



Maatschappelijke Businesscase (mBC)

Verpleegkundige Praktijk





Inhoudsopgave



Voorwoord		4
Samenvatting		5
1 Inleiding		6
	1.1 Doel van de mBC	6
	1.2 Maatschappelijk probleem	6
	1.3 Omschrijving innovatie	6
	1.4 Aannames	7
	1.5 Leeswijzer	7
2 Cliëntperspectief		8
3 Business model		11
	3.1 Klantsegmenten	11
	3.2 Waardepropositie	12
	3.3 Kanalen	13
	3.4 Klantrelaties	13
	3.5 Kernactiviteiten	14
	3.6 Bronnen: wat heeft de Verpleegkundige Praktijk nodig?	16
	3.7 Samenwerkingspartners	16
4 Organisatorische case		16
	4.1 Exploitatie 2012	16
	4.2 Exploitatie 2012 - 2017	18
5 Maatschappelijke case		20
	5.1 Baten met betrekking tot de cliënt	21
	5.2 Baten met betrekking tot verpleeghuis	23
	5.3 Baten met betrekking tot ziekenhuis	24
	5.4 Baten met betrekking tot mantelzorgers	25
	5.5 Baten met betrekking tot de organisatie	27
	5.6 Baten met betrekking tot huisartsenzorg	27
	5.7 Baten met betrekking tot indicatiestelling	28
	5.8 Samenvatting maatschappelijke baten	29
6 Conclusie		30

Voorwoord

In dit document wordt de Maatschappelijke Businesscase (mBC) van de Verpleegkundige Praktijk (VP) gepresenteerd.

De Verpleegkundige Praktijk is een unieke organisatievorm waarin (wijk)verpleegkundigen bij het leveren van de zorg, zonder domeindiscussies te voeren, de cliënt in de wijk centraal stellen. De verpleegkundigen werken intensief samen, signaleren en stemmen zorg/behandelplan af bij kwetsbare cliënten die dit nodig hebben om in de thuissituatie zo optimaal mogelijk te kunnen (blijven) functioneren. Elkaar aanvullen vanuit ieders deskundigheid in plaats van overlappen ten behoeve van de cliënt is de kern van de verpleegkundige praktijk. In februari 2012 is op twee plekken binnen het werkgebied van Zorggroep Almere een pilot gestart waarin met de verpleegkundige praktijk wordt geëxperimenteerd.

Het organiseren van de Verpleegkundige Praktijk is een innovatief antwoord op hoe de eerstelijns ouderenzorg in Nederland

georganiseerd kan worden. Vele ontwikkelingen binnen de transformatie van de eerstelijns vinden al plaats binnen Zorggroep Almere, zoals wijkgericht werken, de inzet van de persoonlijk begeleider dementie, de verpleegkundige als 'zichtbare schakel', transmurale zorgbrug, de verbinding tussen AWBZ en WMO en de inzet van de POH'ers bij screening kwetsbare ouderen. De Verpleegkundige Praktijk is een verbinding van, en een logisch vervolg op al deze ontwikkelingen. Zorggroep Almere is hiermee graag een lichtend voorbeeld voor de ouderenzorg in Nederland.

Deze businesscase beschrijft het unieke businessmodel en laat zien wat de economische en maatschappelijke kosten en opbrengsten zijn van deze innovatie. Het doel is de meerwaarde aan te tonen en zodoende een bijdrage te leveren aan de borging van de innovatie, de verdere verspreiding binnen en buiten de Zorggroep en de structurele financiering ervan.

Samenvatting

In Almere vindt een innovatief project plaats rondom de aanpak en de organisatie van wijkgerichte verpleegkundige zorg. Vanuit kleinschalige praktijken wordt generalistische verpleegkundige zorg geleverd door wijkverpleegkundigen. Zij leveren in de wijk een integraal aanbod van inzet tot evaluatie. Deze kleinschalige praktijken werken nauw samen met andere professionals (in de eersten en de tweedelij), huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en welzijnsorganisaties in de wijk. Binnen deze praktijken wordt de cliënt centraal gesteld zonder domeindiscussies te voeren. Doel is dat de cliënt zo lang mogelijk de regie behoudt en in zijn eigen omgeving kan blijven functioneren.

Deze maatschappelijke businesscase beschrijft kort en bondig het project, de meerwaarde ervan, de kosten en vooral ook de maatschappelijke opbrengsten. De businesscase

laat zien dat er behalve een inhoudelijke ook een financiële prikkel is om met dergelijke projecten aan de slag te gaan.

De belangrijkste resultaten van het project zijn dat de verpleegkundige zorg kwalitatief beter en efficiënter wordt georganiseerd. Daarvan profiteren vele partijen, niet in de laatste plaats de cliënt zelf. Ook profiteren de mantelzorgers, de aanbieders in de tweedelij en de gemeente. In de businesscase wordt uitgewerkt welke partijen profiteren en in welke mate.

In 2012 is er al een klein positief verschil tussen de exploitatie en de totale maatschappelijke baten. Vanaf 2013 nemen de maatschappelijke baten echter fors toe en levert het project fors meer baten op dan dat er kosten zijn.



1. Inleiding

1.1 Doel van de mBC

Dock4& Organisatieadvies in Zorg heeft in opdracht van Zorggroep Almere een maatschappelijke businesscase ontwikkeld om de economische en maatschappelijke kosten en opbrengsten van de Verpleegkundige Praktijk helder in beeld te krijgen. De mBC biedt belanghebbenden en potentiële financiers een breed en concreet inzicht in de kern van de innovatie, de levensvatbaarheid, het functioneren en de positieve effecten van de VP. De mBC vormt zodoende een stevig fundament voor de toekomstige borging en financiering van de VP. De mBC-methodiek is een bewezen effectief instrument, dat is ontwikkeld binnen het Transitieprogramma Langdurende Zorg (TPLZ).

1.2 Maatschappelijk probleem

Steeds meer ouderen ontvangen zorg thuis en de zorg wordt ook steeds meer vanuit huis georganiseerd. Het belang van goede thuiszorg wordt volop onderkend, dit blijkt onder andere uit de aandacht die de functie van wijkverpleegkundige krijgt (onder andere binnen het project Zichtbare Schakel) en het succes van Buurtzorg. Toch is er ondanks deze aandacht en goede stappen veel te verbeteren in leveren van verpleegkundige zorg thuis.

Wat gaat niet goed:

Nog steeds is de verpleegkundige zorg thuis taakgericht georganiseerd en verspreid over meerdere hulpverleners bij de klant. Enerzijds komt dit door de financiering, anderzijds door de keuzes die de organisaties maakten met betrekking tot functiedifferentiatie. De

zorg wordt hierdoor 'gestapeld', meerdere disciplines doen hetzelfde werk onder een andere naam. Ze maken hun eigen zorgafspraken en het overzicht over het totaal van interventies ontbreekt. De kwetsbaarheid van cliënten is hierdoor niet tijdig in beeld. Mede omdat zorgverleners hun eigen registratiesysteem hanteren en er niet één gezamenlijk verpleegkundig dossier is. De juiste interventies worden niet tijdig gestart en het totaal van zorg is niet logischerwijs aan elkaar verbonden.

Waar hebben klanten behoefte aan:

Klanten zijn gebaat bij en hebben behoefte aan een vast gezicht en continuïteit. Cliënten willen eenvoudige toegang tot het aanbod van zorg en welzijn en de juiste deskundigheid en ook het inzicht dat het aanbod uiteindelijk tot het beste resultaat leidt.



1.3 Omschrijving innovatie

De VP is een voortzetting van en een voortbouwen op de resultaten en inzichten van het project 'de Zichtbare Schakel'. De VP gaat echter een stap verder. Vernieuwend is de aanpak en de organisatie van de verpleegkundige zorg. Vanuit kleinschalige praktijken wordt generalistische verpleegkundige zorg geleverd door wijkverpleegkundigen.

Zij signaleren en screenen op risico's kwetsbaarheid en zij organiseren, in nauw overleg met de cliënt en het netwerk van de klant een passend integraal aanbod (van zorg en welzijn). Deze kleinschalige praktijken werken nauw samen met andere professionals (in de eerste- en de tweedelijn), huisartsenpraktijken en gezondheidscentra en welzijnsorganisaties. Binnen deze praktijken wordt de cliënt centraal gesteld zonder domeindiscussies te voeren. Doel is dat de klant de regie behoudt. De disciplines werken intensief samen vanuit dezelfde visie en methodiek, namelijk zelfredzaamheid door de cliënt. Er wordt gezorgd voor samenhang in de lokale voorzieningen die aansluiten bij de vraag en behoefte van de cliënten (individueel en collectief). De klant heeft één aanspreekpunt, één dossier, er zijn

korte communicatielijnen en er is structureel overleg. Zorg wordt geleverd vanuit een intrinsieke motivatie en vakmanschap. Zodoende wordt ook het verpleegkundige vak in ere hersteld.

1.4 Aannames

Het project is februari 2012 binnen twee verschillende zorggebieden in Almere gestart. Over de baten en de exacte hoogte ervan worden op basis van de eerste ervaringen aannames gedaan. In een latere fase kunnen deze aannames opnieuw kritisch tegen het licht worden gehouden en verder worden aangescherpt. Er is binnen dit project bewust gekozen al doende te leren en gedurende het project, op basis van de ervaringen, bij te stellen.

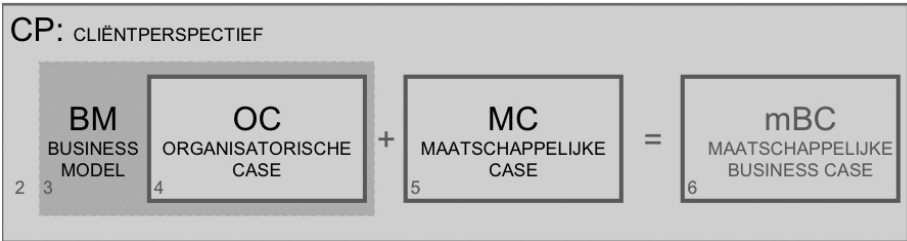


Fig1. de mBC: kosten-baten afweging waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen

1.5 Leeswijzer

De mBC kent een logische opbouw waarin vijf onderling verbonden perspectieven samenkomen tot één gedeelde kostenbaten afweging. De structuur van deze opbouw is in bovenstaand figuur weergegeven: Hoofdstuk 2 begint met de VP te beschrijven vanuit de ogen van de klant. De vraag die dit hoofdstuk beantwoordt, is hoe de VP de behoeften van de mensen vervult en hoe het waarde creëert bij het verlenen van diensten. Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens het Business Model: wat is de VP

wel, wat is het niet en waar wordt de waarde gecreëerd? Zoals bovenstaande figuur weergeeft omsluit het Business Model de Organisatorische Case, die in Hoofdstuk 4 aan bod komt. Hier worden de economische kosten en baten uit de doeken gedaan. De Maatschappelijke Case weegt in Hoofdstuk 5 het concept vanuit het perspectief van de maatschappij. Hier wordt inzichtelijk gemaakt waar de maatschappelijke baten van VP te behalen zijn. Het afsluitende Hoofdstuk 6 brengt het economisch nut (H4) en het maatschappelijk nut (H5) samen.

2. Cliëntperspectief



Gouwe Jolanda

Mevr. I. (74 jaar) is sinds 12 januari 2012 weduwe na ruim 52 jaar getrouwd te zijn geweest. Het ziekbed van haar man was heftig. Na de operatie in het ziekenhuis en een tijdelijke opname in het verpleeghuis om aan te sterken, was meneer heel blij dat hij weer naar huis mocht. Voor mevrouw was het spannend, omdat zij van tevoren niet goed in kon schatten of zij de zorg voor haar man aankon. Mevrouw heeft rugklachten vanwege osteoporose, daarnaast een dystrofie-hand en meneer deed eigenlijk alles in het huishouden totdat hij (te) ziek werd. Hij kwam naar huis met een stoma, die dagelijkse zorg nodig had en voor veel pijn zorgde.

Zoveel als ze konden hebben mevrouw en meneer nog de dingen gedaan, waar ze altijd mee bezig zijn geweest. Ook hebben ze veel met elkaar gesproken tijdens de ziekte van meneer. Gekeken naar de periode als mevrouw er alleen voor zou staan. De huisarts was een waardevolle gesprekspartner voor ze, die regelmatig langskwam. Voor de overige zorg was Jolanda, als verpleegkundige vanuit de Verpleegkundige Praktijk, het aanspreekpunt. De eerste interventie van Jolanda was rust creëren omdat de overdracht vanuit ziekenhuis niet goed was verlopen. Zij hield in de gaten of het mevrouw en meneer samen bleef lukken de bewerkelijke stoma goed te verzorgen en regelde uiteindelijk de nachtzorg vlak voor het overlijden van meneer. Het is gelukt om in korte tijd rust en vertrouwen in de situatie te brengen.

‘Jolanda? Dat is een gouwe! Ik hoef maar te kijken en ze komt als ze even kan. Ze is heel eerlijk en betrouwbaar en ik heb ook haar emailadres en 06-nummer. Als ze een kwartier later komt, omdat er iets uitloopt belt ze even. Het geeft me een rustig gevoel dat als het nodig is, ik haar kan benaderen.’ Mevrouw vertelt enthousiast over de zorg en hulp die ze van Jolanda heeft ontvangen tijdens en na het ziekbed van haar man. ‘Zij heeft mij aangemeld voor een regiotaxi, want ik heb zelf geen rijbewijs en Jolanda heeft me ook geadviseerd om eens naar het Parkhuys te gaan, omdat ze me daar misschien kunnen helpen de dood van mijn man een plek te geven in mijn leven. En Jolanda heeft weer gezorgd dat ik huishoudelijke zorg krijg, want daar kan ik ook niet zonder....’

Ik merk dat Jolanda m'n situatie écht goed kent en regelmatig overlegt met de huisarts.

De bel gaat....de kleren van meneer I. worden opgehaald en gestuurd naar de Oostbloklanden. Dat schetst de sociale bewogenheid van mevrouw I. (én van meneer). “Het kon ook naar Afrika, maar ja wat moeten ze daar met die warme kleren...?”.

Eigen regie

Mevrouw de R., bijna 81 jaar, is sinds begin februari weduwe. Mevrouw loopt moeilijk en kan lastig staan. Ze heeft ernstig astma/

copd en vaatvernauwing in haar benen en heeft in het verleden een herseninfarct gehad. Recentelijk is ze een aantal keren gevallen. Mevrouw woont in een ruime flat. Sandra, de verpleegkundige vanuit de Verpleegkundige Praktijk, komt er sinds de man van mevrouw de R. uit het ziekenhuis naar huis kwam. Toen was bekend dat hij niet meer beter zou worden. Hij was heel blij dat hij het ziekenhuis kon verlaten. Sandra onderhield veel contacten met de kinderen van het echtpaar. Met oog op de planning van zorg en zaken die verder geregeld moesten worden om meneer thuis te kunnen verzorgen. Mevrouw is uiterst tevreden over de hulp die geboden werd en nog steeds wordt. Zij heeft steunkousen en krijgt ze wel zelf aangetrokken in de ochtend, maar uittrekken 's avonds redde ze niet. Blij verrast was ze dat Sandra maatwerk rond haar eigen kracht kon organiseren, zodat mevrouw de kousen wel zelf aan kon blijven trekken, maar dat ze wel voor haar uitgetrokken worden. "Wel jammer dat ik daardoor veel verschillende mensen over de vloer krijg". Sandra heeft ook bemiddeld bij een aanvraag voor een scootmobiel.

Ondanks dat mevrouw niet gewend was eigen regie te voeren over eigen leven, omdat haar man dit nu eenmaal altijd deed, is zij zich heel bewust dat zij nu zelf moet gaan beslissen over allerlei zaken. Zonder Sandra zou ze dit niet redden, aldus mevrouw. 'Dat WMO-nummer is gewoon een bandje, ik dacht nog wat een aardige mevrouw, maar ik snapte daarna dat ik op een cijfer moest drukken voor mijn vraag, maar daar snapte ik helemaal niets van.... Sandra gelukkig wel. Met Sandra's ondersteuning en aanmoediging heb ik nu ook een aanvraag voor een alarm lopen en

heb ik besloten om toch eens een rondje zorgcentra te maken om de sfeer van die locaties te proeven. Want daar zit best verschil in volgens Sandra'.

Stel dat Sandra niet meer bij u komt, wat dan? 'Dat zou echt een ramp zijn, niet dat ze hier zoveel komt, maar als ik haar nodig heb kan ik haar altijd bellen, dat geeft mij rust, veiligheid en vertrouwen'. 'Sandra is resoluut en ik kan haar altijd goed begrijpen, ze legt die gemeentezaken zoals het alarm en de scootmobiel heel begrijpelijk voor me uit.'

Samen thuis

Mevrouw & meneer W., beiden 81 jaar, wonen in een seniorenwoning. Meneer heeft blijvend een stoma, als gevolg van blaas / prostaatanker, waar hij zelf dagelijks voor zorgt. Mevrouw heeft ernstig Parkinson, ze heeft onlangs een paar valpartijen gehad en kan eigenlijk niets meer. Het echtpaar W. is bijzonder blij met hun huisarts uit het gezondheidscentrum. Al twee keer heeft hij ervoor gezorgd dat er hulp kwam, toen de situatie bij hun erg achteruit ging. Door deze huisarts zijn ze ook met Petra, hun verpleegkundige uit de VP, in contact gekomen.

Petra heeft adequaat ondersteund op de gebieden waar het mis dreigde te lopen. Door een administratieve fout was de huishoudelijke ondersteuning gestopt, Petra heeft dit weer heel snel weten vlot te trekken. Mevrouw heeft steunkousen. Meneer heeft niet genoeg kracht om deze dagelijks bij mevrouw aan- en uit te trekken. Petra heeft ervoor gezorgd dat hiervoor iemand twee maal daags komt. Om meneer wat meer bewegingsvrijheid te geven, heeft

Petra een personalarms geadviseerd, zodat hij niet zo op hete kolen hoeft te zitten omdat zijn vrouw alleen thuis is en misschien weer valt. Nu denken ze aan een andere woning.

Samen met Petra bekijken ze de mogelijkheden binnen Almere, zodat inschrijving gebeurt daar waar ze wél krijgen wat ze nu missen, maar níét hun gewenste zelfstandigheid verliezen. Ze dachten eerst zelf aan een aanleunwoning, maar Petra wees ze erop dat ze dan alsnog de straat over moeten om bij georganiseerde activiteiten of voorzieningen te komen. Gezamenlijk zijn

ze tot de keus gekomen om in te schrijven bij zorg-wooncentrum Archipel. Mevrouw & meneer W zijn erg tevreden met de geboden zorg via Petra. Ze schrijft alles op in onze map, als ze hier is.

“Petra komt niet veel, maar we weten dat als we haar bellen ze ook echt gelijk komt en ze weet veel van ons, dat geeft een veilig gevoel”. “Via Petra komen we aan veel informatie, of het nou om vakantiemogelijkheden, bijvoeding of dagopvang gaat, ze weet altijd de juiste informatie die bij onze situatie past te vinden, er is veel in Almere, maar om het te vinden is zo moeilijk”.

3. Business model



Business model canvas

Aan de hand van het business model canvas¹ is de wijze waarop de Verpleegkundige

Praktijk waarde creëert en behoudt in beeld gebracht. Dit canvas biedt een goed kader

1. Alexander Osterwalder, Business Model Generation, 2009.

om de kern van de VP op een eenvoudige en doeltreffende wijze te beschrijven. Input over het businessmodel is verkregen door het lezen van stukken, een aantal bijeenkomsten met managers en medewerkers (waarin de VP centraal stond) en een aantal interviews met direct betrokken medewerkers.

3.1 Klantsegmenten

Als we meer inzoomen op de klant van de VP zien we dat het om kwetsbare ouderen gaat, die te maken hebben met overbelasting, eenzaamheid en ziekte. Een kwart van de 65-plussers is volgens het CBS te typeren als kwetsbaar en deze groep zal landelijk gezien de komende jaren stijgen van zo'n 500.000 op dit moment tot 800.000 in 2030². Het aantal alleenstaande vrouwen zal sterk toenemen. Voor Almere gelden de cijfers zoals weergegeven in onderstaande alinea.

Volgens het Nationaal programma ouderenzorg (NPO) hebben ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid, vaak meerdere, al dan niet aan elkaar gerelateerde aandoeningen.

Er is sprake van een dusdanig verlies van vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk, dat op zichzelf kleine incidenten al snel leiden tot meerdere klachten en verdere versterking van de zelfredzaamheid.

De verhoogde kwetsbaarheid leidt ertoe dat snelle achteruitgang mogelijk is, er vaker complicaties optreden en de genezing trager verloopt.

Deze groep ouderen heeft meestal grote behoefte aan ondersteuning en zorg. Uit rapporten en signalen uit het veld komt naar voren dat juist deze groep kwetsbare

In december 2012 is een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Flevoziekenhuis, GGZ Centraal, Achmea en Zorggroep Almere naar de zorgvraagontwikkeling in Almere.

Dit onderzoek is uitgevoerd door Coresta.

De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat in Almere met name de vergrijzing grote invloed heeft op de zorgvraagontwikkeling.

Voor de huisartsenzorg betekent dit een stijging van 14,8% in 2020 t.o.v. 2011.

- *In 2020 wordt 24% van de vraag naar huisartsenzorg veroorzaakt door 65+ ers. In 2011 is dit 18% (o.b.v. gewogen consulten)*
- *114.000 consulten voor 65+ ers (waarvan 17% lange consulten)*
- *Visites worden met name voor 65+ ers ingezet (80% van visites in 2020, ongeveer 17.000 consulten).*

Het onderzoek toont verder aan dat de extra-murale zorg in Almere in 2020 35% hoger ligt dan in 2011.

	Aantal 65+ in Almere	Aantal kwetsbare ouderen
2005	12.328	tussen 3083 - 4109
2010	14.306	tussen 3576 - 4768
2015	19.148	tussen 4787 - 6382
2020	25.423	tussen 6355 - 8474

Bron: RIVM

2. 'Kwetsbare ouderen', notitie van het Sociaal Cultureel Planbureau, februari 2011

ouderen vaak niet de zorg krijgt die zij nodig heeft. Zij verliezen daardoor functies en doen vervoegd een beroep op langdurige zorg. Kwetsbaar zijn ook degene die naast de beperkingen over weinig hulpbronnen beschikken.

De door Motivaction ontwikkelde typen zorgcliënten³ en het onderzoek van de leefstijlen in Almere⁴, bieden goede uitgangspunten bij het definiëren van de klant van de Verpleegkundige Praktijk. De doelgroep van de Verpleegkundige Praktijk is vooral te typeren als 'minder zelfredzamen': traditioneel en behoudend met een laag tot gemiddelde sociaal economische status en een klein sociaal netwerk. De komende (15 tot 20) jaren zal deze groep in Almere kleiner worden en de groep 'pragmatici' groter. Dat betekent dat de cliënten over het algemeen hoger opgeleid zullen worden, kritischer, gezonder, veeleisender en eerder geneigd tot het gebruik van ICT-oplossingen. Overigens zijn er verschillen tussen de zorggebieden; in Almere-Haven zal, gezien de huidige populatie, de toename van de huidige populatie, de toename van de pragmatische wellicht maar klein zijn.

Almere is opgedeeld in zorggebieden. Deze mBC richt zich, ook later in dit stuk bij de berekeningen van de maatschappelijke baten, op één zorggebied. Een zorggebied bestaat uit zo'n 25.000 à 30.000 inwoners. Gemiddeld wonen er per zorggebied 2000 ouderen van boven de 65 jaar en 850 boven de 80 jaar. Als uitgangspunt wordt gehanteerd dat 25% van de ouderen boven de 65 jaar te typeren is als kwetsbare ouder. In een gemiddeld zorggebied zijn dat er ruim 500. Dit is de doelgroep van de Verpleegkundige Praktijk.

3.2 Waardepropositie

De afgelopen jaren vond er steeds meer opsplitsing van de verpleegkundige taken en verantwoordelijkheden plaats, de functie werd uitgehouden en verdund. De kern van de VP komt tot uitdrukking in de visie:

- Een integraal aanbod van verpleegkundige zorg, van preventie tot palliatieve zorg.
- Verbinden van de kennis, vakinhoudelijke afstemmingen samenwerking zonder domeindiscussies.
- Goed opgeleide generalistische verpleegkundigen, die gedeeltelijk dezelfde competenties hebben en gedeeltelijk unieke, specialistische verpleegkundige zorg kunnen bieden.
- Kerntaken zijn preventie, signaleren en observeren en het verbinden van het aanbod op het gebied van zorg, welzijn en wonen.
- Samenwerking in een verpleegkundige praktijk, vanuit het gezondheidscentrum.
- Samenwerking met partners in de wijk.
- Zorgvraag is afgestemd op de individuele zorgvraag en gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt/mantelzorger.
- 1 cliënt, 1 zorg/behandelplan.

De toegevoegde waarde voor de cliënt ontstaat doordat er betere en snellere signalering plaatsvindt waardoor ontstaan en verergering van problemen kan worden voorkomen, het bestaande aanbod op het gebied van zorg, welzijn en wonen beter aan elkaar wordt verbonden en aansluit bij de behoefte van de cliënt(en), er een goede samenwerking is met welzijn en de onderlinge samenwerking tussen de verschillende disciplines beter is.

3. Motivaction: Wat werkt bij wie? 'Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie'. Utrecht, juli 2009

4. Sociale structuurschets: Leefstijlen in Almere, Gemeenten Almere, DMO, juli 2003

- de cliënt heeft een vast gezicht en een vast aanspreekpunt. Daardoor zal hij de zorg als laagdrempeliger ervaren en meer tijd, rust en aandacht voelen.
- er vindt veel gericht vroegsignalering plaats waardoor minder interventies nodig zijn. Kwetsbare cliënten zijn eerder in beeld en kunnen beter en sneller worden geholpen.
- de cliënt wordt minder van het kastje-naar-de-muur gestuurd, zijn vraag wordt sneller en beter beantwoord in de vorm van een passend aanbod.
- de verleende zorg is meer op maat, zorg die thuis verleend kan worden wordt daar ook verleend.
- de eigen regie wordt versterkt waardoor medische zorg uitgesteld kan worden.
- er zullen minder crisisopnames zijn in verpleeghuis of ziekenhuis, en klanten kunnen langer op een menswaardige manier thuis blijven wonen.
- thuis zal de mobiliteit groter zijn, er zal minder ondervoeding bestaan, een grotere medicatieveiligheid/ minder medicatiefouten en minder valincidenten voorkomen.
- 1 dossier en interventies die zijn afgestemd op elkaar.

Ook de mantelzorg wordt in het project als klant gezien. Uit allerlei onderzoek blijkt al jaren dat mantelzorgers van (dementerende) oude mensen vaak overbelast zijn.

Daarnaast zal de vraag naar mantelzorg in de nabije toekomst door de vergrijzing en de verdergaande vermaatschappelijking van de zorg toenemen.

Tegelijkertijd beperken de vergrijzing, de toename van de arbeidsparticipatie en de verkleining van de sociale netwerken de mogelijkheden om mantelzorg te verlenen en in te passen in het dagelijkse leven.

Er ontstaat meer spanning tussen vraag en aanbod. Door de werkwijzen binnen de Verpleegkundige Praktijk wordt het netwerk om de cliënt heen versterkt en de mantelzorg(s) ondersteund.

De ontlasting van de mantelzorgers levert veel opbrengsten op, zoals vermindering van het aantal huisartsenbezoeken en medicatiegebruik, vermindering van depressieve klachten en gebruik van antidepressiva, toename van arbeidsparticipatie en verlaging van aan mantelzorg gerelateerd verzuim.

In hoofdstuk 5 van de mBC worden alle baten uitgewerkt.

3.3 Kanalen

Binnen de Verpleegkundige Praktijk vindt de interactie met klanten en mantelzorgers plaats door middel van direct persoonlijk contact.

3.4 Klantrelaties

De relatie met de klant komt op verschillende manieren tot stand. De klant zelf of zijn of haar mantelzorg kan het contact leggen. Een belangrijke route is die via de eerstelijnszorg, meestal na signalering door de huisartsendiscipline.

Ook vinden verwijzingen plaats door ouderenwerkers van De Schoor en de V&V-teams van de Zorggroep. Een andere veel voorkomende route is die via de tweedelij, het ziekenhuis en de Transmurale Zorgbrug. Ook andere thuiszorgorganisaties verwijzen regelmatig.

Na de verwijzing wordt een positieve klantrelatie opgebouwd door de tijd en de aandacht die de verpleegkundige kan schenken en de meerwaarde die zij biedt met betrekking tot preventie, signaleren, observeren en verbinden.

3.5 Kernactiviteiten

Sleutelwoorden van het verpleegkundig team zijn preventie, signaleren, observeren en verbinden.

3.5.1 Het team

De VP bestaat uit (één of meerdere) POH'ers, wijkverpleegkundigen en persoonlijk begeleiders dementie. In totaal zo'n 4 à 5 teamleden. Dit team werkt vanuit een gezondheidscentrum/ centrumgebied en in nauwe samenwerking met de huisarts. Het vereiste competentie- en opleidingsniveau is HBO-verpleegkundige.

De disciplines zijn integraal verpleegkundigen, die 80% van de verpleegkundige taken op zich kunnen nemen. Elke verpleegkundige kan, ongeacht zijn of haar functie, een diagnose stellen, heeft een helikopterview en kan zorg coördineren. 20% van de competenties zijn specifieke kennis op een bepaald vakgebied en competenties op een bepaald aandachtsveld, bijvoorbeeld kwetsbaarheid, verwaarlozing, verwardheid/ dementie. Ook casemanagement valt binnen deze 20%.

De verpleegkundigen binnen de VP werken nauw samen met de reguliere teams en de verpleegkundigen en EVV'ers daarin. De VP kan op deskundigheid meekijken in specifieke cases, de EVV'ers blijven actief in de cliëntsituatie. Het is belangrijk dat het team weet met welke vragen ze terecht kunnen. De verpleegkundige verzamelt informatie van de cliënt door het stellen van de juiste vragen aan de teamleden. Ook ziet ze af en toe cliënten van de reguliere teams.

Gespecialiseerde wijkverpleegkundigen (COPD, oncologie, CVA) maken geen onderdeel uit van de VP en worden ingezet en geconsulteerd indien nodig.

3.5.2 Proces aanmelding, intake, zorgverlening

De aanmelding verloopt via de boven genoemde verwijzers: huisarts, welzijn en ouderenwerkers De Schoor, ziekenhuis (onder andere via Transmurale Zorgbrug), V&V-teams en andere thuiszorgorganisaties.

Bij de intake wordt zo breed mogelijk gekeken. Een goede screening, in de vorm van een huisbezoek, wordt gecombineerd met het invullen van een probleemlijst en verzamelen van aanvullende informatie. Het streven is om hiervoor één methodiek te gebruiken (FIT). Elke verpleegkundige discipline binnen de VP kan een intake doen en kijkt vanuit de verschillende domeinen wonen, welzijn, zorg en participatie. Bij de intake wordt onderscheid gemaakt in enkelvoudige/ niet complexe situaties en complexe situaties. Er wordt gescreend op cognitieve of sociale problematiek en comorbiditeit. Samen met de klant worden prioriteiten bepaald en het vertrouwen zodoende gewonnen.

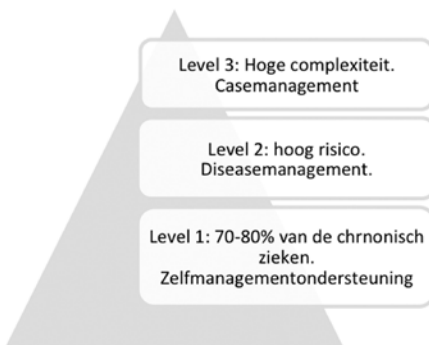
De uitkomsten worden besproken in een verpleegkundig overleg, waar in grote lijnen een plan wordt gemaakt. Dit wordt teruggekoppeld aan de verwijzer. Indien het probleem na de intake helder is en inzet van de VP niet gewenst, dan wordt doorverwezen naar de juiste discipline.

Piramide van Zorg

Bij het verlenen van de zorg, is de hiernaast afgebeelde piramide richtinggevend⁵. In level 1 zit 70 tot 80% van de chronisch zieken. Met de juiste ondersteuning leren zij om de eigen regie te voeren over hun eigen situatie. Hierdoor kunnen complicaties en achteruitgang worden voorkomen. In level 2 worden cliënten proactief gemanaged door inzet van geprotocolleerde programma's (zorgprogram-

ma's). In level 3 zien we cliënten met comorbiditeit waarbij het voor de cliënt moeilijker wordt om overzicht te hebben over hun vraag en het aanbod.

Veel mensen gaan ervan uit dat als je boven in de piramide zit, je dan altijd een case-manager nodig hebt. Dat kan, maar hoeft niet. Interventies richten zich op behouden en terugkrijgen van de eigen regie. Dat kan kortdurend zijn of wat langer duren. Een deel van de mensen is zo kwetsbaar dat zij ondersteuning nodig hebben bij het voeren van de regie. In dat geval zal een casemanager de rol van de regiehouder over het zorgproces overnemen.



3.5.3 Samenwerking POH'er en huisarts

Binnen de VP wordt intensief met de huisarts samengewerkt. In het verleden is er een kloof ontstaan tussen de WVP en de huisarts, 'de werelden zijn los van elkaar komen te staan'. De intensieve samenwerking heeft grote voordelen voor de huisarts. Een aantal taken wordt door de verpleegkundige uit de VP gedaan. In de communicatie met de klanten

is het van belang aan te geven dat de huisarts goed op de hoogte is en men ook namens de huisarts komt. De VP heeft meer voordelen voor de huisarts. De huisarts kan snel en makkelijk, via de POH'er doorverwijzen, heeft één (verpleegkundig) aanspreekpunt en beschikt over actuele informatie in het HIS.

3.5.4 Overlevormen/ MDO

Kern en voorwaarde van het succes van de VP is dat de verpleegkundigen elkaar weten te vinden, er korte lijnen zijn en snel gemakkelijk overleg. Het fysiek zo dicht mogelijk bij elkaar zitten in hetzelfde gezondheidscentrum helpt hierbij enorm. Wekelijks is er kort overleg binnen de VP over toewijzing en worden ervaringen uitgewisseld.

Vier maal per jaar is er een extra overleg als aanvulling op de reguliere overleggen, waarbij ook de betreffende huisarts(en) aanschuift. Op dit moment kunnen het ECD en Medicom nog niet goed met elkaar communiceren. Dit staat de droom van het hebben van één zorgbehandelplan voorlopig nog in de weg. Wel is dit voor de toekomst een belangrijk aandachtspunt.

3.5.5 Structuur en positionering

Binnen de eerstelijns ouderenzorg werken het medische veld en het verpleegkundige veld samen rondom de cliënt. Een goede verbinding daartussen is van groot belang. Voor een juiste positionering van de verpleegkundige praktijk is het van belang naar de competenties en de specifieke rol van de verpleegkundigen in de VP te kijken.

V&VN heeft kortgeleden een pamflet verspreid over de 'verpleegkundige anno nu'. Volgens dit pamflet is zij (of hij) een genera-

listische wijkprofessional en een spin in het web. Samenwerken en verbinding maken in de keten is haar tweede natuur. Positionering van de VP binnen het verpleegkundige veld is vanuit dat oogpunt dus het meest logisch. Een volwaardige VP functioneert naast de medische, farmaceutische en psychosociale praktijk binnen een gezondheidscentrum. De rol van de VP is verbindend tussen de verschillende disciplines.

3.6 Bronnen: wat heeft de Verpleegkundige Praktijk nodig?

3.6.1 Competenties

Het vereiste competentie- en opleidingsniveau is HBO-verpleegkundige, dit geldt ook voor de POH'er indien deze onderdeel van het team

uitmaakt. Via ZonMw en V&VN worden competentie-profielen ontwikkeld.

3.6.2 Een zorgbehandelplan

Zoals hierboven vermeld is één zorgbehandelplan nodig. Een van de uiteindelijke doelen binnen de VP is stapelen van zorg voorkomen. Door een goede onderlinge afstemming, het maken van eenduidige afspraken over de regie en de te leveren zorg, wordt dit bereikt.

3.7 Samenwerkingspartners

De VP staat niet op zichzelf en kan alleen functioneren in een goede samenwerking met de verwijzers, het ziekenhuis, collega's uit de andere teams en andere disciplines en organisaties.

4. Organisatorische case



4.1 Exploitatie 2012

Voor het bepalen van de kosten en opbrengsten van de Verpleegkundige Praktijk nemen we een gemiddeld zorggebied.

De volgende kosten zijn meegenomen in het exploitatie-overzicht 2012.

- De kosten voor de projectleider zijn geraamd op € 4.388,-. De projectleider is actief binnen 4 zorggebieden en de totale kosten voor de projectleiding zijn gedeeld door 4.
- De tijd voor financiële administratie en projectadministratie is geraamd op in totaal 4 uur per maand. Het gehanteerde tarief is € 25,- per uur.
- Advieskosten, PR en scholingskosten zijn opgevoerd voor een bedrag van € 10.000,-. Als formatie voor het verpleegkundig team is opgevoerd: 20 uur per week formatie voor een verpleegkundige, 16

uur praktijkondersteuner en 36 uur per week voor een persoonlijk begeleider. De personeelskosten worden met 20% opgehoogd ter compensatie van de overheadkosten.

- Voor de huisarts zijn geen kosten opgevoerd en ook geen opbrengsten meegenomen.
- Er is € 10.000,- geïnvesteerd in het ECD. Dit wordt in 5 jaar afgeschreven.
- Als opbrengsten zijn meegenomen de productie van de verpleegkundige en praktijkondersteuner. Er is gerekend met een productiviteit van 45% van 1872 uur (fulltime werkweek) en het VP of PV-tarief. Als opbrengst van de persoonlijk begeleider is 88% van het vaste bedrag van € 70.000,- opgenomen.
- Voor 2012 is er een exploitatietekort van een kleine € 20.000,-

Exploitatie overzicht: 2012

		Totaal project
Code	Functies	Bedrag
41	Verpleegkundig team	€ 121.495
41.011	Projectleider	€ 4.388
41.021	Administratie (financieel en project)	€ 1.560
41.051	Wijkverpleegkundige	€ 32.036
41.052	Praktijkondersteuner	€ 25.629
41.053	Persoonlijk begeleider	€ 57.882
45	Algemene kosten	€ 10.000
45.010	Advies	€ 5.000
45.020	Communicatie & PR	€ 1.000
45.030	Scholing	€ 4.000
48	Afschrijvingskosten	€ 2.000
48.010	Inrichten ECD	€ 2.000
	TOTAAL KOSTEN	€ 133.495
80	Opbrengsten uit activiteiten	€ 113.955
80.010	Wijkverpleegkundige	€ 34.096
80.020	Praktijkondersteuner	€ 18.258
80.021	Persoonlijk begeleider	€ 61.600
	TOTAAL OPBRENGSTEN	€ 113.955
	TOTAAL RESULTAAT	€ 19.540 -

4.2 Exploitatie 2012 - 2017

Op de volgende pagina wordt het exploitatie-overzicht voor de jaren 2012 - 2017 gepresenteerd. Hierbij zijn de volgende aannames gedaan.

- De personele kosten nemen jaarlijks met 2% toe.
- De advieskosten nemen in 2013 met 50% af en blijven daarna stabiel.
- Scholing en overige kosten nemen in 2013 met 50% toe en blijven daarna stabiel.

Exploitatie overzicht: 2012 - 2017		2012	2013
Code	Funcities	Bedrag	Bedrag
41	Kosten van personeel	€ 121.495	€ 123.924
41.011	Projectleider	€ 4.388	€ 4.476
41.021	Administratie (financieel en project)	€ 1.560	€ 1.591
41.051	Wijkverpleegkundige	€ 32.036	€ 32.677
41.052	Praktijkondersteuner	€ 25.629	€ 26.141
41.053	Persoonlijk begeleider	€ 57.882	€ 59.040
45	Algemene kosten	€ 10.000	€ 9.500
45.010	Advies	€ 5.000	€ 2.500
45.020	Communicatie en PR	€ 1.000	€ 1.000
45.030	Scholing en overige kosten	€ 4.000	€ 6.000
48	Afschrijvingskosten	€ 2.000	€ 2.000
48.010	ECD	€ 2.000	€ 2.000
	TOTAAL KOSTEN	€ 133.495	€ 135.424
80	Opbrengsten uit activiteiten	€ 113.955	€ 125.473
80.010	Wijkverpleegkundige	€ 34.096	€ 41.598
80.020	Praktijkondersteuner	€ 18.258	€ 22.275
80.021	Persoonlijk begeleider	€ 61.600	€ 61.600
	TOTAAL OPBRENGSTEN	€ 113.955	€ 125.473
	TOTAAL RESULTAAT	€ 19.540 -	€ 9.952 -

- Aan de inkomstenkant verandert de productiviteit van de wijkverpleegkundige en de praktijkondersteuner. We gaan uit van een productiviteit van 55% in 2013 en 60% in 2014. Daarna blijft de productiviteit op 60%.

2014	2015	2016	2017
Bedrag	Bedrag	Bedrag	Bedrag
€ 126.403	€ 128.931	€ 131.510	€ 134.140
€ 4.565	€ 4.656	€ 4.749	€ 4.844
€ 1.623	€ 1.655	€ 1.689	€ 1.722
€ 33.330	€ 33.997	€ 34.677	€ 35.370
€ 26.664	€ 27.197	€ 27.741	€ 28.296
€ 60.220	€ 61.425	€ 62.653	€ 63.906
€ 8.500	€ 8.500	€ 8.500	€ 8.500
€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
€ 6.000	€ 6.000	€ 6.000	€ 6.000
€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000
€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000
€ 136.903	€ 139.431	€ 142.010	€ 144.640
€ 131.221	€ 131.221	€ 131.221	€ 131.221
€ 45.341	€ 45.341	€ 45.341	€ 45.341
€ 24.280	€ 24.280	€ 24.280	€ 24.280
€ 61.600	€ 61.600	€ 61.600	€ 61.600
€ 131.221	€ 131.221	€ 131.221	€ 131.221
€ 5.682 -	€ 8.210 -	€ 10.788 -	€ 13.419 -

5. Maatschappelijke case

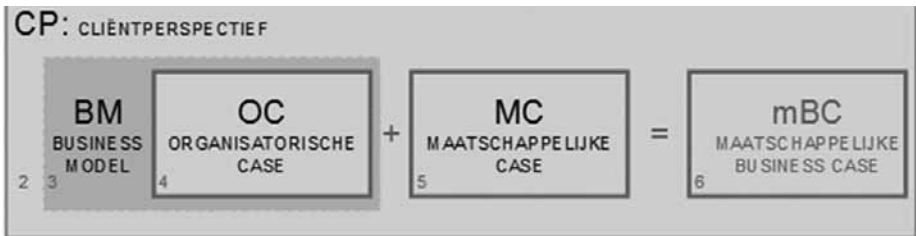


Fig1. de mBC kosten-baten afweging waarin het economische en het maatschappelijke nu samenkomen

In dit hoofdstuk wordt een inschatting gemaakt van de maatschappelijke waarde van de Verpleegkundige Praktijk. Elke waarde die door de inzet van de verpleegkundigen binnen de VP gecreëerd wordt, maar niet is omgezet in financiële baten valt onder de Maatschappelijke Case. Dit is waarde die ten gunste komt aan de maatschappij oftewel 'maatschappelijk rendement'.

Recent onderzoek van BMC en andere publicaties, zoals de mBC van Buurtzorg, laten zien dat door de inzet van de wijkverpleegkundigen de productiviteit stijgt, de kwaliteit van zorg toeneemt en de totale kosten dalen. We zijn ons bewust van deze baten maar nemen ze in deze mBC niet mee. We focussen op de toegevoegde waarde van de Verpleegkundige Praktijk. De eerste stap bij het uitwerken van de baten was het bepalen van alle betrokkenen en belanghebbenden bij de Verpleegkundige Praktijk. We noemen dit de stakeholders. Iedere stakeholder die in de onderstaande analyse is genoemd, profiteert op een bepaalde manier van de Verpleegkundige Praktijk. We noemen dit 'baten' die zij op korte of langere ter-

mijn voor zichzelf verwachten. Om tot de hoogte van de baten te komen is gebruik gemaakt van zorgvuldig gedocumenteerde aannames, veronderstellingen en indicatoren om een onderbouwde inschatting te maken van hun rendement. Het is een waarderingsproces en pretendeert geen uiterste wetenschappelijke precisie. Causaliteit wordt zo goed mogelijk ingeschat maar dit vereist in de meeste gevallen langdurig onderzoek in gecontroleerde, nu nog toekomstige, situaties.

In de maatschappelijke case worden de maatschappelijke baten berekend over de jaren 2012 tot en met 2017. We kijken dus vijf jaar vooruit. In 2014 wordt 100% van de baten gehaald, in de jaren daarvoor een percentage daarvan: in 2012 30% en 50% in 2013. We doen aannames met betrekking tot het aantal verpleegkundigen dat meedraait in het project. Net als bij de economische kosten en opbrengsten gaan we uit van een gemiddeld zorggebied (zie pagina 20). We gaan rekenen met 2 FTE, en 110 cliënten per jaar die profiteren van de VP. Deze laatste 110 is gebaseerd op de huidige caseload van de verpleegkundigen in de VP.

5.1 Baten met betrekking tot de cliënt

Door de VP zullen kwetsbare ouderen ervaren dat (kleine) problemen eerder worden gesignaleerd en kunnen worden voorkomen. Gerichter vroegsignaleren leidt tot minder interventies. De zorgvraag⁶ wordt uitgesteld. Ook zullen ze ervaren dat er meer afstemming van de zorgvraag en het aanbod is, doordat wijkverpleegkundigen beter kunnen inspelen op de zorgvraag en meer tijd hebben om uit te zoeken wat deze vraag precies is, wat er al aan zorg geboden wordt en wat wenselijk is. Er zal dus minder stapeling zijn. De cliënt wordt minder van het kastje-naar-de-muur gestuurd, zijn vraag wordt sneller en beter beantwoord in de vorm van een passend aanbod. De cliënt zal ook ervaren dat zijn zelfredzaamheid toeneemt waardoor hij minder afhankelijk is van de professionele zorg. De opbrengsten van de bovenstaande constatering zijn:

1. Gemiddeld minder uren thuiszorg (verzorging en verpleging) door vroegsignalering, preventie en toename zelfredzaamheid.
2. Minder doorverwijzing naar de tweedelijin omdat problemen sneller worden onderkend in de eerstelijin.
3. Gemiddeld minder uren verpleging door efficiëntere samenwerking, betere afstemming en minder stapeling van zorg.
4. Uitstellen van een opname in het verpleeghuis.

5.1.1 Minder uren thuiszorg (verzorging en verpleging)

We gaan uit van een groep van 110 cliënten. Voor het berekenen van de uren thuiszorg

nemen we het gemiddelde van de klassen, namelijk klasse 4. Binnen klasse 4 ontvangen cliënten 8 uur zorg per week. We gaan rekenen met het gemiddelde van de tarieven: PV (€ 48,79) en VP(€ 72,89). Gemiddeld is dit € 60,84. We doen de aanname dat de zorg met gemiddeld 10% verminderd. Het gemiddeld aantal uren wordt 7,2 uur. Voor 110 cliënten betekent dit een besparing van $0,8 \text{ uur} * € 60,84 * 110 = € 5354,-$ per week. Op jaarbasis is dit bedrag nog vele mate groter en komt dit uit op ruim € 278.000,-. We vinden het echter reëel om in de businesscase een klein deel hiervan op te nemen, namelijk € 37.500,-.

5.1.2 Minder doorverwijzing naar de tweedelijin

Onder doorverwijzen naar de tweedelijin verstaan we bijvoorbeeld een consult bij een specialist in het ziekenhuis. De aanname is dat problemen in de eerstelijin eerder worden gesignaleerd en worden opgelost, of in ieder geval minder voorkomen en minder snel verergeren. We gaan weer uit van de groep van 110 cliënten. We nemen aan dat 50% van deze groep jaarlijks eenmaal bij een specialist komt. We doen de aanname dat ook hier het aantal bezoeken met 10% zal verminderen. De opbrengst is 5,5 consulten minder in de tweedelijin per jaar. Als tarief voor een gemiddeld consult € 275,-. De besparing is € 1513,- op jaarbasis⁷.

5.1.3 Minder stapeling van zorg

De verpleegkundigen werken in hetzelfde dossier, zien de interventies en de inzet van hun collega's, verdelen het werk en bepalen met elkaar de voortgang. Met min-

6. Dit is ook een van de conclusies van het project 'Versterken verpleging thuis' van NCPF en V&VN, december 2011

7. Een baat die we hierin niet meenemen maar waarvan het wel aannemelijk is dat die er is, is vermindering van no-show. De verpleegkundige bewaakt het maken van afspraken en het nakomen ervan.

der stapeling van zorg wordt bedoeld dat er door de VP beter wordt samengewerkt en de zorg efficiënter wordt verleend. We doen ook hierbij de aanname dat dit de vraag naar zorg met 10% verminderd. ook hier zijn de besparingen € 37.500,- per jaar.

5.1.4 Uitstellen van een opname

Uiteindelijk zal de betere zorg thuis resulteren in een betere kwaliteit van leven. De baten zijn substitutie van zorg; in plaats van dure verpleeg- of verzorgingshuiszorg wordt goedkopere (intensieve) thuiszorg ingezet en wordt een beroep gedaan op WMO-middelen voor sociale alarmering of huishoudelijke verzorging.

De daadwerkelijke besparingen zijn de kosten van een verpleegdag (€ 165,-) minus de kosten van een dag (intensieve) thuiszorg (€ 114,40,-) en de kosten van huishoudelijke verzorging (€ 105,- per week en € 15,- per dag). Andere WMO-gerelateerde kosten laten we buiten beschouwing omdat aannames te speculatief worden. De daadwerkelijke besparing komt uit op € 35,6 per dag. Jaarlijks wordt de opname van een klein deel van onze populatie van 110 cliënten met een aantal weken/ maanden uitgesteld. In de mBC gaan we uit van 11 cliënten waarbij de opname met 10 weken wordt uitgesteld. De opbrengsten zijn op jaarbasis 70 dagen * 35,6 per dag * 11 cliënten = € 27412,-.

Hieronder werken we de volgende baten uit:

- betere voeding / minder ondervoeding
- betere medicatieveiligheid/minder medicatiefouten
- minder valincidenten

5.1.5 Betere voeding

In de thuisituatie is 15% van de ouderen ondervoed⁸. De 'Stuurgroep Ondervoeding' schrijft op haar website dat 'bij mensen die nog thuis wonen, zorgt ondervoeding voor een toename van het aantal huisartsconsulten, verhoogd medicatiegebruik en een verhoogde kans op opname in het ziekenhuis. Bovendien veroorzaakt ondervoeding een verslechtering van de kwaliteit van leven en een grotere kans op sterfte'. Zij verwachten dat vroegtijdig opsporen leidt tot minder (korte) opnames en minder duur zorggebruik. De totale kosten van ondervoeding is landelijk zo'n 1,7 miljard per jaar⁹. Als we het percentage van 15% hanteren dan zijn van onze groep van 110 ouderen een kleine 17 cliënten ondervoed. De positieve medische effecten van screenen en vroeg behandelen van ondervoeding zijn in vele onderzoeken en meta-analyses beschreven. In het onderzoek van Van der Heijden wordt betoogd dat vroege herkenning en behandeling per verpleegafdeling van 20 patiënten zo'n € 30.000,- oplevert. Met dit cijfer gaan we rekenen. De aanname is dat ondervoeding bij twee cliënten te voorkomen is. Dit levert een totaal aan baten op van € 3000,-.

5.1.6 Betere medicatieveiligheid

Bij veel ziekenhuisopnames spelen problemen rondom medicijnen een rol. Jaarlijks worden 41.000 mensen in Nederlandse ziekenhuizen opgenomen door verkeerd medicijngebruik; 19.000 van deze opnames zijn potentieel vermijdbaar, 6,6% hiervan resulteert in overlijden (HARM-onderzoek, 2006). Het zijn veelvoorkomende proble-

8. Bron: LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) 2011. De Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patient houdt het op 14%. D.Z.B. van Asselt, M.A.E. van Bokhorst-de van der Schuuren, M.G.M. Olde Rikkert, © 2010

9. Heijden E van der, Schols JMGA, Binsbergen JJ van, et al. Behandeling van ondervoeding noodzakelijk en (kosten)effectief onderdeel van medisch handelen. TSG. 2009;87:341-5.

men die een enorme impact hebben op het leven van mensen en hoge kosten met zich meebrengen. In het eindrapport van het HARM-onderzoek worden de jaarlijkse kosten van deze vermijdbare geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames op 85 miljoen euro becijferd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg schat dat het in 80% van de aan bijwerkingen gerelateerde opnames gaat om problemen in de dosering (IGZ 2004). De verpleegkundige binnen de VP heeft met name een rol bij het, na een ziekenhuisopname, in goede banen leiden van de medicatie-inname.

De aanname is dat jaarlijks 1 ziekenhuisopname kan worden voorkomen door beter zicht op de gebruikte medicatie, betere controle en betere afstemming na een ziekenhuisbezoek. In de berekeningen gaan we uit van een gemiddelde ligduur van 5,62 dagen, een gemiddelde kostprijs van een ziekenhuisbed van € 800,-. Dit levert een besparing op van € 4496,-.

5.1.7 Valincidenten

Ongeveer 30% van de zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder, de helft van de ouderen boven de 80 jaar en de helft van de cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen valt minstens één keer per jaar. Bijna 70% van de zelfstandig thuiswonenden ondervindt lichamelijke gevolgen van de laatste val, 6% heeft ernstig letsel, zoals een fractuur, bijna een kwart (23,5%) maakt gebruik van de gezondheidszorg (huisarts, fysiotherapeut, opname in ziekenhuis of verpleeghuis) en 17% wordt medisch behandeld als

gevolg van de val. Bijna een derde van de ouderen rapporteert een afname in het lichamenlijk functioneren als gevolg van de laatste val, 17% is sociaal minder actief en 15% lichamenlijk minder actief. Uiteindelijk kan dit zelfs leiden tot verlies van zelfstandigheid. Jaarlijks worden 66.000 senioren van 65 jaar en ouder behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) afdeling als gevolg van een val. Bijna de helft van hen is thuis of om het huis gevallen. 16% procent van alle 65-plussers die op een SEH afdeling komen na een val, wordt behandeld voor een heupfractuur.

De cijfers van Almere zijn nog alarmender. In de groep 80-plussers waren er binnen het zorggebied 37 valincidenten met (ernstig) lichamenlijk letsel.

De jaarlijkse totale directe medische kosten van valongevallen bij senioren van 65 jaar of ouder die zijn behandeld op een SEH afdeling of opgenomen zijn geweest, bedragen € 460,- miljoen. Alleen al de kosten voor SEH zijn zo'n € 7000,- per vallende 65-plusser. Van onze groep van 110 cliënten vallen er statistisch gezien jaarlijks zo'n 55. Daarvan zal 17% medisch behandeld moeten worden, dus 9,35.

De aanname in de mBC is dat door de VP het aantal valincidenten tot 40% (in plaats van 50%) kan worden beperkt. Dit scheelt 11 valincidenten. De besparing op jaarbasis is $11 * 17\%$. Dit is een kleine 2 valincidenten per jaar. In de businesscase rekenen we met 1 incident. Dat betekent een besparing van € 7.000,-

5.2 Baten met betrekking tot verpleeghuis

De belangrijkste baat van de VP voor de verpleeghuiszorg is minder crisisopnames in het verpleeghuis (met name in het weekend). De opbrengsten zijn dan tweemaal. Minder regeltaken in het verpleeghuis en geen duurdere en zwaardere zorg. Een opname gaat gepaard met veel regeltaken door de verpleeghuisarts en de afdelingsmanager van de PG-afdeling. Bij een opname is er voorbereidend werk door de verpleegkundigen binnen de VP gedaan. De patiënt is bekend, familie is ingelicht, huisarts wordt op de hoogte gesteld, etc. Hier zit een forse tijdbesparing voor de verpleeghuisarts en de manager. Ze zijn immers minder tijd kwijt met indiceren, informeren en coördineren. Voor de berekening van de hoogte van de baten, moeten we een schatting maken van het aantal opnames. We gaan er vanuit dat we bij 2 cliënten een crisisopname kunnen voorkomen. We gaan uit van 3 uur besparing per opname. Als gemiddeld uurtarief houden we € 40,- aan. De besparing is € 240,-. De tweede baat is dat een dure opname wordt voorkomen. Hierboven hadden we berekend dat de kosten thuis in vergelijking met een verpleeghuis ruim € 35,- lager zijn. Voor de mBC gaan we er vanuit dat de crisisopname 30 dagen heeft geduurd. De besparing is dan € 2100,- op jaarbasis.

5.3 Baten met betrekking tot ziekenhuis

Door een betere regie bij de mensen thuis, het beter monitoren van de situatie en de

lichamelijke achteruitgang, door het beter in kaart brengen van de mogelijkheden, zal er eerder aan de bel getrokken worden en kunnen dure (crisis) opnames en heropnames vermeden worden. In plaats van een opname in het ziekenhuis, zal dan een opname in het verpleeg- of verzorgingshuis plaatsvinden. De besparing is dat dit laatste goedkoper is (substitutie van zorg). Kosten in het ziekenhuis hebben vaak te maken met 'verkeerde bed problematiek'. Elk ziekenhuis kent het probleem van oudere patiënten die niet naar huis kunnen maar eigenlijk ook geen ziekenhuiszorg meer nodig hebben. Ze komen op de wachtlijst voor het verpleeghuis en zolang ze daar niet terecht kunnen, is er sprake van een 'verkeerdebedsituatie'. In 2007 ging het, volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, om 13.000 bedden. Onderzoek van Prismant toont aan dat in 2007 het gemiddelde verkeerde bedpercentage lag op 3,1% per ziekenhuis. De kosten van een verkeerd bed worden op jaarbasis geschat op zo'n € 30.000,- euro.

De baten voor het ziekenhuis ontstaan door minder opnames en kortere opnames.

Het ziekenhuis profiteert op verschillende manieren van de aanwezigheid van de VP:

- er zijn minder crisisopnames / heropnames¹⁰
- de opnames die er zijn, duren korter (patiënten moeten sneller naar huis kunnen en er is een snellere doorstroom)
- de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen in het kader van de overdracht worden minder.

10. In een door onderzoekers van het AMC, afdeling ouderengeneeskunde, uitgevoerde meta-analyse van alle studies op het gebied van transmurale zorg wereldwijd blijkt dat transitional care door verpleegkundigen, met huisbezoek kort na opname en overleg met huisarts heropnames reduceert. Dit effect wordt met name bij ouderen gezien. Er blijkt een reductie van tot wel 5% (van 20% naar 15% ongeplande heropnames).

5.3.1 Minder crisisopnames / heropnames

Onze aanname is dat 3% van de ouderen (85-plussers) jaarlijks (met een crisis) worden opgenomen in het ziekenhuis of op de spoedeisende hulp. De tweede aanname is dat dit door VP met de helft wordt vermindert. In de berekeningen gaan we uit van een gemiddelde ligduur van 5,62 dagen, een gemiddelde kostprijs van een ziekenhuisbed van € 800,- en de gemiddelde kostprijs van een dag verpleeghuiszorg € 165,-. We gaan weer uit van onze caseload van 110 cliënten. Van 3% crisisopname naar 1,5% is een vermindering van 1,65 cliënten. De besparing is $1,65 \text{ opnames} * 5,62 * (\text{€ } 800,- - \text{€ } 165,-) = \text{€ } 5888,-$ besparing.

5.3.2 Verkorten opnameduur

Ten tweede kan door de inzet van VP de gemiddelde opnameduur worden verkort. De thuissituatie is stabiel en door de juiste maatregelen kan iemand sneller naar huis. De aanname is dat 1,5% van de totale doelgroep (110) wél wordt opgenomen. De ligduur zal echter gemiddeld 2 dagen korter zijn. De totale besparing is $1,65 \text{ opnames} * 2 * \text{€ } 800,- = \text{€ } 2640,-$.

5.3.3 Verminderen tijd transferverpleegkundigen

Ten derde kan door de inzet van de VP de tijd door de transferverpleegkundigen afnemen. We doen de aanname dat zij 1 uur tijdsbesparing hebben. We gaan uit van een uurtarief van € 30,-. De besparing is $1,65 * 30 = \text{€ } 49,50,-$.

5.4 Baten met betrekking tot mantelzorgers

Uit veel onderzoek blijkt dat mantelzorgers zwaar tot zeer zwaar belast zijn. Recent onderzoek naar de situatie in Almere¹¹ laat zien dat 53% van de mantelzorgers zwaar tot zeer zwaar belast is.

Ook blijkt uit allerlei onderzoek dat de mantelzorg door de aanwezigheid en ondersteuning van een casemanager minder belast is omdat

- 1) er professionele zorg op maat aan de oudere wordt aangeboden
- 2) de mantelzorg advies en ondersteuning krijgt
- 3) door het aanbod aan welzijnsactiviteiten verlichting en ontspanning komt.

Door de werkwijzen binnen de Verpleegkundige Praktijk wordt het netwerk om de cliënt heen versterkt en de mantelzorg(s) ondersteund. De ontlasting van de mantelzorgers levert veel opbrengsten op, zoals vermindering van het aantal huisartsenbezoeken en medicatiegebruik, vermindering van depressieve klachten en gebruik van antidepressiva, toename van arbeidsparticipatie en verlaging van aan mantelzorg gerelateerd verzuim.

De baten met betrekking tot de mantelzorgers zijn de volgende¹²:

- vermindering van het aantal huisartsenbezoeken en medicatiegebruik
- vermindering van het aantal depressieve klachten en gebruik van antidepressiva
- toename van de arbeidsparticipatie
- verlaging van aan mantelzorg gerelateerd ziekteverzuim
- verlaging van opname (kortdurend) verlof

11. Spiegelrapport Dementiemonitor Mantelzorg 2011 - 2012

12. We baseren ons gedeeltelijk op de eerder gedane onderzoeken voor de Zorgketen Dementie Eindhoven. Daar is studie gedaan naar de opbrengsten van de inzet van de Zorgtrajectbegeleiders.

Hieronder werken we de baten uit. Bij de uitwerking van de baten gaan we er vanuit dat elke oudere één mantelzorgers heeft. We gaan rekenen met een groep van 110 mantelzorgers. We rekenen met 25%, waarbij dus de aanname is dat de effecten bij een kwart van de totale groep verwacht mogen worden.

5.4.1 Minder huisartsenbezoeken

Het aantal huisartsenbezoeken is bij mantelzorgers 3 tot 4 maal hoger dan bij leeftijdgenoten. Jaarlijks gaan mantelzorgers gemiddeld 12 maal naar de dokter. De aanname in businesscase is dat het huisartsenbezoek met 20% vermindert door de inzet van de VP. De daadwerkelijke besparing is een vermindering van het aantal huisartsenbezoeken van 12 per jaar naar 9,5 per jaar. De gemiddelde kosten per huisartsenbezoek zijn € 47,-¹³. De totale besparing op jaarbasis is: $2,5 * 47 * 27,5$ mantelzorgers = € 3232,-.

5.4.2 Minder medicatiegebruik

Ook de medicatie-inname is 3 tot 4 maal hoger bij mantelzorgers dan bij leeftijdgenoten. Dit wordt veroorzaakt door aanhoudende stress, vermoeidheid etc. De aanname is dat het medicatiegebruik met 20% afneemt. Dit door de ondersteuning die de mantelzorgers krijgen en de verlichting die ze voelen, door de inzet vanuit de VP. De daadwerkelijke besparing is een vermindering van het medicatiegebruik van 20% van € 1.200,- dat is € 240,- per jaar. De totale besparing op jaarbasis is $27,5 * € 240,- = € 6600,-$

5.4.3 Grotere arbeidsparticipatie

Recent onderzoek toont aan dat 23% van de mantelzorgers zich gedwongen voelt

minder te werken of zelfs helemaal te stoppen met werken. De Boer e.a. (2003) toont aan dat 5% van de mantelzorgers stopt met werken, 6% korter gaat werken, 5% werk afhoudt en 3% niet werkt terwijl men dat eigenlijk wel zou willen. In totaal wordt per mantelzorgers 552 uur op jaarbasis niet gewerkt die men wel zou kunnen en willen werken. Aanname in deze businesscase is dat mantelzorgers profiteren van de inzet van de VP en daardoor minder vaak stoppen met werken, minder vaak werk afhouden of korter gaan werken. We doen de voorzichtige schatting dat dit op jaarbasis per mantelzorgers 55,2 uur oplevert, dit is 10% van de hierboven genoemde 552 uur.

De daadwerkelijke besparing is een 55,2 uur extra uren die aan arbeid worden besteed per mantelzorgers. Dat is $55,2 * € 16,5,-$ (modaal inkomen) $x 27,5 = € 25.047,-$.

5.4.4 Lager zorgverlof

Uit onderzoek van Timmermans e.a. (2001) blijkt dat werkende mantelzorgers zich in vergelijking met niet werkenden meer belast voelen. 8% van de ondervraagden geeft aan zich vanwege overbelasting in een jaar te hebben ziek gemeld. Geschat wordt dat 5 tot 8% van de mantelzorgers zich ziek meldt omdat de combinatie mantelzorg en werken te zwaar is. 14% van de mantelzorgers doet een beroep op zorgverlof, met name kortdurend verlof.

Voor de businesscase gaan we rekenen met 10% van de totale groep van mantelzorgers. Dit zijn er 11. We gaan er vervolgens ook vanuit dat er 2 ziektedagen / zorgverlofdagen op jaarbasis minder worden opgenomen. De daadwerkelijke besparing is 11 mantelzorgers $x € 264,- = € 2904,-$.

5.5 Baten met betrekking tot de organisatie

5.5.1 Minder uitstroom

Uit onderzoeken van Menzis¹⁴ en Actiz blijkt dat het verloop in de zorgsector groot is en dat veel medewerkers denken aan stoppen met hun werk door burn-out, ziekte en gebrek aan werkplezier. 40 procent denkt over een andere baan. De zorg heeft de medewerkers de komende jaren echter hard nodig. Binnen de verpleegkundige praktijk worden de professionals (weer) centraal gesteld. De uitoefening van het vak voert de boventoon. Dit maakt de organisatie aantrekkelijk om voor te werken. Het verloop van medewerkers betekent een grote kostenpost voor veel organisaties. De schatting van de kosten van een medewerker die vertrekt, verschillen. De schattingen lopen uiteen van € 15.000,- tot € 20.000,- per medewerker. Als we aannemen dat het gemiddelde verloop binnen ZGA 10% is en als we vervolgens ook aannemen dat we dit met de helft kunnen terugdringen, dan levert dit een behoorlijke besparing op. De besparing is $1,5 \text{ FTE} * 0,05$. De besparing is $0,075 \text{ FTE} * € 15.000,- = € 1125,-$. De concurrentie-positie van ZGA verbetert.

Het imago verbetert waardoor ZGA meer klanten aan zich kan binden. Hierdoor zal er wellicht meer instroom zijn. Dit hebben we in de berekeningen niet meegenomen.

5.5.2 Minder ziekteverzuim

Binnen de VP neemt beroepstrots en het werkplezier nemen toe. Ook de zelfstandigheid en het meer van 'eigen kunnen' inzetten. Dit heeft als effect meer verbonden en geboeide medewerkers. En dat heeft

als effect een lager verzuim. De afgelopen periode is hier al onderzoek naar gedaan. Het ziekteverzuim in 2011 binnen de VP was 3,6%. In de reguliere teams was het gemiddelde verzuim in 2011 8,2%.

We doen op basis hiervan de aanname dat het verzuim met 3% kan dalen. Voor 1,5 FTE en een gemiddeld loon van € 35.000,- betekent dit een besparing van € 1575,-.

5.5.3 Efficiënter werken

Er kan efficiënter worden gewerkt omdat de lijnen korter zijn, er meer en sneller kennis beschikbaar is en vaker een warme overdracht plaatsvindt. Ook deze opbrengst is bevestigd in een recent onderzoek van NPCF en V&VN. De opbrengst hiervan is verdisconteerd in de 5.1.1 en 5.1.3.

5.6 Baten met betrekking tot huisartsenzorg

Door de inzet van de VP zal de huisarts efficiënter ingezet kunnen worden door minder oneigenlijke hulpvragen en minder werk bij crisisopnames (bijvoorbeeld over zorg). Hierdoor ontstaat ruimte voor huisartsen om zich meer te verdiepen in de medische problemen van patiënten. De winst die hierdoor behaald wordt, is substitutie van duurdere huisartsenzorg naar goedkopere verpleegkundige zorg.

Voor de kosten van een huisarts op jaarbasis gaan we uit € 97.000,- (€ 53,80,- per uur), kosten WV op jaarbasis € 48.000,- (€ 26,60,- per uur). Het is niet eenvoudig een aanname te doen van de besparing in uren. We gaan uit van 5 uur per cliënt per jaar, dus in totaal 550 uur. De totale opbrengsten zijn: € 14.960,-

5.7 Baten met betrekking tot indicatiestelling

Er zijn baten met betrekking tot de indicatiestelling. Gemeenten kunnen sneller en efficiënter hun indicaties stellen. Voor de gemeenten is er ook de baat dat er een passend advies met betrekking tot WMO-voorzieningen gegeven kan worden. Door de aanwezigheid van een VP in een cliënt-situatie kan sneller en efficiënter worden geïndiceerd, vaak zonder een huisbezoek. Dit levert in ieder geval tijdswinst op voor

de indicatiestellers en in veel gevallen kwaliteitswinst omdat de VP een accuraat beeld van de situatie kan schetsen en goed kan inschatten wat er op dat moment en in de toekomst nodig is. De aanname is dat de indicatietijd per casus met 60 minuten kan verminderen. Een aanname is dat jaarlijks 20% van de totale groep een beroep doet op huishoudelijke verzorging. We gaan uit van een gemiddeld uurloon van € 20,-. Dit betekent een besparing van $22 \times 20 = € 440,-$.

5.8 Samenvatting maatschappelijke baten

IMPACTBEOORDELING STAKEHOLDERS Verpleegkundige praktijk	Geschatte impact- waarde
Subdoel	
Cliënt: minder uren thuiszorg	€ 37.500
Cliënt: minder doorverwijzingen naar de 2e lijn	€ 1.513
Cliënt: minder stapeling van zorg / efficiëntie	€ 37.500
Cliënt: uitstellen van opname	€ 27.412
Cliënt: betere voeding	€ 3.000
Cliënt: minder medicatiefouten	€ 4.496
Cliënt: minder valincidenten	€ 7.000
Verpleeghuis: minder crisisopnames	€ 2.340
Ziekenhuis: minder crisis en heropnames	€ 5.888
Ziekenhuis: verkorten opnameduur en tijdwinst transferverpleeg.	€ 2.710
Mantelzorgers: minder huisartsenbezoek	€ 3.232
Mantelzorgers: minder medicatiegebruik	€ 6.600
Mantelzorgers: grotere arbeidsparticipatie	€ 25.047
Mantelzorgers: lager zorgverlof	€ 2.904
Organisatie: minder uitstroom	€ 1.125
Organisatie: minder ziekteverzuim	€ 1.575
Efficiëntere inzet huisartsenzorg	€ 14.960
Efficiëntere indicatiestelling	€ 440
TOTAAL	€ 185.242

6. Conclusie

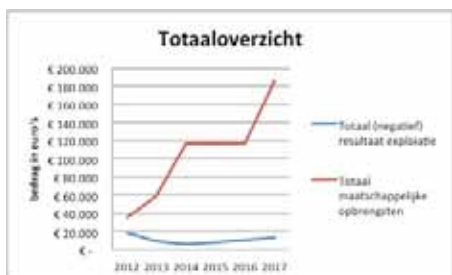


Totaaloverzicht opbrengsten uit maatschappelijke baten	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAAL RESULTAAT EXPLOITATIE	€ 19.540 -	€ 9.952 -	€ 5.682 -	€ 8.210 -	€ 10.788 -	€ 13.419 -
Totaal verwachte maatschappelijke opbrengsten	€ 35.380	€ 58.967	€ 116.934	€ 116.934	€ 85.242	€ 185.242
TOTAAL RESULTAAT	€ 15.840	€ 49.015	€ 111.252	€ 108.724	€ 74.454	€ 171.823

De verschillende stakeholders (Zorgkantoor, Zorgverzekeraar, Gemeente, Zorggroep Almere en Maatschappij) profiteren van de VP in de volgende verhoudingen.



Een vergelijking tussen de kosten en opbrengsten ziet er als volgt uit:



Eindconclusie

Al direct vanaf 2012 is er een positief verschil tussen de exploitatie en de maatschappelijke baten. Vanaf 2013 levert het project fors meer op aan maatschappelijke baten dan dat er kosten zijn.

De opbrengsten worden behaald voor zowel het zorgkantoor, de zorgverzekeraars, de gemeente en Zorggroep Almere. De kosten voor de exploitatie liggen echter geheel bij Zorggroep Almere. Het is nu aan deze partijen om gezamenlijk de verantwoordelijkheid te nemen voor de exploitatie van de verpleegkundige praktijk. Gedacht kan worden aan een verschuiving van middelen van de tweedelij naar de eerstelij en bestaande middelen te herverdelen. Dit is een logische gedachte omdat er ook substitutie van zorg plaatsvindt van de tweedelij, Zvw, naar de eerstelij, AWBZ. Over de gehele linie vindt er een verschuiving plaats. Het zorgkantoor kan hierbij de regierol voor haar rekening nemen. Als alle partijen de handen in één slaan, kan deze veelbelovende innovatie tot volle wasdom komen.





Zorggroep Almere

Randstad 22 - 01

1316 BN Almere

tel. 036 - 54 54 000

info@zorggroep-almere.nl

www.zorggroep-almere.nl

© april 2013

Zorglijn Almere

Tel. 0900 - 77 55 777

(lokaal tarief)

Bereikbaar op maandag t/m vrijdag

van 8.00 - 18.00 uur.

