



fluent

**Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg  
keten voor ouderen**

In opdracht van ActiZ

---



**Uitgave:**      **Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen**  
**Versie :**      **18 januari 2017**  
**Status:**      Gereed  
**Distributie:** ActiZ  
**Auteurs:**    Erwin Winkel, fluent Healthcare  
                  Geert de Kousemaeker, fluent Healthcare

Doel van de presentatie:

- Inzicht geven in de spoedzorg keten en definiëren van knelpunten
- Richting geven aan mogelijke oplossingen
- Pleidooi voor een effectievere inrichting spoedzorg keten
- Belang van een regionale, netwerkgerichte benadering
- Randvoorwaarden voor landelijk beleid

Vragen en/of opmerkingen:

Voor vragen en/of opmerkingen kunt u zich richten tot  
Erwin Winkel [erwin@fluent.nl](mailto:erwin@fluent.nl) of Geert de Kousemaeker via [geert@fluent.nl](mailto:geert@fluent.nl)



1. Inleiding en situatieschets
2. Probleemdefiniëring:
  - De huidige spoedzorg keten voor ouderen in kaart gebracht
  - Veel ouderen op de SEH hebben geen spoedzorg nodig
3. Het doelmatigheidsperspectief nader geduid
4. Vragen die ActiZ zich gesteld heeft
5. Met een volgende oproep van ActiZ aan de zorgsector
6. Rol voor ActiZ leden in de voorgestelde oplossingsrichtingen
7. Huidige en beoogde rol van de Wijkverpleging, SO en ELV in de keten
8. Getal en maat onder de oplossingsrichting
9. Naar transformatie in de spoedzorgketen
10. Randvoorwaarden en aandachtspunten hoofdlijnen akkoord
11. Tot slot

## Bijlagen:

- De spoed patiënt centraal (fluent, 2017)





## 2. Probleemdefiniëring

Uit onderzoek blijkt dat de overbelaste spoedzorgketen zich op dit moment concentreert rondom ouderen (65 plus). De urgentie om hier met een oplossing te komen, neemt toe:

- **De spoedzorgketen is vastgelopen**

Ziekenhuizen geven aan dat er sprake is van een overbelaste SEH. De klinische belasting van ouderen zorgt voor opnamestops en wachtlijsten. Uit onderzoek blijkt dat slechts 40 procent van de jaarlijks 800.000 SEH bezoeken door ouderen een tweedelijns somatische achtergrond heeft. De overige zorg kent een andersoortige zorgzwaarte. Indien we deze 'stroom' kunnen ombuigen, zijn 4.100 ziekenhuisbedden op jaarbasis inzetbaar voor andere zorg. Dit correspondeert met een jaarlijkse schadelast van € 1,4 mrd in de ziekenhuiszorg (fluent, 2017).

- **Oneigenlijk gebruik van dure faciliteiten**

De huidige organisatie van de spoedzorgketen leidt voor deze kwetsbare groep tot onvoldoende 'juiste zorg op het juiste moment'. De keten beweegt naar 'achteren' **terwijl** deze juist naar 'voren' moet bewegen. Door onvoldoende toegankelijke 24/7 zorg 'dichterbij' wordt er veelal aanspraak gedaan op de SEH. Hierdoor is de kosten effectiviteit laag en leidt het ook tot vermijdbare hospitalisatie van ouderen.

- **Substitutie en druk op de ziekenhuiszorg.**

Het Kabinet zet (zie Regeerakkoord) stevig in op substitutie en doelmatige organisatie van zorg in ketens. De toekomstige zorgvraag groeit en moet goedkoper/ doelmatiger dan voorheen worden opgevangen. Door deze budgettaire druk zal de beweging naar voren in de keten alleen maar toenemen.

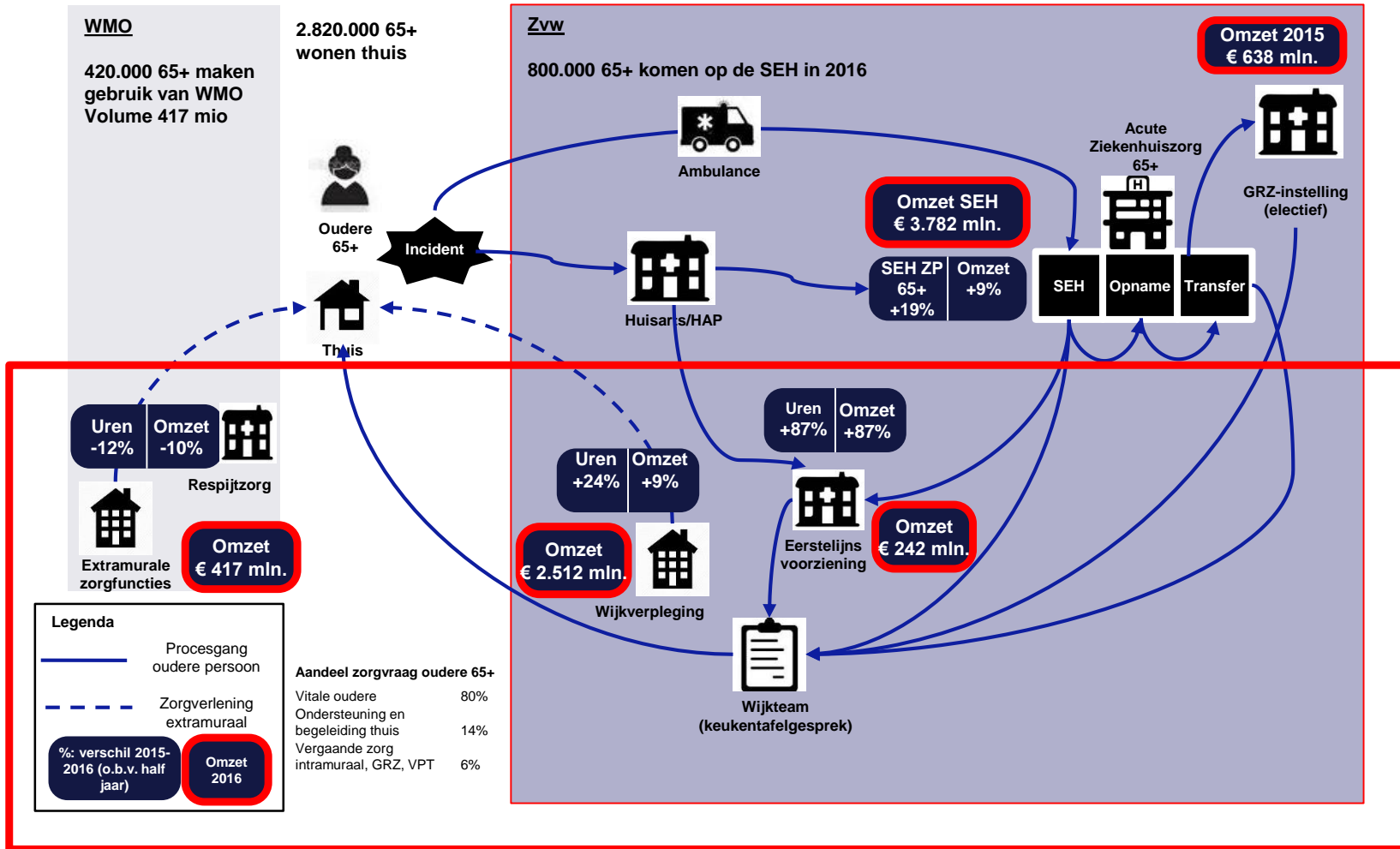
**De € 900 mio taakstelling zet druk bij ziekenhuizen om af te schalen\*). Dit in combinatie met de inzet van een (gedifferentieerd) MBI bij toekomstige overschrijdingen. Als gevolg van meer instroom, neemt de druk op de Wijkverpleging en de ELV toe. Dit vertaalt zich bij ongewijzigd beleid in nog meer prijsdruk.**

\*) CPB, 4 oktober 2017, pagina 25 (notitie doorrekening Regeerakkoord).

# De huidige spoedzorg keten voor ouderen in kaart gebracht



## ZORGPROCES OUDERE PATIENT (65+ JAAR) EN ONTWIKKELING IN VOLUME EN OMZET TUSSEN 2015 EN 2016 Omvang spoedzorg keten 7,6 miljard (schadelast WMO en Zvw, op basis van 1<sup>e</sup> halfjaar 2016).



# Veel ouderen op de SEH hebben géén tweedelijns spoedzorg nodig



Jaarlijks bezoeken 800.000 ouderen (65 +) de spoedeisende hulp\*:

- **19%** heeft een **niet somatisch** aantoonbare klacht maar een **welzijnsklacht**.
  - Kan worden opgevangen binnen de gemeente; WMO zorg/ Wijkverpleging.
- **17%** heeft een **eerstelijns somatische klacht** met een **observatie** vraag.
  - Kan worden opgevangen met een ELV bed.
- **24%** heeft een met **vroegdiagnostiek** te voorkomen vraag.
  - Bezoek kan worden voorkomen met monitoring chronisch zieken en kwetsbare patiënten (e-health). Met een rol voor de Wijkverpleging.
- **39%** heeft een **tweedelijns somatische klacht**.
  - Deze groep hoort thuis op de SEH. En heeft baat bij procesoptimalisering binnen het ziekenhuis (w.o. de afstemming klinisch geriater en specialist ouderengeneeskunde, SO).

Een betere pre-hospitale organisatie voorkomt voor een groot deel van de ouderen (die geen tweedelijnszorg nodig hebben) onnodige opname op de SEH. Effectieve inzet SO ondersteunt positionering ELV en Wijkverpleging in de keten.

\* Cijfers zijn ontleend aan eerder onderzoek van fluent welk rapport is opgenomen in de bijlage (De spoedpatient centraal, fluent, 2017)



# 1. Inleiding en situatieschets

Ouderen wonen steeds langer thuis. De hier achterliggende maatschappelijke ontwikkeling en het hierop ingezette beleid wordt breed onderschreven. We zien onder invloed van Huber (positieve gezondheid) ook de opvattingen over de samenhang tussen de diverse domeinen kantelen. Een goede beweging die ook ActiZ van harte onderschrijft. Door de verdere uitfasering van ZZP 1 t/m 3 wordt de trend richting 'langer thuis' de komende jaren nog sterker.

## **Overbelaste spoedzorg keten**

We constateren ook dat 'langer thuis' zorgt voor een veranderde zorgbehoefte en een 'mismatch' met het huidige zorglandschap. Hierdoor is de afgelopen jaren een forse druk op de spoedzorg gekomen. Met voor een aanzienlijk deel oneigenlijk gebruik van deze dure functie. Hierdoor zijn de kosten voor deze groep ouderen binnen de ZVW en de WMO fors toegenomen. Ziekenhuizen geven aan dat de spoedzorg overbelast is geraakt. Als gevolg van een meer klinisch profiel met een langere ligduur, wordt er een fors beslag gelegd op de schaarse capaciteit. Dit resulteert in overbelaste SEH's en minder capaciteit bij ziekenhuizen om andere zorg toegankelijk te houden. Met wachtlijsten tot gevolg.

De algemeen heersende opinie is dat dit een onwenselijke beweging is. Vanwege niet doelmatig gebruik van ziekenhuiszorg is de toegankelijkheid van somatische zorg in het geding. Maar vooral voor de cliënt in kwestie is dit vaak niet de optimale of benodigde menswaardige zorg.

## **Pleidooi voor een betere inrichting van de spoedzorgketen**

ActiZ pleit daarom voor een benadering in het hoofdlijnenakkoord om de zorg voor deze groep ouderen structureel te verbeteren. In het volledige besef dat geen enkele partij in de keten dit alleen kan oplossen. En pleit daarom voor een netwerkgerichte benadering. In deze visie komen zorgaanbieders, huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuizen en specialisten ouderengeneeskunde samen tot oplossingen voor de overbelast geraakte spoedzorgketen. Dit in het volledige besef dat dit aanpassing vergt van alle partijen. En dat er een groeipad nodig is om te komen tot een optimale situatie binnen enkele jaren.



### 3. Het doelmatigheidsperspectief nader geduid\*

Indeling spoedzorgklachten SEH ziekenhuis 2016	Besparing SEH: bedden	Besparing SEH: € 1.000	Omzet SEH € 1.000	Aantal patiënten	% opnames	Ligduur in dagen
1. Welzijnsklachten	680	€ 226.920	€ 226.920	152.000	40%	3,2
2. Eerste lijn observatie vraag	1.590	€ 567.500	€ 567.500	136.000	78%	4,3
3. Complicatie Chronische ziekten	1.060	€ 282.515	€ 680.760	192.000	81%	3,9
4. 2 <sup>e</sup> lijns somatische zorgvraag	770	€ 308.843	€ 2.307.020	312.000	71%	6,2
<b>Totaal</b>	<b>4.100</b>	<b>€ 1,38 mrd</b>	<b>€ 3,782 mrd</b>	<b>792.000</b>		



Door de keten te reorganiseren, worden jaarlijks **4.100** ziekenhuisbedden ontlast \*). Dit correspondeert met een besparing van € 1,4 mrd aan schadelast in de tweede lijn. Organiseer de keten zo dat:

1. Welzijnsklachten door middel van **preventie** en **vroegdiagnostiek** worden opgevangen (100% besparing).
2. Observatieklachten vanuit de ELV worden opgevangen (100% besparing). Kan zowel meervoudige problematiek zijn met inzet SO (hoog complex) als meer de sociale problematiek olv huisarts (laag complex).
3. Inzet van vroeg monitoring van chronisch zieken om 50% reductie in SEH opnames te realiseren  
Dit door middel van preventie maar ook vroegdiagnostiek/ e health en consult
4. 1,2 en 3 samen, versterkt de preventieve werking van de keten.
5. Inzet op meer vitaliteit/ effectievere doorplaatsing waardoor de ligduur na spoedopname op de SEH als gevolg van een tweedelijns somatische klacht met één dag wordt beperkt.

\*) Berekening bedden: 5 jaar 1,1% demogroei \* (aantallen patiënten \* % opnames\* ligduur in dagen)/0,83% bedbezetting/365. Voorbeeld: 680 = 1,056\*(152.000\*40%\*3,2)/0,83/365

Berekening besparing: cat 1 en 2 100%. Cat 3 50% gecorrigeerd voor 83% bezetting. Cat 4 1/6,2 gecorrigeerd voor 83% bezetting.





## Preventie en vroegdiagnostiek centraal

### Accent met name op preventie

#### - Preventie

Uit onderzoek van Vektis, Gupta & fluent blijkt dat vooral rondom de chronisch zieken en kwetsbare ouderen door preventieve maatregelen en/of vroegdiagnostiek complicaties en ziekenhuisbelasting voorkomen kunnen worden. Ook is het voor mensen langer mogelijk om thuis te blijven wonen.

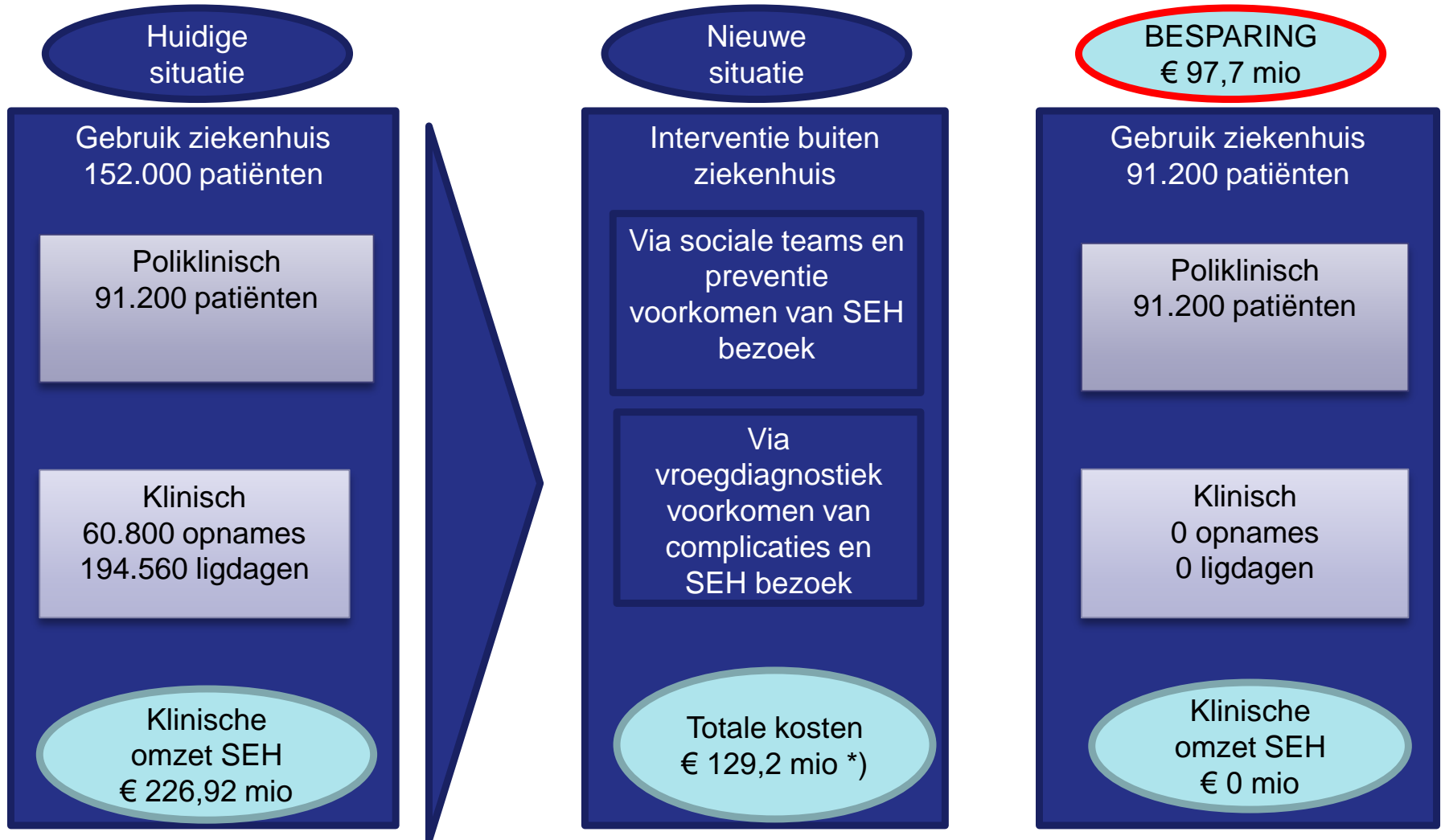
Te denken valt aan wijkgerichte preventieve programma's in samenspraak met wijkverpleging, huisarts en sociale domein. Hierin worden de specifieke kennis en kunde van professionals in de eerste lijn en van het sociale domein gebundeld. Er kan gedacht worden aan periodieke controle van ouderen in risicogroepen. Door de huisartsen en de wijkverpleging samen. Een soort halfjaarlijkse 'tandartscontrole' maar dan gericht op de verwachte medische behoefte en de maatschappelijke en huishoudelijke ondersteuning.

Dit vergt een multidisciplinaire benadering waarbij ook de gemeente betrokken moet worden vanwege de mogelijke WMO ondersteuning om langer thuis wonen mogelijk te maken. Dit vergt ook een forse ontschotting en investeringen in het signaleren en opvolgen.

#### - Vroegdiagnostiek

Een deel van de thuiswonende ouderen is chronisch ziek. Het inzetten van vroegdiagnostiek technologie (e-health) voorkomt complicaties. Ook met het 'sociaal' inzetten van kennis vanuit medisch multidisciplinaire teams kan winst worden geboekt. Door vroegtijdig bij te sturen in medicatiebeleid of de thuissituatie kan ook onnodig ziekenhuisbezoek voorkomen worden.

# Categorie 1: nader toegelicht



\*) Aandeel kosten wijkverpleging en SO in totale kosten is bepaald op basis van omvang patiëntenstroom, zie verderop onderbouwing totale inzet benodigde wijkverpleging en SO. Volledigheidshalve rekenen we ook een deel van de extra benodigde ELV capaciteit toe aan deze categorie (40 mio van de in totaal 180 mio benodigde investering in ELV bedden; zie verderop voor onderbouwing totaal benodigde ELV capaciteit)



### **Juiste zorg op het juiste moment centraal**

#### **- Juiste zorg**

In de afgelopen jaren zien we een forse toename van SEH bezoeken door ouderen (toename 2015-2016 van meer dan 10%). Deze vraag kenmerkt zich ook door een hoge opname factor en daarmee ook een hoge klinische belasting.

Achteraf beschouwd, blijkt dat een deel van deze zorg geen tweedelijns ziekenhuiszorg betrof maar eerder zorg met een observatie of een sociale indicatie. Door het ontbreken van voldoende inzicht en regie op de beschikbare capaciteiten, en de 24/7 beschikbaarheid van de SEH, is er veelvuldig gebruik gemaakt van deze SEH zorg.

Een deel van deze zorg had ook op een andere wijze vormgegeven kunnen worden door middel van inzet van:

- Wijkverpleging
- Respijtzorg / zorghotel bedden/ 'buurtziekenhuis'
- Eerstelijns verblijf bedden
- Geriatrische revalidatie

#### **- Juiste moment**

In de coördinatie en regie op benodigde zorg valt veel te verbeteren. De afgelopen jaren is de coördinatie problematiek veelal in het ziekenhuis komen te liggen. De oudere kwam nu eenmaal daar terecht met zijn/ haar zorgvraag.

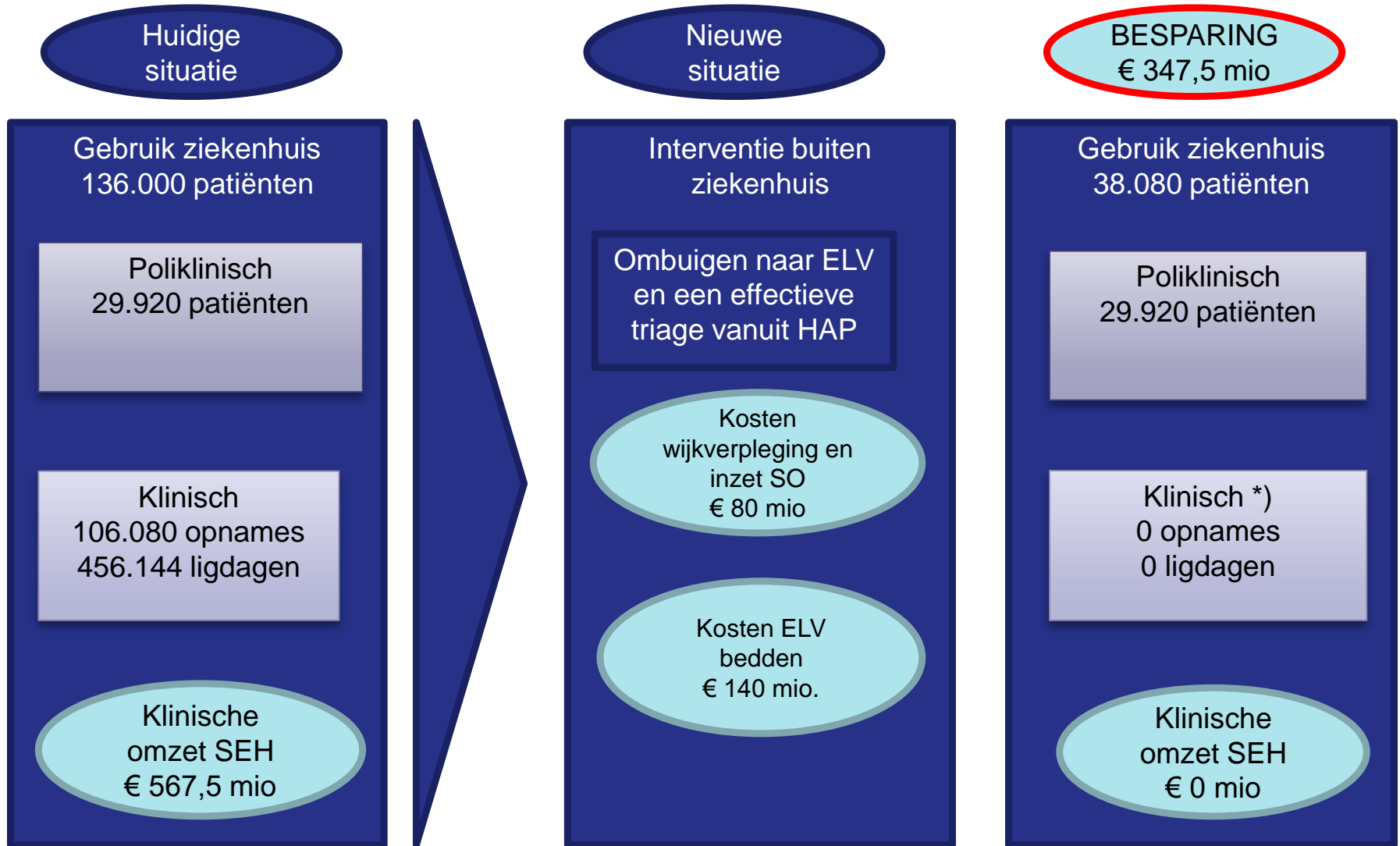
In de visie van ActiZ zou het zo moeten zijn dat door :

Inzet van een multidisciplinaire triage met huisarts/ specialist oudere geneeskunde/ ziekenhuis gecombineerd met

Een actueel inzicht in de beschikbare regionale capaciteiten

Een groot deel van de zorgvraag omgebogen kan worden naar andere geschiktere faciliteiten.

Hiermee voorkomen we onnodige verplaatsingen en ook onnodige belasting van de ambulance diensten. En afhankelijk van de zorgvraag is het niet de SO met de huisarts maar de wijkverpleegkundige met de huisarts die de regie en afstemming hebben.



\*) We hanteren de aanname dat de volledige stroom wordt omgebogen. De besparing is lager als een deel niet via de ELV kan worden opgevangen (mn ELV hoog complex).



### **Preventie en vroegdiagnostiek centraal**

#### **Accent met name op vroegdiagnostiek**

##### **- Preventie**

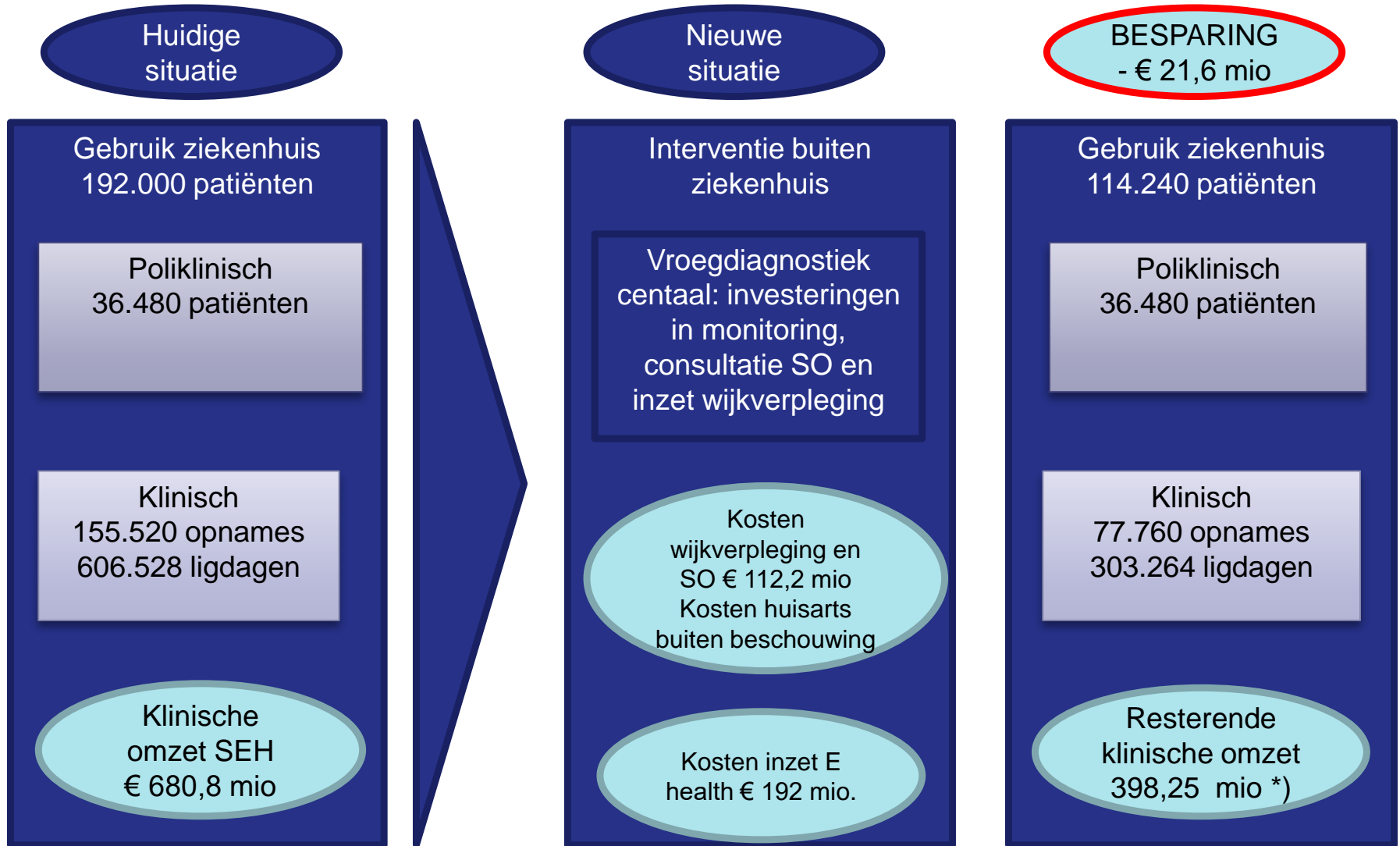
Uit onderzoek van Vektis, Gupta & fluent blijkt dat vooral rondom chronisch zieken en kwetsbare ouderen door preventieve maatregelen en/of vroegdiagnostiek, complicaties en ziekenhuisbelasting voorkomen worden. Ook is het voor mensen langer mogelijk om thuis te blijven wonen.

Te denken valt aan wijkgerichte preventieve programma's in samenspraak met wijkverpleging, huisarts en sociale domein. Hierin worden de specifieke kennis en kunde van professionals in de eerste lijn en van het sociale domein gebundeld. Er kan gedacht worden aan periodieke controle van ouderen in risicogroepen. Door de huisartsen en de wijkverpleging samen. Een soort halfjaarlijkse 'tandartscontrole' maar dan gericht op de verwachte medische behoefte en de maatschappelijke en huishoudelijke ondersteuning.

Dit vergt een multidisciplinaire benadering waarbij ook de gemeente betrokken moet worden vanwege de mogelijke WMO ondersteuning om langer thuis wonen mogelijk te maken. Dit vergt ook een forse ontschotting en investeringen in het signaleren en opvolgen.

##### **- Vroegdiagnostiek**

Een deel van de thuis wonende ouderen is chronisch ziek. Het inzetten van vroegdiagnostiek technologie (e-health) voorkomt complicaties. Ook met het 'sociaal' inzetten van kennis vanuit medisch multidisciplinaire teams kan hier winst worden geboekt. Door vroegtijdig bij te sturen in medicatiebeleid of de thuissituatie kan ook onnodig ziekenhuisbezoek voorkomen worden.



\*) gecorrigeerd voor gemiddelde bezetting 83%. Bezettingsverlies blijft achter in resterende omzet



### **Vitaliteit en menswaardige zorg centraal**

#### **- Vitaliteit**

Uiteraard zijn niet alle ziekenhuisopnames te voorkomen. Langer thuis wonen en de vergrijzing brengt ook een toename van somatisch geïndiceerde ziekenhuisopnames met zich mee.

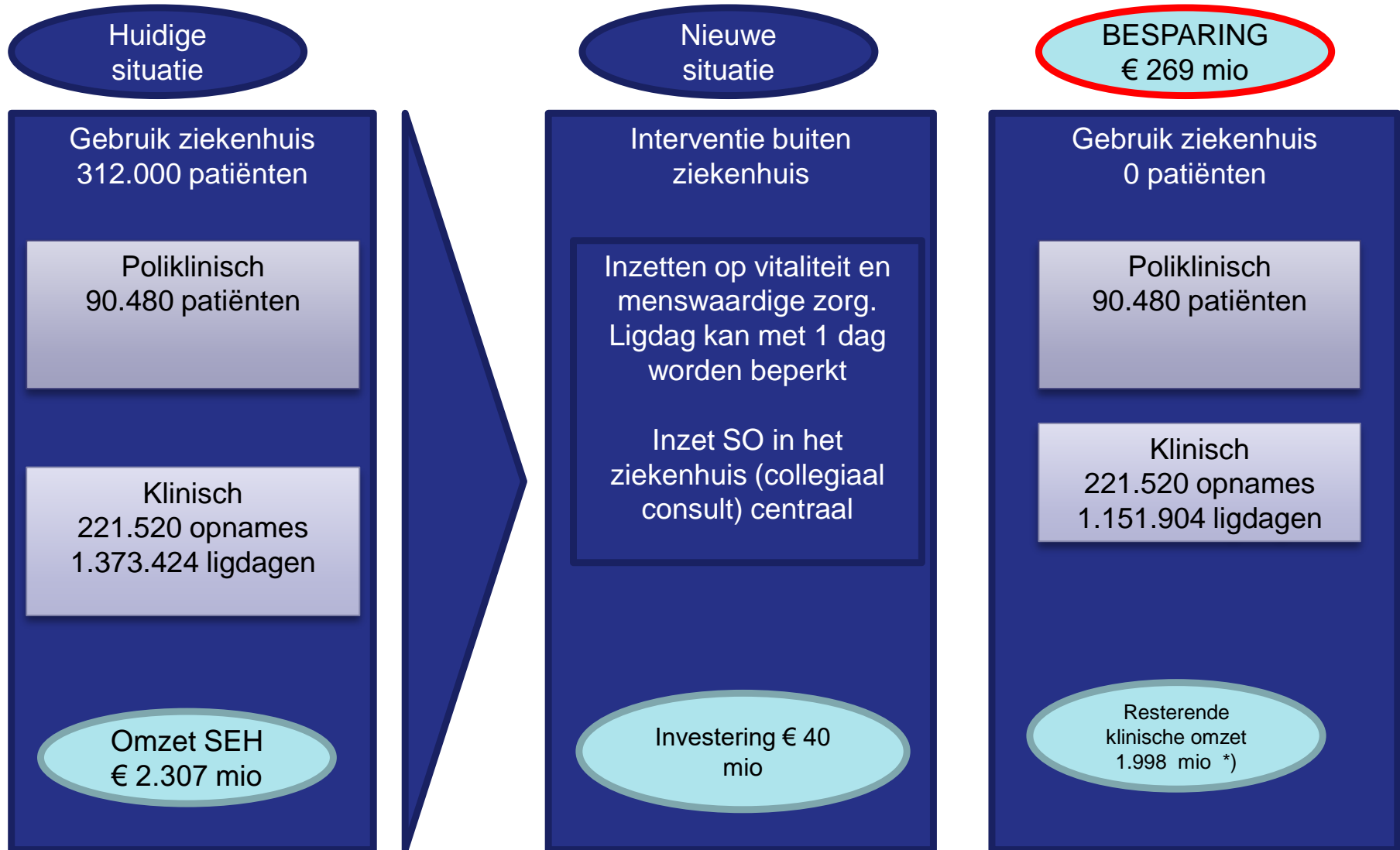
Het verdient echter de aanbeveling om ook tijdens de ziekenhuisopname vroegtijdig multidisciplinaire inzet na te streven. En om zo snel als mogelijk de vitaliteit van de oudere in de behandeling te betrekken. Hiermee kan en de verpleegduur in het ziekenhuis verkort worden en een deel van de herstelzorg voorkomen of verminderd worden.

Door inzet van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde en de aanwezige kennis in de geriatrische revalidatie kan samen met de expertise in het ziekenhuis (denk hierbij aan de klinisch geriater) winst worden behaald.

Door een netwerkbenadering en vroegtijdig multidisciplinair overleg valt er gezondheidswinst te behalen en wordt terugval en heropname voorkomen.

#### **- Menswaardige zorg**

Door vroegtijdig expertise vanuit de langdurige zorg en de geriatrische revalidatie te betrekken en al vroegtijdig ook met herstel bezig te zijn kan een soepele overgang naar de thuis situatie of mogelijke vervolgzorg vormgegeven worden. Dit vergt naast de expertise van het ziekenhuis (somatiek) ook een inzet op vitaliteit en ADL vanuit de langdurige zorg.



\*) gecorrigeerd voor gemiddelde bezetting 83%. Bezettingsverlies blijft achter in resterende omzet





## 4. Vragen die ActiZ zich gesteld heeft

ActiZ stelt zich ten aanzien van de spoedzorg keten de volgende vragen:

Hoe kunnen zorgaanbieders in de chronische en ouderenzorg en haar professionals hier een bijdrage leveren aan de doelstellingen van het Regeerakkoord inzake 1. het organiseren van de zorg in ketens en 2. substitutie van zorg?

- Doelmatige en duurzame organisatie van de spoedzorg keten rondom de oudere patiënt (65 plus)
- Leveren van de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment (voor in de keten)
- Beheersen van de zorguitgaven door het bewerkstelligen van substitutie van zorg om onnodige schadelast achter in de keten te voorkomen
- Opvang van (toekomstige) instroom en het gelijktijdig ontlasten van de tweede lijn

Meer specifiek:

- Hoe kunnen de Wijkverpleging, de SO en ELV de huidige spoedzorg keten ontlasten (incl WMO)? Zodat ouderen die geen tweedelijns spoedzorg nodig hebben niet onnodig gebruik maken van ziekenhuisbedden.
- Welke preventieve maatregelen kan ActiZ inzetten (innovaties) om ouderen langer thuis te kunnen laten wonen onder het motto 'zorg *dat* in plaats van zorg voor'
- Welke handvatten zijn er om tot een effectievere organisatie van de spoedzorgketen te komen. En wat is hiervoor nodig?
- Transformatie van de spoedzorgketen: via substitutie gelijktijdige opschaling voor in de keten en afschaling achterin en welke casus ligt hieronder?
- Welke investering is hiervoor nodig en hoe draagt deze bij aan meer doelmatige zorg? In casu de doelmatigheidsopdracht van € 900 mio voor de curatieve zorg\*.

\*) We hanteren hier de cijferopstelling van het CPB in haar doorrekening van het Regeerakkoord (CPB, 4 oktober 2017, pag 25) We gebruiken hier de term curatieve zorg omdat de taakstelling breder is geformuleerd dan alleen de ziekenhuizen

## 5. Met een volgende oproep van ActiZ aan de zorgsector



ActiZ pleit daarom voor een benadering in het hoofdlijnenakkoord om de zorg voor deze groep ouderen structureel te verbeteren. In het volledige besef dat geen enkele partij in de keten dit alleen kan oplossen. En pleit daarom voor een netwerkgerichte benadering.

In deze netwerkbenadering komen huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuizen, specialisten ouderengeneeskunde (maar ook de zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars) samen tot oplossingen voor de overbelast geraakte spoedzorgketen. Dit in het volledige besef dat dit aanpassingen vergt van alle partijen. En dat er een groeipad nodig is om te komen tot een optimale situatie binnen enkele jaren. Duurzame aanpassing vergt ook geleidelijkheid om te kunnen anticiperen en maatwerk omdat de regionale omstandigheden hiervoor te veel verschillen.

In de visie van ActiZ zijn er op een drietal vlakken multidisciplinaire interventies nodig om te komen tot een duurzame goede zorg rondom ouderen thuis:

### 1. Preventieve maatregelen & vroegdiagnostiek

- Afstemming met de WMO/ wijkverpleging/ huisarts vanwege de veelal sociale hulpvraag van ouderen. Door een preventieve wijkgerichte aanpak kunnen zorgmijders vroegtijdig worden opgespoord en onnodige vervolgcosten worden voorkomen. Beschikbare kennis kan hiervoor worden gebundeld en ingezet
- Afstemming met de huisarts/ specialist ouderengeneeskunde voor interventies thuis (vroegdiagnostiek/ effectievere monitoring van de chronische zorgvraag en somatisch georiënteerde observaties/ tijdelijke opnames). Maar ook daar waar hoog complexe ELV zorg wordt veroorzaakt door sociale factoren is afstemming noodzakelijk.

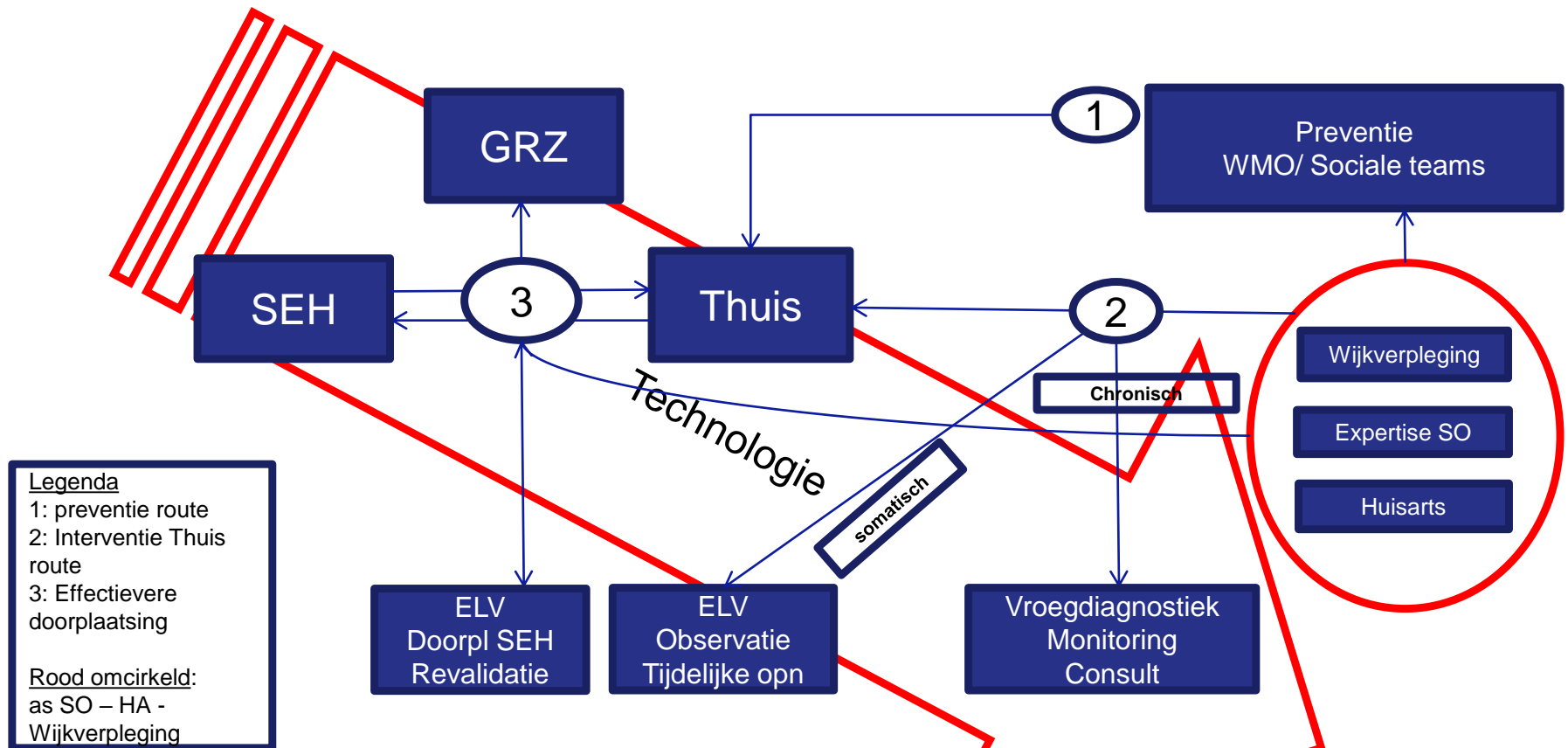
### 2. Juiste zorg op het juiste moment

- Betere multidisciplinaire triage en netwerkregie voorkomt vermijdbare zorgbelasting en leidt direct tot juiste zorg op het juiste moment.

### 3. Vitaliteit en menswaardige zorg

- Het optimaliseren van de (pre-)hospitale organisatie van de 65 plus spoedzorg keten leidt tot een menswaardigere en op herstel gerichte zorg. Langer thuis, voorkomen onnodige opnames, vitaliteit, snellere doorplaatsing, et cetera.

## 6. Rol voor ActiZ leden in de voorgestelde oplossingsrichtingen



- Impact: doelmatig en effectief opvangen van (toekomstige) instroom, op alle drie de routes
- Ketenoplossing, voor in de keten, as SO – Wijkverpleegkundige en Huisarts is cruciaal
- Regionaal verschillen de instelling/ configuratie van bovenstaande routes. Een regionale aanpak prevaleert boven een landelijke
- Investeer in preventie (relatie met WMO), vroegdiagnostiek en monitoring/ e-health
- Investerings in opschaling beschikbare expertise (SO en Wijkverpleegkundige) en capaciteit (ELV bedden en Wijkverpleegkundigen). En in technologie als alternatief voor 'uren en bedden'.



1. Uitgangspositie Wijkverpleging, SO en de ELV
2. Beoogde rol van de Wijkverpleging, SO en de ELV in de keten: *Welke bijdrage kunnen de wijkverpleging en ELV bieden aan het voorkomen van onnodige opnames?*  
Dit betreft interventies richting zowel de voorkant van de keten (waaronder WMO) als de achterkant (SEH)
3. Wat is hiervoor nodig?



## Uitgangspositie Wijkverpleging:

- Afgelopen periode nam de **druk** toe (stijgend volume, dalende prijzen)
- Het **belang** nam ook toe (onder het motto zorg dicht bij)
- Er is sprake van **personele krapte** (kwalitatief en kwantitatief)
- Stroeve zorginkoop door **mismatch** tussen budgetten en behoefte en een niet adequate verdeling van budgetten tussen zorgverzekeraars (verevening)
- **Prijstdruk** door de € 900 mio taakstelling curatieve zorg \*)
- **Toenemend volume** vanuit de huisarts (als gevolg van taakherschikkingen) en ziekenhuis verplaatste zorg
- **'Klem'** tussen WMO en WLZ is niet opgelost waardoor er op dit moment een niet evenredig zwaar beroep op de Wijkverpleging wordt gedaan

## Beoogde rol van de Wijkverpleging in de spoedzorgketen voor ouderen:

- **Spilfunctie** in de beheersing van de totale kosten door het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames (61% van het totaal aan SEH bezoeken door ouderen)
  - > Opvangen van € 1,4 mrd aan vermijdbare ziekenhuiszorg achter in de keten
  - > in samenhang met ELV (zie hierna)
  - > Investerings voor in de keten gericht op preventie (WMO), vroegdiagnostiek en monitoring
- **Versterkte positie** van de wijkverpleegkundige in de keten
  - > Richting zowel de Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) als de Huisarts en het WMO domein
  - > Cruciale rol in het langer thuis wonen

## Wat is hiervoor nodig:?

1. Het kunnen maken van afspraken over de schotten heen (ontschotten van financiering)
2. Oplossing vereveningsproblematiek en budgettaire krapte (zie bovenstaande mismatch)
3. Extra Wijkverpleegkundigen
4. Ontzien van administratieve lasten en doorloop
5. Positionering van de wijkverpleegkundige tussen het medische en sociale domein (WMO)



## Uitgangspositie ELV (tot en met 2016 vanuit de WLZ, nu Zvw):

- Ultimo 2016 **4.000 ELV bedden** (Monitor LZ, op basis van 63% bezetting\*)
- Het **volume** stijgt en de **prijs** stijgt mee
- **Stroeve** onderhandelingen in 2017
- ELV is met name doorplaatsing vanuit het ziekenhuis
- **Niet optimale samenwerking** huisartsen/ VVT
- **Ziekenhuizen** gaan de komende jaren ook ELV leveren

## Beoogde rol van de ELV in de spoedzorgketen voor ouderen:

- ELV laten groeien in positie en qua volume
  - Ontlasten 4.100 ziekenhuisbedden
  - ELV Intensief groeit in beperkte mate
- **Versterken** van de transfer functie van en naar ziekenhuis.
- Logeer functie/ tijdelijke opname voor ondersteuning van de thuis situatie
- Observatie functie voor de eerste lijn

## Wat is hiervoor nodig:?

- 3.000 extra ELV bedden (€ 180 mio)
- Verankering medische verantwoordelijkheid (so – klinisch geriater – huisarts)
- Delen van best practices vanwege regionale verschillen -> vergroot toegankelijkheid
- Afschalen tweede lijn om substitutie te bewerkstelligen, budgetverschuiving tweede naar eerste lijn. Als onderdeel van de 900 mio taakstelling ziekenhuizen

\* Monitor LZ, op basis van 63% bezetting. Vanwege leegstand in aanloopjaar 2016 lage bezetting



*SO expertise wordt nu vooral in de instelling en bij het VPT ingezet. Ook in de spoedzorg keten is behoefte aan SO expertise, in de 1<sup>e</sup> lijn en tijdens een mogelijke episode in het ziekenhuis. Dit vergt dan een consultaire samenwerking met respectievelijk de huisarts en de geriater-medisch specialist in het ziekenhuis. Tot op heden is deze samenwerking niet een natuurlijke verbinding. Vanuit zijn rol in met name de geriatrische revalidatie en de ELV is de SO gegroeid in kortdurende en op herstelgerichte zorg. Deze expertise kan veel breder inzetbaar zijn.*

## Beoogde rol van de SO in de spoedzorgketen voor ouderen:

Kijkende naar de aard van de groep ouderen en de behoefte daarbij om (in lijn met de definitie van Machteld Huber), zo lang mogelijk mensen in goede gezondheid en goed handelen thuis te laten wonen, kan een bijdrage van de SO onnodige of vermijdbare zorg voorkomen. Dit is op verschillende momenten in de mogelijke ziekte c.q. medische keten van ouderen:

### **Thuis situatie**

Preventie: via preventieve screenings van kwetsbare ouderen kan er vroegtijdig samen met de welzijnsketen geschakeld worden om verzwaring van de zorg te voorkomen. Dit door bijvoorbeeld een periodieke (halfjaarlijkse) screening waarbij ook de ondersteuning van de omgeving (WMO/ZVW/Mantelzorg) mee beschouwd wordt.

### **In de 1<sup>e</sup> lijnszorg**

Chronische zorg: ondersteunen van de huisarts met expertise op het vlak van ouderen bij chronisch zieken en/of kwetsbare ouderen binnen de huisartsen praktijk. Hierbij gaat het niet om directe patiënt behandeling maar ondersteuning van de 1<sup>e</sup> lijn behandelaren met expertise en kunde. Dit kan in de vorm van een maandelijks multidisciplinaire patiënt bespreking. Medische eindverantwoordelijkheid blijft bij de 1<sup>e</sup> lijn.

### **In de 2<sup>e</sup> lijnszorg.**

SEH: Ondersteuning bij de beschouwing op de SEH in de vorm van een intercollegiaal consult.

Kliniek: Gericht op de vitaliteit van de cliënt al vroegtijdig in de somatische opname in het ziekenhuis een medebehandeling om de cliënt ook zo vitaal als mogelijk na de ziekenhuis episode te hebben, en zodoende (vermijdbare) herstelzorg te voorkomen of te verkorten. Tevens door vroegtijdige betrokkenheid ook te kunnen schakelen met de vervolgzorg om zo een soepele overgang naar vervolgzorg te organiseren. Medische eindverantwoordelijkheid blijft in het ziekenhuis

## Wat is hiervoor nodig:?

1. Positie van SO van intramuraal ook naar extramuraal behandelaar
2. Positie in de WMO financiering om middels preventie vermijdbare zorg te voorkomen
3. Keten afspraken over intercollegiale consulten 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn als geoorloofde prestaties in zake de ZVW.
4. Overleg met ziekenhuizen over mogelijke medebehandeling door SO in de klinische episode in het ziekenhuis
5. Op aangeven SO kort cyclische laagdrempelige inzet andere behandelaren al dan niet multidisciplinair (fysio, ergo, psycholoog)



Uitgaande van de rol van de wijkverpleegkundige en SO is een toegenomen inzet benodigd voor:

1. Preventie van kwetsbare ouderen en chronisch zieken:
  1. Uitgaande van 420.000 kwetsbare ouderen in Nederland en een extra preventieve inzet van 8 uur wijkverpleging per oudere per jaar (4x gesprek ouderen met 1 uur, 4x niet patiënt gebonden uur voor regie en overleg). Dit betekent een extra inzet van wijkverpleegkundigen van € 226,8 mio (uitgaande van een tarief van € 67,50 per uur).
  2. Inzet van e-health en sociale innovatie. Uitgaande van de gemiddelde kosten van € 1.000 per gemonitorde patiënt per jaar met e-health en een geschiktheid van 192.000 ouderen met chronische aandoeningen komt de investering op € 192 mio per jaar.
  3. Daarnaast is consultatie door de huisarts van deze groep door de SO ook geïndiceerd en gesteld op 1 uur per oudere per jaar. Dit vergt een investering van € 54,6 mio per jaar. De groep tweedelijns somatische zorgvraag is ook geïndiceerd en vergt een additionele inzet van € 40 mio per jaar



## 8. Getal en maat onder de oplossingsrichting



### Oplossing:

1. Focus op een regionale inrichting, meer samenhang en investeringen vóór in de spoedzorg keten ontlast **4.100** ziekenhuisbedden. En een jaarlijkse besparing van **€ 1,4 mrd** in de tweede lijn (schadelast). De instroom wordt effectiever opgevangen en onnodige kosten in de tweede lijn worden voorkomen. We versterken de keten langs de volgende lijnen (zie ook vorige pagina's):
  1. Sociale interventie over de as Wijkverpleging – WMO \*). Naast preventie ook SO expertise en Wijkverpleging in de sociale wijkteams. Dit versterkt de monitoring.
  2. Interventies Thuis over de as SO – Wijkverpleging - Huisarts. Dit omvat zowel de observaties voor de somatische zorg als de monitoring en vroegdiagnostiek voor de chronische zorg. En de 24/7 beschikbaarheid acute verpleging
  3. Effectievere doorplaatsing over de as SO - Huisarts – Klinisch Geriater
  4. De invulling (configuratie) verschilt per regio. Een regionale aanpak prevaleert derhalve boven een landelijke
2. Substitutie van zorg wordt gerealiseerd door het gelijktijdig afschalen van capaciteit in de tweede lijn en het opschalen van de ELV (3.000 bedden, € 180 mio).
3. We houden rekening met een remweg tweede lijn vanwege een gelijkmatige afbouw in vier jaar en een efficiency verlies van 10%. Deze wordt in de hierna volgende slide nader toegelicht
4. Het verschuiven van budget van de tweede naar de eerste lijn is noodzakelijk en past in de doelstelling van het Regeerakkoord inzake substitutie van zorg.
  1. Naast extra capaciteit behelst de investering in de Wijkverpleging en ELV ook meer monitoring (investeringen in e health) en vroegdiagnostiek. En overall een sterke positionering van de SO, de wijkverpleegkundige en ELV. Ook in relatie tot de WMO (preventie). Het zwaartepunt in de keten verschuift zo naar voren.
  2. Er is alleen sprake van substitutie als de tweede 2<sup>e</sup> lijn afschaalt
  3. De huidige zorginfrastructuur wordt beter benut/ gecontinueerd

### \*) Disclaimer:

Het onderzoek richt zich op het vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierde deel van de spoedzorg keten rondom de oudere patiënt. De WMO is relevant omdat een deel van de klachten welzijn betreft die vanuit de gemeente worden opgevangen. In samenwerking met de wijkverpleging en de wijkteams.



## Het potentieel nader geduid

Cruciaal in deze aanpak is de gelijktijdige afschaling van capaciteit in de tweede lijn met de opschaling in de wijkverpleging en de ELV. Anders komt substitutie niet van de grond. Op deze wijze wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan de doelstelling van het hoofdlijnen akkoord waaronder de besparingsopdracht van € 900 mio in de tweede lijn.

### Onderbouwing per saldo opbrengst van € 342 mio - € 691 mio per jaar:

1. Door investeringen in de wijkverpleging en de ELV worden 4.100 ziekenhuisbedden ontlast. Dit leidt in de tweede lijn tot een structurele besparing van jaarlijks € 1,385 mrd\*
2. Substitutie van zorg wordt gerealiseerd door het gelijktijdig afschalen van capaciteit in de tweede lijn en het opschalen van de ELV (3.000 bedden, 180 mio). En overall een sterke positionering van de wijkverpleegkundige en de ELV in de keten.
3. De investering in 3.000 ELV bedden correspondeert met een toename van 75% tov de huidige capaciteit van 4.000 bedden (75% van € 242 = € 180 mio)
4. Extra wijkverpleging en inzet van SO in de keten en investeringen in e health tbv monitoring en vroegdiagnostiek is vooralsnog op gesteld € 514 mio
5. Drie en vier worden gefinancierd uit de besparing in de tweede lijn. Het verschuiven van budget van de tweede naar de eerste lijn is noodzakelijk en past in de doelstelling van het Hoofdlijnenakkoord inzake substitutie van zorg. Deze oplossing leidt alleen tot substitutie als de 2<sup>e</sup> lijn ook daadwerkelijk afschaalt. Een remweg vergemakkelijkt dit proces.
6. Remweg tweede lijn is berekend door 10% efficiencyverlies in te boeken op de totale jaarlijkse opbrengst en door voor een periode van 4 jaar te rekenen met een jaarlijkse afbouw van 350 mio.
7. De realisatie van 3.000 ELV bedden leidt tot een betere benutting van bestaande zorginfrastructuur. Dit verruimt de remweg van lopende transitie in de WLZ maar ook de komende afschaling in de tweede lijn

\* Analyse fluent Healthcare, 2017. Bewerkt met jrl 1,1% demogroei 2017-2021

# 9. Naar transformatie in de spoedzorgketen



Terug naar de urgentie, waarom substitutie?:

- De spoedzorg keten *transformeert* en beweegt naar voren. Naast budgettaire druk ook zorginhoudelijke motieven w.o. zorg op de juiste plek op het juiste moment
- Transformatie is geen krimp maar wel gelijktijdig opschalen in de 1<sup>e</sup> lijn en afschalen in de 2<sup>e</sup> lijn. Oud maakt plaats voor nieuw. Anders neemt de (prijs)druk voor in de keten alleen maar toe.
- De totale spoedzorg keten wordt doelmatiger georganiseerd: betere beheersing van de uitgaven en effectievere zorg rondom patiënt
- Vereist verschuiving van budget van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn en afschalen van de 2<sup>e</sup> lijn
- Forse uitgaven achter in de keten worden voorkomen (1,4 mrd). Verwachte investeringen in de 1<sup>e</sup> lijn (wijkverpleegkundige, ELV en SO) zijn 700 miljoen.
- Positieve casus, past binnen de taakstelling van € 900 mio voor de curatieve zorg
- Overall een betere benutting/ continuering van bestaande zorg infrastructuur

	Omschrijving	Kwantificering
Afschaling	Ontlasting 4.100 ziekenhuisbedden (afbouw over 4 jaar)	+ € 1.385 mio
Investering	Investering 3.000 ELV bedden: voorkomen onnodige opnames ziekenhuis en doorplaatsing (jaarlijks) (van en naar ziekenhuis)	- € 180 mio
	Investering extra wijkverpleegkundigen (jaarlijks)	- € 227 mio
	Investering extra specialisten ouderengeneeskunde (jaarlijks)	- € 95 mio
	Investering in e health (jaarlijks)	- € 192 mio
	Betere benutting bestaande zorginfrastructuur	0
	Totale geschatte investeringen	694 mjo
Opbrengst	Totale 'opbrengst' per jaar ** NB Na ingroeimodel, laatste pagina van 4 jaar (afschalen, efficiencyverlies)	+ € 691, mio



De geschetste oplossingsrichting is mogelijk binnen een aantal landelijk af te spreken kaders en randvoorwaarden:

## **Ontschotting van geldstromen**

Met regelruimte is het voor partijen mogelijk om met budgetten te schuiven of anderszins in te zetten. Dit moet altijd gepaard gaan van een overall businesscase met als uitgangspunt de totale belasting op de WMO/ZVW te verminderen. Betrokkenheid van de gemeente (in de rol van facilitator van maatschappelijke ondersteuning) hierbij is van essentieel belang.

## **Netwerkregie**

Om succesvol te zijn in deze aanpak is een vorm van netwerkregie nodig zowel op regionaal niveau als op individueel zorgtraject niveau. Dit is een rol die duidelijk belegd moet worden. Dit om te zorgen voor de inregeling van de gehele zorg. W.o. het inrichten van een vorm van (substitutie) monitoring. Tevens dient er nagedacht te worden over een meer verplichtend karakter op het gestandaardiseerd inzichtelijk maken van regionale beschikbare capaciteiten over de keten.

## **Preventie en vroegdiagnostiek een centrale rol**

In het huidige stelsel is preventie en vroegdiagnostiek nog onvoldoende tot uiting gekomen voor deze groep ouderen. Er lopen wel initiatieven en pilots op dit vlak die veelbelovend zijn. De oproep is om ook preventie en vroegdiagnostiek een centralere rol te geven via bekostiging en positionering om zo vermijdbare zorg te voorkomen. Hierbij ligt een deel van de regie rol bij de huisarts en wijkverpleging.

## **Multi disciplinair (samen)werken bevorderen**

Stimuleer dat professionals over de domeinen heen elkaar beter kunnen vinden.

## **Scholing en omscholing**

De maatschappelijke beweging van langer thuis wonen heeft ook geleid tot een wijzigende zorgbehoefte. Kijkende naar de vergrijzing van de bevolking en de maatschappelijke behoefte lijkt deze beweging een structureel karakter te hebben en ook voor de komende jaren een sterk groeiende stroom te zijn (uitfasering ZZP 1t/m 3 intramuraal en vergrijzing). Dit betekent dat er een aanpassing moet komen in het huidige zorgaanbod van meer structurele aard, en is er ook sterke behoefte aan scholing en/of omscholing. Dit dient gefaciliteerd te worden om hiermee ook te zorgen dat niet door capaciteitstekorten overbelasting ontstaat (Zoals we nu bij de HAP en SEH constateren) wat leidt tot uitval en uitstroom van personeel.



## 11. Tot slot

We beseffen dat wat we hier schetsen een groeipad is. Dit kan alleen slagen als alle partijen de handen in één slaan om het gemeenschappelijk doel te bereiken.

Het betreft een majeure operatie en vergt het een geleidelijke schaal in ombuiging en benodigd toenemend vertrouwen om dit succesvol te maken.

Met de decentralisatie betekent het echter dat er regionaal grote verschillen zijn in de mate waarin de zorg georganiseerd is met o.a. gemeente en/of verzekeraar rondom deze groep patiënten, en is de belasting op de ziekenhuizen ook regionaal verschillend.

Hierbij pleit ActiZ dan ook om op landelijk niveau een aantal randvoorwaarden vorm te geven waardoor op regionaal/lokaal niveau de juiste mix gevonden kan worden om het optimale zorgaanbod vorm te kunnen geven.

Multidisciplinariteit vergt een groeipad en de omvorming van het zorgaanbod. En een zorgvuldige transformatie om succesvol te zijn.

Partners in de regio moeten over hun eigen 'schaduw' kunnen springen. Samen de keten organiseren betekent ook op onderdelen activiteiten inleveren en overnemen. En bepaalde zaken (en dat verschilt per regio) wil je het liefst eenduidig regelen.

Er bestaat geen Quickfix of all over oplossing van 1 partij om dit op te lossen. Als dit het geval was geweest was dit al lang wormgegeven.

Tevens zal de lokale regionale uitwerking als gevolg van de decentralisatie ook verschillend zijn in de mate waarin de verschillende interventies moeten worden toegepast.

Het betreft maatwerk & mensenwerk, en dat maakt de zorg ook zo mooi.



Vertrekpunt is de € 1,4 mrd vermijdbare klinische schadelast  
(zie eerdere slides)

Jaar	Afbouw	Efficiency verlies	Netto besparing
1	350 mio	35 mio	315 mio
2	700 mio	70 mio	630 mio
3	1.050 mio	105 mio	945 mio
4	1.400 mio	140 mio	1.260 mio

Kosten remweg  
jaar 1-4  
350 mio

Netto besparing na vier jaar is en blijft 1,260 mio

## Aannames remweg

- Klinische stroom buigen we om.
- Huidige poliklinisch gebruik blijft intact
- Afbouw in vier jaar
- 10% efficiency verlies



You don't need eyes to see, You need vision



fluent

Inzicht. Visie. Lef.

[www.fluent.nl](http://www.fluent.nl) | Ringparkgebouw Nachtwachtlaan 20 | 1058EA Amsterdam | t:088 1668000 | m: [info@fluent.nl](mailto:info@fluent.nl)