordt in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor van de GGD gedaan. Dit biedt dus ook de mogelijkheid om bevindingen met elkaar te vergelijken.

Kwaliteit van leven wordt gemeten aan de hand van een aangepast verkorte versie van de Lancashire Quality of Life Profile⁸. Cliënten geven aan hoe tevreden zij zijn over hun lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, dagbesteding, sociale relaties, woonsituatie, hulpverlening die zij krijgen, financiële situatie, kwaliteit van leven, leven als geheel en mate waarin zij gelukkig zijn. Zij geven dit aan op een schaal van 1 'Erg ontevreden' tot 5 'Erg tevreden'. Hier wordt een gemiddelde score van berekend.

iii. Dataverzameling & analyseplan

In dit deel van het onderzoek is de begeleider verantwoordelijk voor het tweemaal verzamelen van de ZRM data, bij instroom en na 9 maanden. Daarnaast zal de cliënt de aanvullende vragenlijst zelf online invullen tijdens dezelfde afspraken als wanneer de ZRM wordt afgenomen. Hij of zij vult de vragenlijst zelf in, maar kan met vragen om verduidelijking terecht bij de begeleider. Er is getest met cliënten om te kijken of de vragenlijst duidelijk is voor hen en of zij de vragen goed begrijpen, de vragenlijst is zodanig aangepast.

Door het ontbreken van een referentie of controlegroep binnen dit onderzoek, zullen wij voornamelijk en in eerste instantie kijken naar veranderingen van zelfredzaamheid en participatie binnen de groep van deelnemers aan de acht interventies. De baseline scores fungeren in essentie voor iedereen als hun eigen referentie. Ten eerste zullen wij beschrijvende statistieken gebruiken voor de acht interventies los van elkaar. Dit zal een beeld geven van het type cliënt die deel neemt aan de verschillende interventies en informatie geven over de heterogeniteit binnen de interventies. Deze informatie wordt gebruikt bij het besluiten over welke subgroep analyses gedaan kunnen worden en waar we voor moeten corrigeren. Gemiddelde scores op alle schalen op T_0 en T_1 zullen berekend worden, als het gemiddelde verschil daartussen. Om te zien of dit verschil statistisch significant is en niet op toeval berust, gebruiken wij een gepaarde t-toets.

Daarna zal er met een herhaalde meting variantie analyse (ANOVA) voor alle cliënten van alle interventies gekeken worden naar verandering in de tijd in de scores op de ZRM, mate van participatie, algemene gezondheid en kwaliteit van leven. Aangezien er geen controle groep is binnen het huidige onderzoek biedt dit ook inzicht in de variabiliteit van de maten in de tijd. Eventueel kunnen er ook clusters van interventies samen genomen worden om te vergelijken met andere clusters van interventies. De clusters kunnen ingedeeld worden op basis van interventie categorie zoals beschreven voor de eerdere fases van het onderzoek, of aan de hand van andere kenmerken zoals frequentie van contact of type contact

8 van Niewenhuizen C, Schene AH, Koeter MWJ, Huxley PJ. 'The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation'. 2001; Soc Psychiatry Psychol Epidemiol (36): 36-44.

(bijvoorbeeld individuele- versus groepsbegeleiding). Op deze manier kunnen effectieve *elementen* van interventies ook herkend worden.

Een nadeel van het niet hebben van een controle groep is dat wij ons moeten richten op verschillen binnen de deelnemers aan de interventies. Wij weten niet hoe de zelfredzaamheid en participatie bij de cliënten zou veranderen als er geen interventie had plaatsgevonden. Gezien de doelgroep en eerder onderzoek gaan wij ervan uit dat wanneer zij geen interventie hadden gehad, zelfredzaamheid en participatie niet noemenswaardig zouden veranderen. Wel betekent dit dat wij voorzichtig moeten zijn bij het formuleren van causale conclusies op basis van het onderzoek: of de vooruitgang volledig toe te schrijven is aan de interventie zullen wij niet vast kunnen stellen. Wel kunnen wij bevestigen dat deelname aan de interventie geassocieerd is met een vooruitgang. Ook het casestudy en proces onderzoek zal hier verheldering over geven.

Om de effecten van de interventie zo zuiver mogelijk te kunnen toetsen, corrigeren wij voor mogelijke versturende factoren (confounders). Zo houden wij rekening met het feit dat cliënten verschillende demografische kenmerken en gezondheid hebben die voorspellend zijn voor zowel de uitkomstmaten (zelfredzaamheid en participatie) als de determinant (type interventie waaraan zij deelnemen). Daarnaast corrigeren wij ervoor dat sommige cliënten al voor de T_0 meting deel namen aan de interventie.

Om statistisch significante effecten waar te kunnen nemen, is het nodig om voldoende cliënten te includeren. Op basis van een power berekening, gesprekken met aanbieders over de instroom in de interventies en gelet op de doorlooptijd van dit project, is besloten om uit te gaan van een inclusie van 60 cliënten per interventie aan de T_0 meting. Rekening houdend met een uitval van 20 procent, zullen uiteindelijk circa 40 cliënten per interventie twee metingen hebben en mee genomen worden in de analyses.⁹ In totaal gaat het om circa 320 cliënten over de acht interventies.

⁹ Het aantal van 40 cliënten per interventie is getoetst op power door een statisticus bij TNO en zal voldoende zijn.

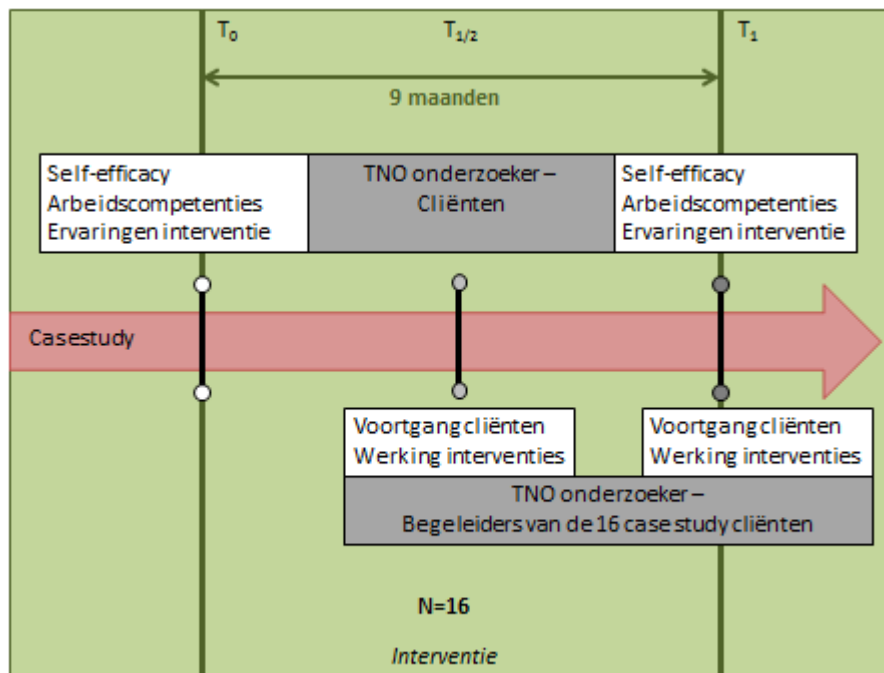
B. Casestudy

i. Opzet

Het doel van de casestudy is om aanvullende informatie te verkrijgen over de effectiviteit van de interventies in het verhogen van zelfredzaamheid en participatie. De ZRM en de concepten die we in de cliënt vragenlijst meten laten mogelijk weinig verandering zien. Om die reden wordt er een casestudy uitgevoerd waarbij self-efficacy en basale arbeidscompetenties gemeten worden middels een vragenlijst die een TNO onderzoeker afneemt, en zal de TNO onderzoeker vragen stellen over de ervaringen met de interventie voor kwalitatieve analyses. Een verbetering in self-efficacy en arbeidscompetenties zou er later (bijvoorbeeld na de onderzoeksperiode) toe kunnen leiden dat zelfredzaamheid en participatie verhogen.

Om de belasting voor cliënten zo laag mogelijk te houden, is er gekozen voor een casestudy benadering, waarbij 16 cliënten (2 per interventie) extra geïnterviewd worden door een TNO onderzoeker¹⁰.

Figuur 5: Design casestudy



¹⁰ Voor sommige delen van de uitvoering van het onderzoek zullen uitzendkrachten of stagiairs ingezet worden, deze worden getraind door de TNO onderzoekers.

ii. Meetinstrumenten

Self-efficacy met betrekking tot participeren wordt gemeten aan de hand van 8 uitspraken over de mate waarin iemand zelf inzicht en vertrouwen heeft in zijn of haar sterke en zwakke kanten, hoe zij sociale contacten kan gebruiken, informatie kan vinden, een goede indruk kan maken, werk kan zoeken, een sollicitatiebrief kan schrijven en zichzelf kan oriënteren op het vinden van een baan. Cliënten zullen aangeven in hoeverre zij het eens zijn met de uitspraken: 1 'helemaal mee eens', 2 'mee eens', 3 'neutraal', 4 'mee oneens' en 5 'helemaal mee oneens'. Een gemiddelde score wordt berekend.¹¹ Daarnaast zal er gevraagd naar het inzicht en vertrouwen van cliënten in andere vormen van participatie, zoals het doen van vrijwilligerswerk of onbetaald werk. Omdat deze informatie aan de hand van persoonlijke semigestructureerde interviews met cliënten verzameld zal worden en niet middels een vaststaande vragenlijst, kan de interviewer de vragen gemakkelijk aanpassen op de individuele situatie van de cliënt.

Vijf domeinen van basale **arbeidscompetenties** worden gemeten: gevoel voor arbeidsverhoudingen, afspraken nakomen, zelfstandigheid, communiceren en leervermogen.¹² Deze vragen worden op dezelfde 5-punt schaal gemeten als self-efficacy en weer worden de vragen aangepast wanneer de cliënt ver van de arbeidsmarkt af staat.

De 16 cliënten die deelnemen aan de casestudy worden gevraagd over de effecten van de interventies op hun groei in zelfredzaamheid en participatie. Ook hun ervaringen met de interventie worden uitgevraagd, bijvoorbeeld: wat vinden ze er van? hebben ze het idee dat het hen helpt? waar liepen ze tegen aan?

iii. Dataverzameling & analyse

Een TNO onderzoeker zal bij de 16 cliënten die in zijn gestroomd via scenario A, B of C een interview afnemen waarin zowel self-efficacy en arbeidscompetenties gemeten zal worden als gevraagd zal worden naar de ervaringen met de interventie. De selectie van de 16 cliënten zal een convenience sample zijn van de eerste groep die instroomt en bereid is mee te werken aan dit onderdeel van het onderzoek. We streven er bovendien naar om een gelijk aantal mannen als vrouwen te includeren en een evenredige spreiding in leeftijd te realiseren. De TNO onderzoeker heeft ervaring met het afnemen van vragenlijsten en het houden van interviews met soortgelijke cliënten.

De begeleiders van de 16 cliënten die deelnemen aan de casestudy worden circa 4 maanden na de T₀ meting geïnterviewd om de voortgang van de cliënten te

¹¹ Van Hooft, E. A. J. 'Job seeking as planned behavior: In search of group differences'. 2004; Dissertatie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

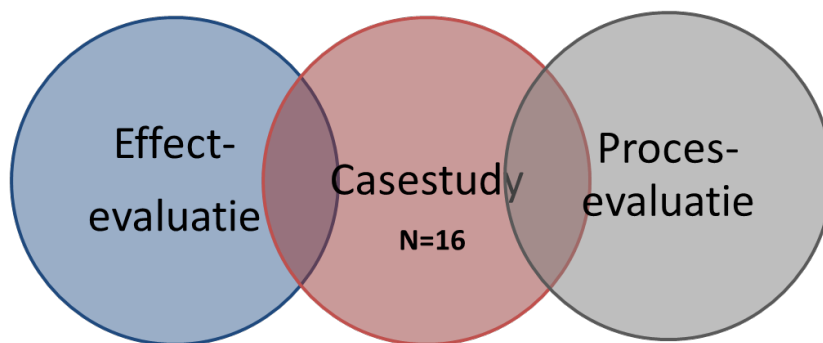
¹² Dariuz 'Assessment Vragenlijst Medewerker'; 2006.

bespreken en inzicht te geven in de werking van de interventie. Deze begeleiders worden na de T₁ meting nogmaals hierover geïnterviewd.

Van alle interviews worden aantekeningen gemaakt, die vervolgens worden uitgewerkt en geanalyseerd door twee TNO onderzoekers. Deze informatie wordt gebruikt om de bevindingen van de effectevaluatie te verrijken en om deze verder te verklaren. Hierbij kunnen wij beter inzicht krijgen in achterliggende processen van waarom een interventie wel of niet effectief was, en hoe dit in het vervolg aangepakt kan worden.

Omdat de aantallen bij dit onderdeel van het onderzoek klein zijn, zullen alleen beschrijvende statistieken gebruikt worden, bijvoorbeeld gemiddelde scores over de 16 cliënten heen en baseline en follow-up [verschil] scores per cliënt. Deze informatie zal verrijkt worden met gegevens uit de effect- en procesevaluatie. Ook wordt deze informatie gebruikt om de bevindingen uit de effectevaluatie te verklaren.

Figuur 6: Integratie bevindingen effect- en procesevaluatie bij casestudy



C. Procesevaluatie

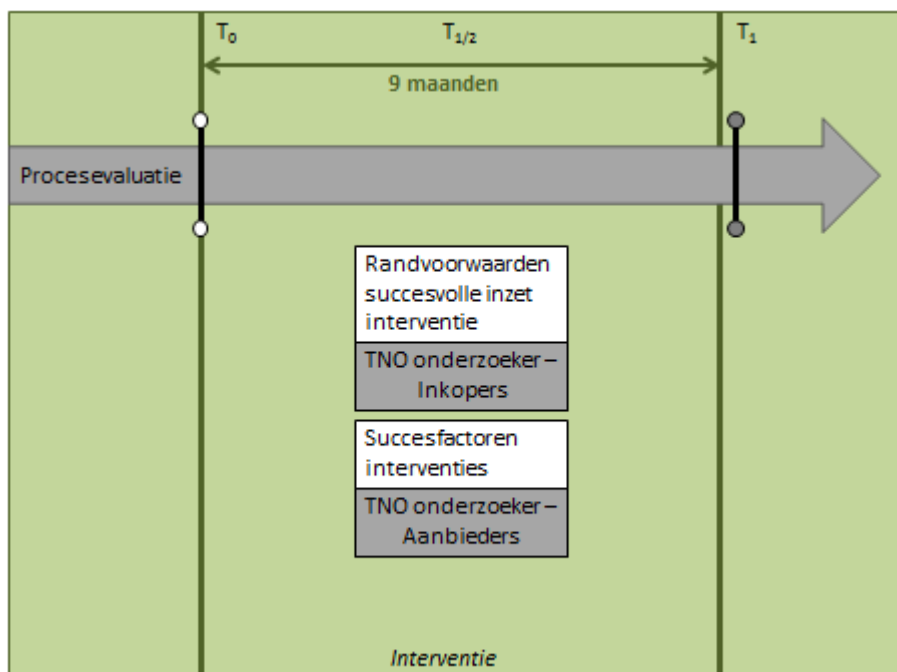
i. Opzet

Het doel van de procesevaluatie is om inzicht te verschaffen in waarom, hoe en onder welke omstandigheden een interventie effectief is of kan zijn. Kwalitatieve methoden, in de vorm van interviews, zullen hierbij gebruikt worden. Interviews met vier belangrijke stakeholders worden gehouden:

1. **inkopers** van interventies over de randvoorwaarden voor de succesvolle inzet van een interventie,
2. **aanbieders** van de interventies over de succesfactoren van de interventies,
3. **cliënten** over hun ervaringen en verwachtingen met betrekking tot de interventies en*
4. **begeleiders** over de voortgang van hun cliënten en de werking van de interventie.*

*Een deel van dit kwalitatief onderzoek vindt plaats als onderdeel van de casestudy, hierboven al beschreven.

Figuur 7: Design procesevaluatie



ii. Dataverzameling & analyse

TNO onderzoekers hebben met inkopers van de gemeente interviews gehouden. Hiermee is algemene informatie verzameld over de interventies. Deze informatie is gebruikt bij de beschrijving van de 20 interventies. Er is ook informatie verzameld over randvoorwaarden voor een succesvolle inzet van interventies.

Bij aanvang van de onderzoekperiode zullen er interviews gehouden worden met de aanbieders van de acht gekozen interventies. Hierin zal de TNO onderzoeker uitvragen wat de succesfactoren van de desbetreffende interventies zijn.

D. Informed consent

Deelname aan het onderzoek is vrijblijvend. De begeleider zal aan cliënten uitleggen dat er een onderzoek wordt uitgevoerd door TNO in samenwerking met de gemeente Amsterdam naar de effectiviteit van de interventie waar zij aan deelnemen. In dit onderzoek wordt de privacy van de cliënten gewaarborgd; de data zal geanonimiseerd worden door een TNO onderzoeker. Alle resultaten worden anoniem verwerkt en op groepsniveau gepresenteerd. Bij de cliënten die deelnemen aan de casestudy zal een pseudoniem gebruikt worden. Herleidbare informatie uit de interviews zal veranderd worden.

Cliënten krijgen bij aanvang van de online vragenlijst een toestemmingsformulier te zien. Wanneer zij hier mee akkoord gaan geven cliënten toestemming voor het gebruik van hun ZRM en online vragenlijst voor onderzoeksdoeleinden. Cliënten zijn niet verplicht alle vragen van de online vragenlijst in te vullen, mochten deze te gevoelig liggen kunnen zij items overslaan. Bij de cliënten van de casestudy wordt een extra informed consent formulier voorgelegd waarmee zij toestemming kunnen geven voor het afnemen van een aanvullende interview en voor de koppeling daarvan met de informatie uit de effectmetingen.

III. Kosten-baten beschrijving

Met de effectevaluatie wordt inzicht verkregen in de effecten van de interventies, de zogenaamde baten. Deze baten worden afgezet tegen de kosten van de interventie. Voor deze kosten baten analyse maken wij gebruik van de MKBA (Maatschappelijke Kosten en Baten)-systematiek die bij de gemeente Amsterdam wordt gebruikt voor het beoordelen van projecten en het maken van beleidskeuzes (www.amsterdam.nl). Door voor deze systematiek te kiezen wordt de kosten baten analyse in een voor de gemeente herkenbaar format uitgewerkt en gepresenteerd, hetgeen de vergelijkbaarheid met MKBA's van vergelijkbare projecten en interventies ten goede komt.

De MKBA geeft op een systematische wijze een overzicht van de project- en maatschappelijke kosten en baten van de interventies. Hierbij worden de kosten en baten van de interventies afgezet tegen een zogeheten 'nulalternatief': de situatie waarin de interventies niet worden toegepast. Voor het opstellen van de MKBA van de interventies volgen wij een 6-stappenplan:

1. **Probleemanalyse:** schets van de problemen of knelpunten waar de interventies voor worden ingezet om deze te verlichten dan wel op te lossen. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan het gemeentelijke beleid.
2. **Definitie situatie interventies:** duiding van de opzet, doel en effectiviteit van de interventies op basis van de resultaten van het effectiviteitsonderzoek.
3. **Definitie nulalternatief:** beschrijving van de meest waarschijnlijke ontwikkeling als de interventies niet worden toegepast. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de T_0 meting. Kenmerken van de groep cliënten is dat zij op de korte termijn zonder interventie of anderszins ondersteuning van buitenaf weinig verandering ondergaan in zelfredzaamheid en participatie (Schuring, 2010). De uitkomsten van de T_0 meting geven hierdoor een goed beeld van het nulalternatief.
4. **Bepalen kosten:** de kosten van de interventies worden uitgevraagd tijdens gesprekken met medewerkers van de gemeente die belast zijn met de inkoop en met aanbieders van interventies. Voor wat betreft de extern ingekochte interventies kan volstaan worden met het inkoopbedrag en de

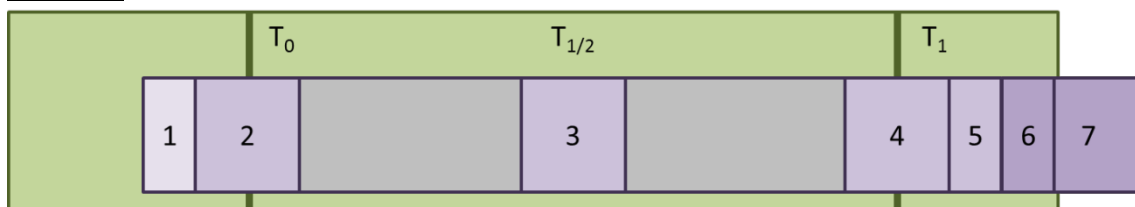
administratiekosten die gemaakt worden voor de aanbestedingsprocedure en voor de uitvoeringsfase. Voor de interventies die intern worden aangeboden maken we een inschatting van de loonkosten van de medewerkers die de interventie verzorgen (ureninzet X loon) en de vaste lasten (materiaal, huisvesting, etc.). Het overzicht van de kosten zetten wij af tegen de kosten van het nulalternatief.

5. **Bepalen baten:** de baten van de interventies baseren wij op de geconstateerde effecten uit de effectevaluatie. We maken een inschatting van de baten die verband houden met veranderingen in de ZRM-scores gedurende de looptijd van het onderzoek en bespreken deze met de aanbieders en cliënten. Het gaat hier om aannames ten aanzien van de vermindering van zorgkosten (bijvoorbeeld minder bezoek huisarts) en welzijnskosten (bijvoorbeeld door een grotere inzet van familie, kennissen en burgers) en de kans op behoud of verwerven van werk (met als gevolg lagere uitkeringslasten). Het overzicht van de baten zetten wij af tegen dat van het nulalternatief.
6. **Opstellen overzicht kosten en baten:** voor de 8 interventies stellen wij overzichten op van de kosten en baten. Hierbij maken we zo mogelijk een onderscheid in het directe rendement voor de gemeente en het bredere maatschappelijke rendement. Omdat we bij het bepalen van de kosten en baten uit zullen gaan van een aantal veronderstellingen, voeren wij zo nodig enkele gevoeligheidsanalyses uit. Hiervoor werken wij een aantal varianten uit op basis waarvan we bandbreedtes presenteren van de rendementen van de interventies.

IV. Planning

Het onderzoek bestaat uit een voorbereidingsfase, 5 hoofdonderzoeksfasen en een afrondings- en analysefase.

Figuur 8: Onderzoeksfasen



In Figuur 9 staan per fase de actie en het doel hiervan in het kader van de onderzoeksdoelen van dit project.

Figuur 9: Acties, doelen en planning

Actie	Doel	Planning
1.		
Voorwerk	Omschrijving 20 interventies, selectie 8 interventies	oktober 2014 – mei 2015
2.		
Begeleider-cliënt (T_0)	ZRM & cliënt vragenlijst (<i>effect</i>)	mei – augustus 2015
Interview TNO onderzoeker-cliënt (T_0)	Self-efficacy & ervaring met interventie (<i>cases</i>)	
3.		
Interviews begeleiders ($T_{1/2}$)	Voortgang cliënten, werking interventies (<i>proces</i>)	september – december 2015 ($T_0 + 4$ maanden)
4.		
Begeleider-cliënt (T_1)	ZRM & cliënt vragenlijst (<i>effect</i>)	februari 2016 – mei 2016 ($T_0 + 9$ maanden)
Interview TNO onderzoeker-cliënt (T_1)	Self-efficacy & ervaring met interventie (<i>cases</i>)	februari 2016 – mei 2016 ($T_0 + 9$ maanden)
5.		
Interviews begeleiders (T_1)	Voortgang cliënten, werking interventies (<i>proces</i>)	februari – mei 2016 ($T_0 + 9$ maanden)
6.		
Kosten-baten omschrijving	Uitwerken MKBA	mei – juni 2016
7.		
Analyses & rapportage	Onderzoeksbevindingen uitwerken	juni – augustus 2016

Het voorwerk is tussen oktober 2014 en mei 2015 gedaan. Tussen mei en augustus 2015 kunnen cliënten instromen en de T_0 metingen plaats vinden. In deze periode zullen de 16 casestudy cliënten ook geïnterviewd worden. Circa 4 maanden na de nulmeting zal er een interview worden gehouden met de begeleiders van de 16 casestudy cliënten. Na 9 maanden, tussen februari en mei van 2016 zullen de

follow-up metingen gehouden worden en de tweede interviews met de begeleiders. Zodra alle follow-up metingen zijn uitgevoerd, zullen alle onderzoeksgegevens geanalyseerd worden en een onderzoeksrapport opgesteld, uiterlijk in september 2016. De interviews met de inkopers van de gemeente en de aanbieders zullen in 2015 gehouden worden. De kosten-baten zullen omschreven worden zodra de eerste effectanalyses gedaan zijn.