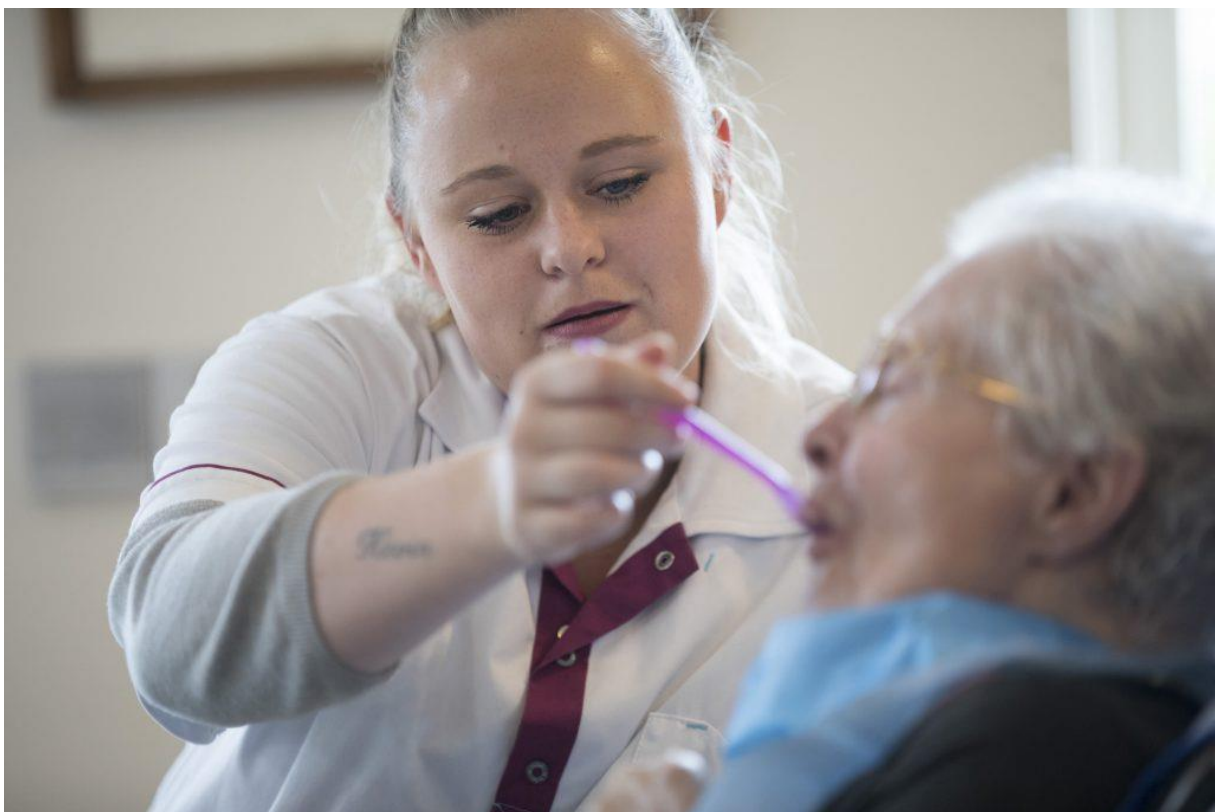


Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen



Managementsamenvatting onderzoek door fluent in opdracht van ActiZ

Ouderen wonen steeds 'langer thuis'. Dit zorgt voor een veranderde zorgbehoefte. Maar ook voor een 'mismatch' met het huidige zorglandschap. De afgelopen jaren nam de druk op de spoedzorg voor (kwetsbare) ouderen fors toe. Met voor een aanzienlijk deel oneigenlijk gebruik van deze dure functie. Ziekenhuizen geven aan dat de spoedzorg overbelast is geraakt. 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 gekomen. In de spoedzorgketen voor thuiswonende ouderen gaat jaarlijks € 7,6 mrd om (Zvw /Wmo). Een aanzienlijk deel hiervan (€ 1,4 miljard) zijn dus vermijdbare kosten. Maar vooral voor de cliënt in kwestie is er geen sprake van de juiste zorg op de juiste plek.

Duurzame aanpassingen

ActiZ vindt dat we gezamenlijk moeten komen tot een structurele verbetering van de zorg voor deze groep ouderen. Samen, want geen enkele partij in de keten kan dit alleen oplossen. We pleiten daarom voor een netwerkgerichte benadering.

In deze netwerkbenadering komen huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuizen, specialisten ouderengeneeskunde (en zorgaanbieders, gemeenten, 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 voor een optimale situatie binnen enkele jaren. Duurzame aanpassing vergt ook geleidelijkheid om te kunnen anticiperen en om maatwerk te kunnen bieden, omdat de regionale omstandigheden te veel verschillen.

Wat wil ActiZ, samen met anderen, concreet realiseren?

- Als we blijven doen wat we deden, lossen we dit probleem niet op. Dan doen we hooguit aan symptoombestrijding. ActiZ pleit voor een duurzame oplossing: investeer in de wijk en de eerstelijns om de zorg voor deze groep kwetsbare ouderen te verbeteren. Wij zien dit dan ook graag opgenomen in het volgende hoofdlijnenakkoord voor de zorg, omdat wij denken op deze manier een substantiële bijdrage te leveren aan de taakstelling inzake substitutie en doelmatige organisatie van de curatieve zorg.
- Ouderen in de thuissituatie tijdig en voldoende ondersteunen en een halt toeroepen aan de onnodige hospitalisatie van ouderen. Op jaarbasis gaat het om 322.000 vermijdbare klinische opnames na SEH-bezoek, dit komt overeen met € 1,4 mrd aan vermijdbare ziekenhuiskosten.
- Zorg op de juiste plek en op het juiste moment. Zinnige en waardige zorg voor ouderen met oplossingen 'voor in de spoedzorgketen', ter voorkoming van inzet van zwaardere (ziekenhuis)zorg: preventie, vroegdiagnostiek, extra wijkverpleging en extra ELV-capaciteit.
- Brede inzet van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde: kortdurende, op herstel gerichte zorg, zowel thuis als, indien nodig, gedurende een tijdelijke opname (ELV).
- Het ombuigen van de vermijdbare SEH-instroom leidt tot een meer doelmatige aanwending van de beschikbare ziekenhuiscapaciteit. En door de gehele spoedzorgketen te ontlasten is er ook ruimte voor afschaling in de tweedelijns (4.100 ziekenhuisbedden worden jaarlijks vermijdbaar bezet gehouden).

Om dit te bereiken heeft ActiZ aan fluent gevraagd om onderzoek te doen naar de feiten en cijfers van de acute zorg en de duurzame inrichting hiervan.

De volgende vragen zijn hiervoor gesteld:

- Hoe kunnen de wijkverpleging, de SO en ELV de huidige spoedzorgketen ontlasten, zodat ouderen, die geen tweedelijns spoedzorg nodig hebben, geen onnodig gebruik maken van ziekenhuisbedden?
- Welke preventieve maatregelen kan ActiZ inzetten (innovaties) om ouderen langer thuis te 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?
- Hoe is transformatie van de spoedzorgketen mogelijk: 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.

Voor een duurzame inrichting van goede zorg rondom ouderen thuis zijn in de **visie van ActiZ** op drie vlakken multidisciplinaire interventies nodig:

1. Preventie en vroegdiagnostiek

Het begint met de vitaliteit van mensen. Hoe zorgen we er met elkaar voor dat kwetsbare mensen zich thuis zo goed mogelijk kunnen redden en veilig voelen? Denk aan de hulp van een sociaal netwerk en de inzet van e-health toepassingen, zoals beeldzorg en medicatiehulpmiddelen. Met behulp van vroegsignalering in de eerstelijns (huisarts, wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning), preventie en door een wijkgerichte aanpak kunnen klachten die tot een spoedopname leiden voorkomen worden.

2. De juiste zorg op het juiste moment

Een grotere beschikbaarheid van opvang in de eerstelijns (wijkverpleging; eerstelijnsverblijf, huisartsenzorg) leidt ook tot een vermindering van spoedopnames in ziekenhuizen. Betere multidisciplinaire afstemming tussen wijkverpleging, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, ziekenhuis en de regie daar leggen waar nodig, leidt tot de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek.

3. Waardigheid en 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 hierbij de aanbeveling om ook tijdens de ziekenhuisopname vroegtijdig multidisciplinaire inzet na te streven. Hiermee kan de verpleegduur in het ziekenhuis verkort en een deel van de herstelzorg voorkomen of verminderd worden. Door de 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 of internist ouderengeneeskunde) winst worden behaald.

Randvoorwaarden en uitgangspunten

De geschetste oplossingsrichting is mogelijk binnen een aantal landelijk af te spreken kaders en randvoorwaarden. Hierbij zijn onderstaande 5 punten van belang:

1. Ontschotting van geldstromen

Regelruimte maakt het voor partijen mogelijk om met budgetten te schuiven of anderszins in te zetten. Dit moet altijd met een overall businesscase die de totale belasting op de Wmo/Zvw vermindert. Betrokkenheid van de gemeente (in de rol van facilitator van maatschappelijke ondersteuning) hierbij is van essentieel belang. De zorgverzekeraar moet hierin een regierol pakken.

2. Netwerkgregie

Om succesvol te zijn in deze aanpak is een vorm van netwerkgregie 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, waaronder 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.

3. Preventie en vroegdiagnostiek een centrale rol

In het huidige stelsel komt preventie en vroegdiagnostiek onvoldoende tot uiting voor deze groep ouderen. Er lopen initiatieven en pilots 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 regierol bij de huisarts en wijkverpleging.

4. Multidisciplinair werken

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

5. 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 1 t/m 3 intramuraal en vergrijzing). Dit betekent dat er een aanpassing moet komen in het huidige zorgaanbod van meer structurele aard. En er is ook een 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.

Transformatie en substitutie gaan gelijktijdig op

- De spoedzorgketen *transformeert* en beweegt naar voren. Naast budgettaire druk zijn er ook zorginhoudelijke motieven waaronder zorg op de juiste plek op het juiste moment.
- Transformatie is verschuiving van budget; gelijktijdig opschalen in de eerstelijns en afschalen in de tweedelijns. Oud maakt plaats voor nieuw. Anders neemt de (prijs)druk vóór in de keten alleen maar toe.
- De totale spoedzorg keten wordt doelmatiger georganiseerd: betere beheersing van de uitgaven en effectievere zorg rondom de cliënt.
- Forse uitgaven achter in de keten worden voorkomen (€ 1,4 miljard).
- Verwachte investeringen in de eerstelijns (wijkverpleegkundige, ELV en SO) zijn € 700 miljoen. Positieve casus, past binnen de taakstelling van € 900 miljoen voor de curatieve zorg.
- Overall een betere benutting/continuering van de bestaande zorginfrastructuur.

Financiële onderbouwing

Onderzoeksbureau fluent heeft doorgerekend wat de potentiële besparing kan zijn bij het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames na SEH-bezoek van kwetsbare ouderen (ombuiging naar eerstelijns). Daarnaast hebben ze een berekening gemaakt van de noodzakelijke investeringen.

Rekening houdend met gefaseerde afbouw over enkele jaren (4 jaar) en gelijktijdige investering in de eerstelijns (wijkverpleegkundigen, SO en eerstelijnsverblijf), betekent dit per saldo (na vier jaar) een geschatte opbrengst van € 700 miljoen per jaar.

| | 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 mio |
| Opbrengst | Totale 'opbrengst' per jaar Na ingroeimodel van 4 jaar (afschalen, efficiencyverlies) | + € 691, mio¹ |

¹ ** Geleidelijk afschalen capaciteit tweedelijns. Afschalen in 4 jaar en jaarlijks 10% efficiencyverlies, zie volledig rapport

Colofon

Dit onderzoek is gedaan door onderzoeksbureau fluent in opdracht van ActiZ.

Datum

Februari 2018

Disclaimer

Deze uitgave mag zonder toestemming van ActiZ voor niet-commercieel gebruik worden gedownload en verveelvoudigd met bronvermelding. Voorts alle rechten voorbehouden.

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. ActiZ aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.