

REGIONAAL ZORGLANDSCHAP WEST-ACHTERHOEK NA 2020

voor

Azora, Careaz, Markenheem, Sensire,
Slingeland Ziekenhuis

auteur

Henk Nouws

Ruimte voor zorg bv

Research en advies in wonen en zorg
Postbus 2038, 3800 CA AMERSFOORT
tel 033 - 465 54 51
fax 033 - 465 34 81
www.ruimtevoorzorg.nl

1 oktober 2013

INHOUD

1	Inleiding	1
2	Samenvatting en conclusies	2
2.1	De trend.....	2
2.2	Substitutie en innovatie.....	2
2.3	Conclusies	2
3	Kwantitatieve ontwikkelingen 2013 - 2033	4
3.1	Bevolkingsontwikkeling	4
3.2	Ontwikkeling intramurale capaciteit	6
3.3	Transfers van ziekenhuis naar AWBZ instellingen.....	7
3.4	CVA en Electieve Orthopedie	14
3.5	Verblijf voor mensen met dementie	15
3.6	Wonen met zorg	18
4	Kwalitatieve analyse.....	24
4.1	De wens om thuis te blijven wonen.....	24
4.2	Wanneer gaan ouderen toch verhuizen?	25
4.3	schuivende panelen in de bekostiging	27
5	Zorglandschap West-Achterhoek na 2020	28
5.1	Medisch domein	28
5.2	Maatschappelijk domein	29
5.3	Kern-AWBZ.....	30
5.4	Schakels en ketens	30
5.5	Randvoorwaarden.....	30

1 INLEIDING

De groei van het aantal ouderen zet nog decennia door. Dit hoeft niet automatisch te betekenen dat het aanbod van zorgvoorzieningen in gelijke mate meegroeit. Er kunnen andere oplossingen worden bedacht, oplossingen die naar de ouderen toe worden gebracht in hun eigen woonsituatie en hun eigen omgeving.

Deze notitie analyseert de groei van het aantal ouderen in de West-Achterhoek en de toenemende druk die daardoor ontstaat op zorgvoorzieningen.

De uitkomst van deze analyse is niet dat daarom meer van hetzelfde gebouwd moet gaan worden. Nee, de kwalitatieve analyse van de vraagzijde en de analyse van de bekostigingssystematiek van de zorg, leiden tot de conclusie dat het zorgaanbod zich beter kan voegen naar de wensen van ouderen door zich te richten op slimmere oplossingen thuis. Het aantal ouderen zal toenemen, de problematiek in de thuissituatie zal complexer worden, maar innovaties in de extramurale en transmurale zorg zullen daar op in spelen. Gebouwde voorzieningen zullen niet verdwijnen, maar van karakter veranderen, moderniseren, vaker als tussenoplossing dienst doen.

Deze notitie eindigt met een schets van het zorglandschap van de toekomst. Deze is in bepaalde opzichten specifiek voor de regio West-Achterhoek. In andere opzichten zijn de trends landelijk, of zelfs internationaal te noemen.

Deze notitie is opgesteld in opdracht van vijf zorgaanbieders in de West-Achterhoek: Azora, Careaz, Markenheem, Sensire en het Slingeland Ziekenhuis. Deze aanbieders bewegen zich zowel in de cure als in de care. De centrale vraag is welke ontwikkelingen er plaatsvinden op de middellange termijn en welke antwoorden dat vraagt van alle spelers. Het eindplaatje is een schets van het toekomstige zorglandschap in de West-Achterhoek.

Dit zorglandschap van de toekomst komt er niet vanzelf. Het vraagt om een doelgerichte inzet van alle stakeholders. De initiatiefnemers van dit onderzoek willen hun visie delen met andere belanghebbenden en hopen dat dit leidt tot gedeelde bevindingen.

2 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

2.1 DE TREND

Over de jaren heen hebben zich enkele belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. De cijfers in deze notitie laten zien dat deze ontwikkelingen volop aan de gang zijn en ook kenmerkend zullen zijn voor de komende decennia. De belangrijkste trends zijn:

1. Toenemende vergrijzing in combinatie met ontgroening
2. Ouderen blijven langer thuis wonen
3. Groeiende mogelijkheden van de cure bij verdere beperking van de ligduur
4. Inkrimping van het traditionele intramurale aanbod

2.2 SUBSTITUTIE EN INNOVATIE

De hoofdconclusie van deze studie is dat er behoefte is aan een beleid dat deze trends volgt, ondersteunt en versterkt, zowel in het medische domein als in het maatschappelijke domein, cure en care. De rode draad hierbij is substitutie: minder nadruk op intramurale oplossingen en meer nadruk op transmurale en extramurale oplossingen.

Meer nadruk op extramurale oplossingen - zorg thuis – vraagt om innovaties: nieuwe wegen om de zorg aan te bieden en intensieve dwarsverbanden tussen aanbieders op het gebied van cure en care.

Het beeld voor de komende decennia zal zijn dat er veel meer (zeer) oude mensen komen, die langer thuis wonen, met complexere problematiek. Zij zullen met hun vragen en problemen op het gebied van hun gezondheid en welzijn een beroep doen op een reeks aan voorzieningen, tegelijkertijd of volgtijdelijk: behandeling in het ziekenhuis, reactivering in een transmurale voorziening, nabehandeling thuis met inzet van eerste lijn en specialistische thuiszorg, nazorg en maatschappelijke ondersteuning in de thuissituatie. Dit is het zorglandschap van de toekomst.

2.3 CONCLUSIES

Substitutie zal het zorglandschap, in de gehele breedte van de cure en care, veranderen:

1. Het zorglandschap in het medische domein

Er is behoefte aan een keten van voorzieningen die flexibel en snel inspeelt op individuele problematiek. Traditioneel langdurig verblijf zal worden gesubstitueerd door transmurale oplossingen en zorg aan huis. Ziekenhuis en verpleeghuis zullen nauwer samenwerken om snelle behandeling, nabehandeling en reactivering mogelijk te maken. Thuiszorg en eerste lijn zetten de nabehandeling voort in de thuissituatie.

De vergrijzing vraagt niet per se om meer capaciteit in bedden, maar om moderne voorzieningen en nieuwe vormen van samenwerking in de transmurale en extramurale zorgprocessen.

Speerpunten om dit te bereiken zijn investeren in samenwerking en expertise op het snijvlak van cure en care, ontwikkeling van een zorghotel / centrum voor geriatrische

reactivering, versterking van de eerste lijn en versterking van de specialistische thuiszorg. Verbinding tussen de verschillende disciplines onderling, en tussen het medische domein en maatschappelijke domein, kan worden bereikt door slimme schakels zoals de wijkverpleegkundige, en ketens zoals gespecialiseerde, sectoroverstijgende zorgprogramma's.

2. Het zorglandschap op het gebied van dementie

Langdurig verblijf is en blijft nodig voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. De sterke toename van dementie vraagt om een uitbreiding van de verblijfs capaciteit. Die kan iets achterblijven bij de groei van de vraag indien we in staat zijn om beter om te gaan met dementie in de thuissituatie.

Twee speerpunten van beleid zijn hierbij denkbaar. Allereerst is een samenhangend en doelgericht beleid in het maatschappelijke domein noodzakelijk, gericht op de ondersteuning van mensen met dementie in de thuissituatie. Op de tweede plaats moet de transitie van de verblijfsvoorzieningen richting kleinschaligheid en veelvormigheid worden doorgezet. Omdat de nadruk ligt op welzijn en niet op behandeling, is demedicalisering mogelijk.

3. Het zorglandschap in het maatschappelijke domein

Ouderen met een combinatie van problemen op het gebied van gezondheid, sociaal isolement en regieverlies kunnen in een situatie terechtkomen dat zij het moeilijk redden thuis.

Een deel van de oplossing bestaat uit betaalbare woonvoorzieningen met extra waarborgen in zorg en welzijn. Deze woonzorgvoorzieningen zijn een alternatief voor het verzorgingshuis. Hieraan kan respijtzorg gekoppeld worden, de vroegere "tijdelijke opname". Veel ouderen zullen ondanks hun problemen thuis willen blijven wonen, en dit is mogelijk door een goede beschikbaarheid van thuiszorg en een goed functionerend sociaal steunsysteem. De noodzaak tot verhuizen naar dergelijke woonzorgvoorzieningen wordt op lange termijn getemperd naarmate meer ouderen anticiperend verhuizen naar geschikte reguliere appartementen op centrumlocaties.

3 KWANTITATIEVE ONTWIKKELINGEN 2013 - 2033

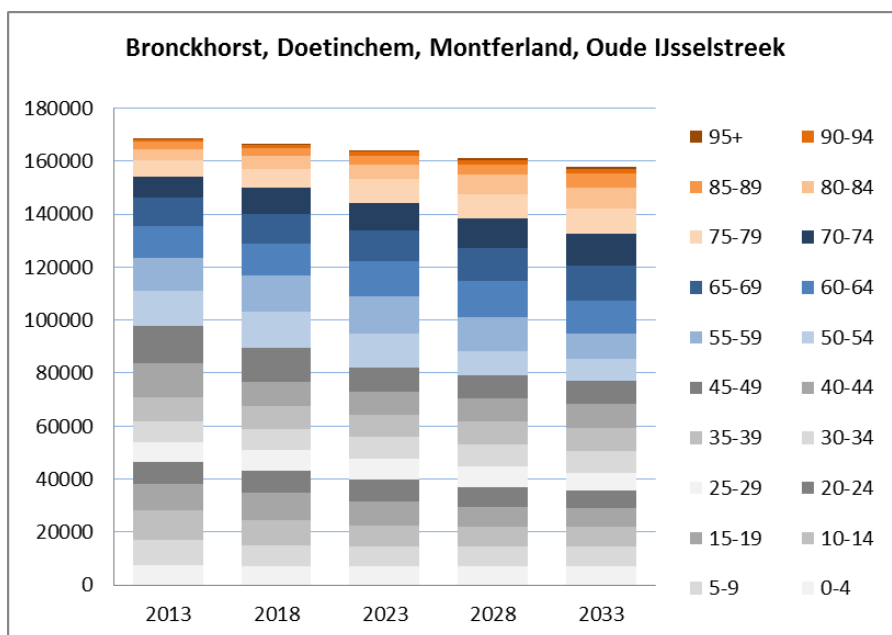
3.1 BEVOLKINGSONTWIKKELING

Vier "footprint" gemeenten

Onze analyse concentreert zich op vier gemeenten die het zwaartepunt vormen van het werkgebied van het Slingeland Ziekenhuis: de stand Doetinchem en de omliggende kleinere en grotere kernen in de gemeenten Bronckhorst, Oude IJsselstreek en Montferland. Daarnaast presenteren we gegevens van Aalten, aangezien Dinxperlo zich ook vooral oriënteert op Doetinchem.

De bevolking in deze vier gemeenten neemt de komende twintig jaar af van 168-duizend naar 158-duizend, zie onderstaande figuur.

Figuur 1 Bevolkingsontwikkeling vier gemeenten samen, absoluut, 2013 - 2033 (bron: provincie Gelderland / Primos)

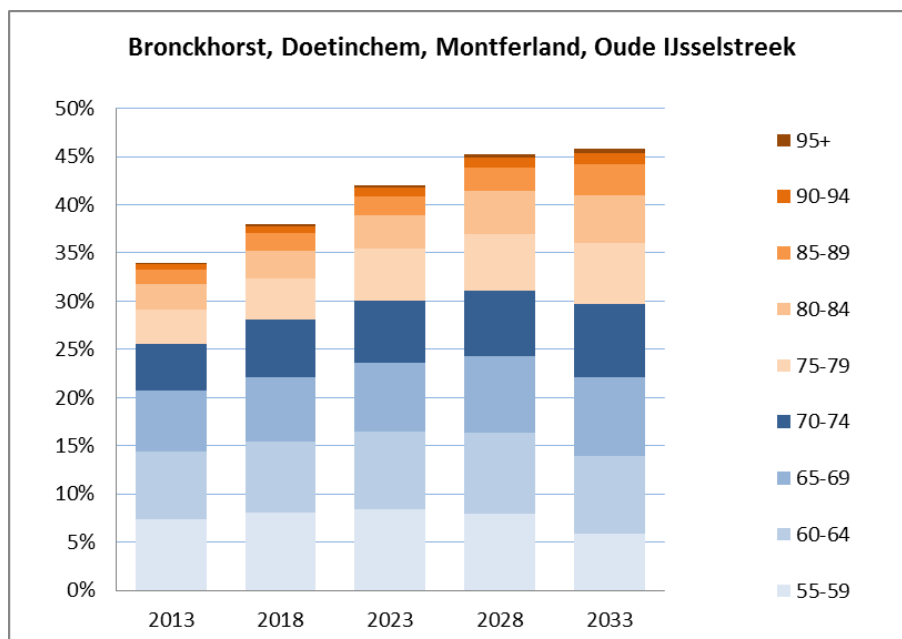


De voorspelling is dat de oudere generaties voor een belangrijk deel in het gebied blijven wonen. De naoorlogse geboortegolf zorgt voor een sterke toename van de hogere leeftijdscategorieën. Het aandeel ouderen op de totale bevolking neemt de komende twintig jaar sterk toe:

- Het aantal 75-plussers neemt toe van 14-duizend tot 25-duizend;
- Het aandeel 75-plussers stijgt van 8% naar 16%, een verdubbeling;
- De toekomst betekent meer ouderen, en minder jongeren om daar voor te zorgen. Ouderen helpen ouderen.

Zie onderstaande figuur.

Figuur 2 *Bevolkingsontwikkeling vier gemeenten samen, aandeel 55+ in totale bevolking, 2013 - 2033 (bron: provincie Gelderland / Primos)*



Ieder van de gemeenten heeft wel een eigen karakter. De mate van vergrijzing in Doetinchem is bijvoorbeeld iets lager dan in de landelijke gebieden er omheen. Aalten groeit nog een beetje de komende jaren, en dat vertaalt zich in een relatief lagere vergrijzing. Alle genoemde gemeenten moeten er op rekenen dat de groep 75-plussers, de groep die veel gebruik maakt van zorg, met duizenden personen toeneemt de komende jaren.

Tabel 1 *Bevolkingsontwikkeling 2013 - 2033, kerncijfers (bron: provincie Gelderland / Primos)*

	2013			2033			Verandering 2013 - 2033		
	Bevolking	75+	% 75+	Bevolking	75+	% 75+	Bevolking	75+	% 75+
Doetinchem	56.437	4.410	7,8%	54.940	7.843	14,3%	-1.497	3.433	6,5%
Bronckhorst	37.282	3.561	9,6%	34.344	5.757	16,8%	-2.938	2.196	7,2%
Oude IJsselstreek	39.761	3.378	8,5%	37.048	6.350	17,1%	-2.713	2.972	8,6%
Montferland	34.882	2.884	8,3%	31.466	5.403	17,2%	-3.416	2.519	8,9%
Vier gemeenten	168.362	14.233	8,5%	157.798	25.353	16,1%	-10.564	11.120	7,6%
Aalten	27.350	2.228	8,1%	28.063	3.930	14,0%	713	1.702	5,9%

In welke mate blijven deze 75-plussers in hun eigen huis wonen, zelfstandig wonen? De prognose is zoals hij is. In een volgend hoofdstuk komt de verhuisgeneigdheid van ouderen uitgebreid aan de orde. In de aantallen is al rekening gehouden met verhuisbewegingen. Kwalitatieve en kwantitatieve trends opgeteld moeten we er van uitgaan dat deze ouderen inderdaad verspreid over stad en land zullen wonen, en dat de zorgvraag dus ook een gespreid karakter zal kennen.

3.2 ONTWIKKELING INTRAMURALE CAPACITEIT

We hebben gezien dat het aantal ouderen fors toeneemt de komende twintig jaar. Op dit moment verblijven veel van hen nog in verzorgingshuizen. Het kabinetsbeleid is er op gericht om de verzorgingshuizen oude stijl te sluiten. Het idee is dat ouderen met een behoorlijke zorgvraag dan kunnen verhuizen naar een gelijksoortig type voorziening, maar waar ze zelf de kosten van het wonen en het verblijf betalen. Alleen de zorg wordt dan nog vergoed uit de Awbz, of een andere verzekering. Verzorgingshuizen oude stijl kunnen zich omvormen tot dergelijke nieuwe woonzorgvoorzieningen.

In een onderzoek van de provincie Gelderland wordt de huidige capaciteit en toekomstige geïnventariseerd. Het resultaat geeft een beeld van de ontwikkeling van het aanbod voor de komende circa 5 jaar.

Tabel 2 Ontwikkeling intramurale capaciteit, (bron: provincie Gelderland)

			Aalten	Bronckhorst	Doetinchem	Montferland	Oude IJsselstreek
Verzorgingshuis	Huidig	Regulier	129	198	265	152	218
		Meerzorg	0	42	26	0	13
		Totaal	129	240	291	152	231
	Toekomstig	Regulier	129	76	158	49	80
		Meerzorg	0	0	8	12	37
		Totaal	129	76	166	61	117
Verpleeghuis	Huidig	PG	0	18	123	58	0
		Somatiek	10	12	135	48	74
		GRZ	0	0	25	0	34
		ZZP9	0	0	0	0	6
		Totaal	10	30	283	106	114
	Toekomstig	PG	0	18	140	25	0
		Somatiek	10	36	102	78	74
		GRZ	0	0	40	0	34
		ZZP9	0	0	0	0	6
		Totaal	10	54	282	103	114
Kleinschalig wonen	Huidig	PG	104	55	86	47	245
		Somatiek	12	0	14	20	0
		Totaal	116	55	100	67	245
	Toekomstig	PG	104	103	117	107	295
		Somatiek	12	0	48	20	10
		Totaal	116	103	165	127	305
Seniorenwoningen	Huidig	12	264	369	131	340	
	Toekomstig	12	264	408	131	340	

De intramurale capaciteit licht wordt snel afgebouwd. De verpleeghuiscapaciteit neemt toe (cijfers inclusief Aalten):

- De intramurale capaciteit van de verzorgingshuizen in Doetinchem, Bronckhorst, Oude IJsselstreek en Montferland krimpt tot 51% van het huidige niveau. De rest wordt grotendeels omgezet in scheiden wonen en zorg, is het plan van de meeste organisaties
- Ook de meerzorgafdelingen krimpen.

- Daarentegen neemt de capaciteit voor mensen met dementie toe.
- Ook de capaciteit somatiek neemt toe: dit is deels capaciteit die vrijkomt in de verzorgingshuizen, dus een voorbeeld van transformatie.
- De totale intramurale capaciteit neemt duidelijk af.
- Er is een flinke capaciteit aanleunwoningen. Verzorgingshuizen die sluiten, laten vaak ook verweesde aanleunwoningen achter.

Deze cijfers zijn zeer voorlopig. Zorgorganisaties zijn nog volop bezig hun positie te bepalen op basis van wat de rijksoverheid gaat beslissen, en dat traject is nog niet duidelijk.

Tabel 3 Ontwikkeling intramurale capaciteit (bron: provincie Gelderland)

	Huidig	Toekomstig	Verandering	
			abs	%
Verblijf licht excl meerzorg	962	492	-470	51%
Meerzorg	81	57	-24	70%
Verblijf zwaar PG	736	909	173	124%
verblijf zwaar somatiek	325	390	65	120%
Totaal	2104	1848	-256	88%
Aanleunwoningen	1116	1155	39	103%

3.3 TRANSFERS VAN ZIEKENHUIS NAAR AWBZ INSTELLINGEN

Toelichting

De nu volgende cijfers zijn afkomstig uit de registratie van het Slingeland Ziekenhuis. Het betreft transfers van in het ziekenhuis opgenomen cliënten naar AWBZ instellingen, verzorgingshuis en verpleeghuis. De opnames in verzorgings- of verpleeghuis kunnen langdurend of kortdurend zijn. De cijfers hebben betrekking op 2012. De geriatrische revalidatie werd in dat jaar nog geregistreerd als een ZZP9a.

De geregistreerde transfers zijn allemaal bewegingen van thuis naar intramuraal, via het ziekenhuis. Er zitten geen cliënten tussen die al intramuraal verbleven ten tijde van de opname. Evenmin zijn in deze registraties de cliënten opgenomen die weer naar huis gingen.

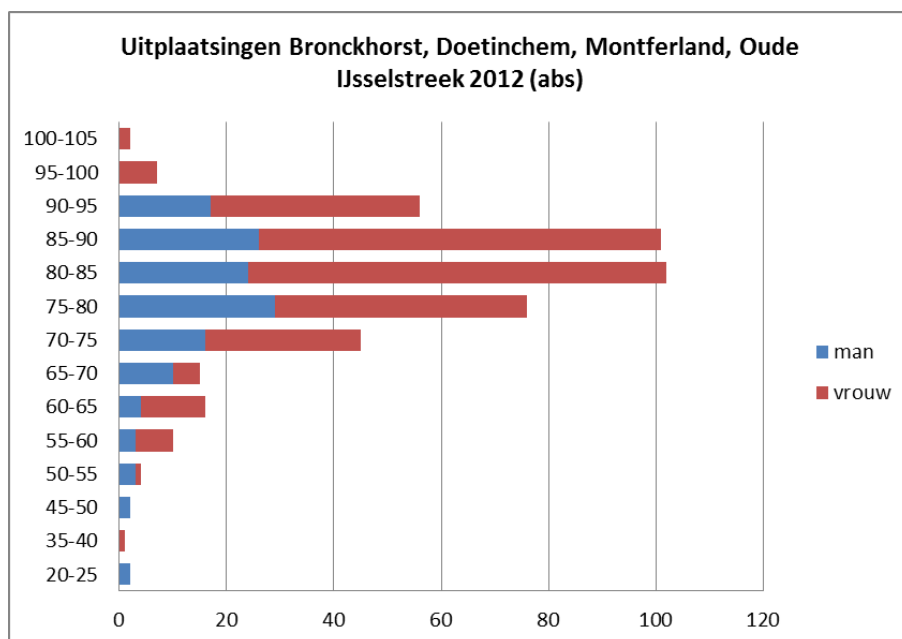
De registratie is exclusief de CVA en Electieve Orthopedie, omdat deze een eigen transferprocedure kennen. In een volgende paragraaf komen we daar op terug.

De registratie is extra waardevol omdat woonplaats, leeftijd en geslacht van de cliënt zijn geregistreerd. Hierdoor is het mogelijk om een "footprint" te maken: het percentage mensen uit een bepaalde leeftijds/sexe-klasse die via het Slingeland ziekenhuis zijn bemiddeld naar intramuraal. Met deze footprint kunnen we een trend berekenen naar de toekomst.

Footprint

Onderstaande figuur toont het totaal aan transfers ziekenhuis → intramuraal in het jaar 2012 naar de vier gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Montferland en Oude IJsselstreek. Het totaal aantal transfers naar deze vier gemeenten is 439.

Figuur 3 Transfers van ziekenhuis naar intramuraal verblijf, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)

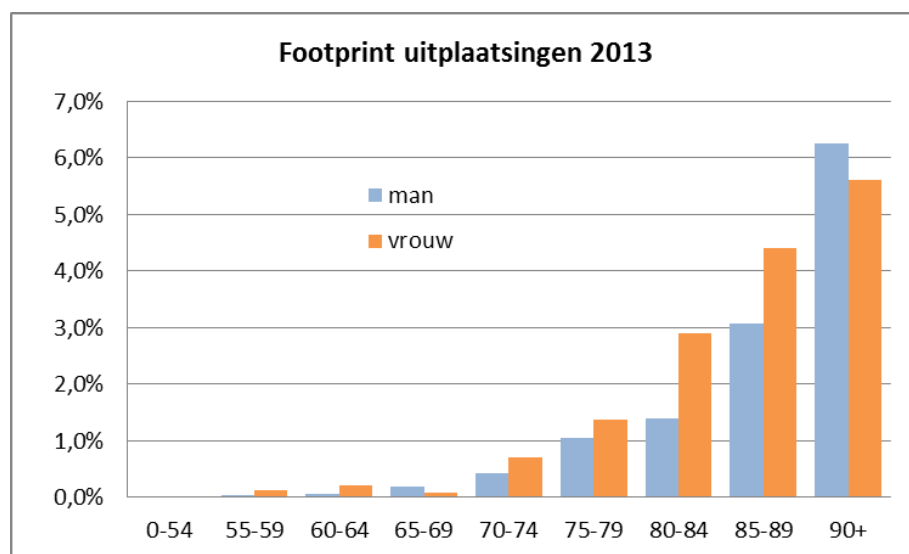


De footprint – aandeel per leeftijd-sexe-klasse – van deze transfers binnen de gemeenten Doetinchem, Bronckhorst, Oude IJsselstreek en Montferland is als volgt:

Tabel 4 Footprint (aandeel per leeftijd-sexe-klasse) van transfers van ziekenhuis naar intramuraal verblijf, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)

	man	vrouw
0-54	0,0%	0,0%
55-59	0,0%	0,1%
60-64	0,1%	0,2%
65-69	0,2%	0,1%
70-74	0,4%	0,7%
75-79	1,1%	1,4%
80-84	1,4%	2,9%
85-89	3,1%	4,4%
90+	6,3%	5,6%

Figuur 4 Footprint (aandeel per leeftijd-sexe-klasse) van transfers van ziekenhuis naar intramuraal verblijf, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)



Prognose transfercapaciteit 2013 - 2033

Door de footprint te combineren met de bevolkingsprognose, verkrijgen we een inschatting van de groei van het aantal uitplaatsingen. Onderstaand volgt de prognose van het aantal transfers ziekenhuis → intramuraal tussen 2013 – 2033 in de gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Montferland en Oude IJsselstreek:

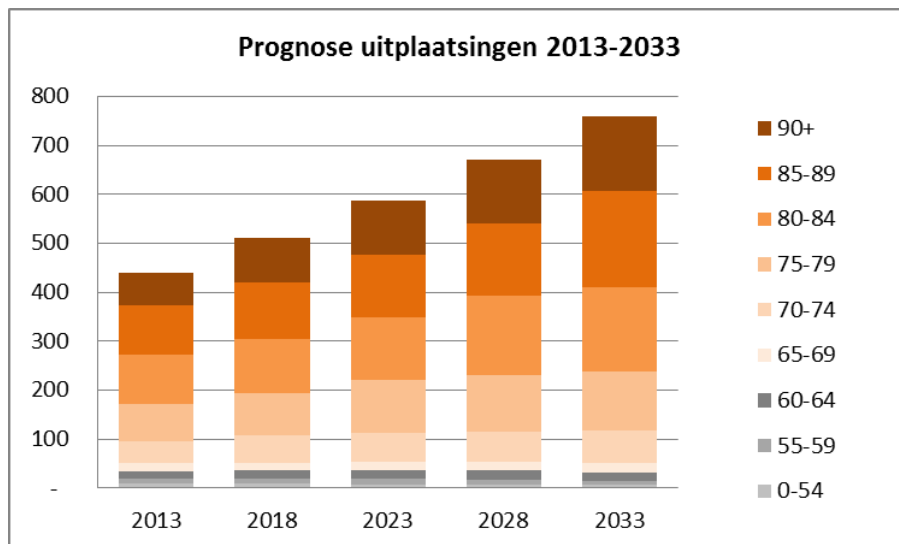
Tabel 5 Prognose groei transfers ziekenhuis → intramuraal, 2013 – 2033 (bron: Slingeland Ziekenhuis / Ruimte voor zorg)

	absoluut					index 2013=100	
	2013	2018	2023	2028	2033	2023	2033
0-54	9	8	8	7	7	85	77
55-59	10	11	11	10	8	111	77
60-64	16	16	18	18	17	112	108
65-69	15	16	16	18	18	109	121
70-74	45	56	59	61	67	131	148
75-79	76	87	110	116	121	144	159
80-84	102	110	126	162	173	124	169
85-89	101	115	127	149	196	126	194
90+	65	91	112	129	151	172	232
Totaal	439	511	587	671	758	134	173

Op basis van de groei van de oudere bevolking zou het aantal transfers de komende 10 jaar 34% toenemen, en de komende twintig jaar 73%. Door het wegvallen van de verzorgingshuizen en de verdere transformatie van verpleeghuizen zal er in de praktijk anders moeten worden omgesprongen met deze groei, bijvoorbeeld meer nadruk op nabehandeling in de thuissituatie of het bekorten van de ligduur in de intramurale voorzieningen.

Dezelfde gegevens als in de tabel hierboven, zijn hieronder weergegeven in de vorm van een grafiek:

Figuur 5 Prognose groei transfers ziekenhuis → intramuraal, 2013 – 2033 (bron: Slingeland Ziekenhuis / Ruimte voor zorg)



Interpretatie

De geregistreerde transfers zijn individuen die vanwege een bepaald ziektebeeld opgenomen zijn in het ziekenhuis en daarna niet terug naar huis kunnen. Een deel moet revalideren of heeft een nabehandeling nodig. Een deel is niet meer in staat zelfstandig thuis te wonen.

Het toekomstbeleid van de overheid is gericht op het terugbrengen van het klassieke intramurale aanbod. De lichte vorm van intramuraal aanbod verdwijnt. De zwaardere vorm van intramuraal aanbod verandert van profiel: deels langdurig verblijf voor mensen met een psycho-geriatrie aandoening, deels transmuraal verblijf voor mensen met een somatische aandoening.

Wanneer de relatieve incidentie van de belangrijke ziektebeelden in de toekomst gelijk blijft – dus geen toename, geen afname – dan geldt dat de hierboven berekende prognose ons een goed beeld geeft van de benodigde transfercapaciteit. Het karakter van intramuraal verblijf verandert, maar de uitstroom – de benodigde transfercapaciteit – vanuit het ziekenhuis blijft.

De omvang van deze uitstroom zal in tien jaar toenemen met 34% en in twintig jaar met 73%. Deze toename is opmerkelijk, omdat de bevolking als geheel in deze vier gemeenten afneemt van 168-duizend in 2013 tot 158-duizend in 2033. De toename van de benodigde transfer capaciteit is dan ook een gevolg van de vergrijzing van de bestaande bevolking.

Let op: deze cijfers hebben dus betrekking op vier gemeenten. Cliënten uit deze vier gemeenten maakten 84% uit van het aantal transfers in 2012. Omdat het Slingeland ziekenhuis dus ook cliënten opneemt uit andere gemeenten, is de totale transfercapaciteit

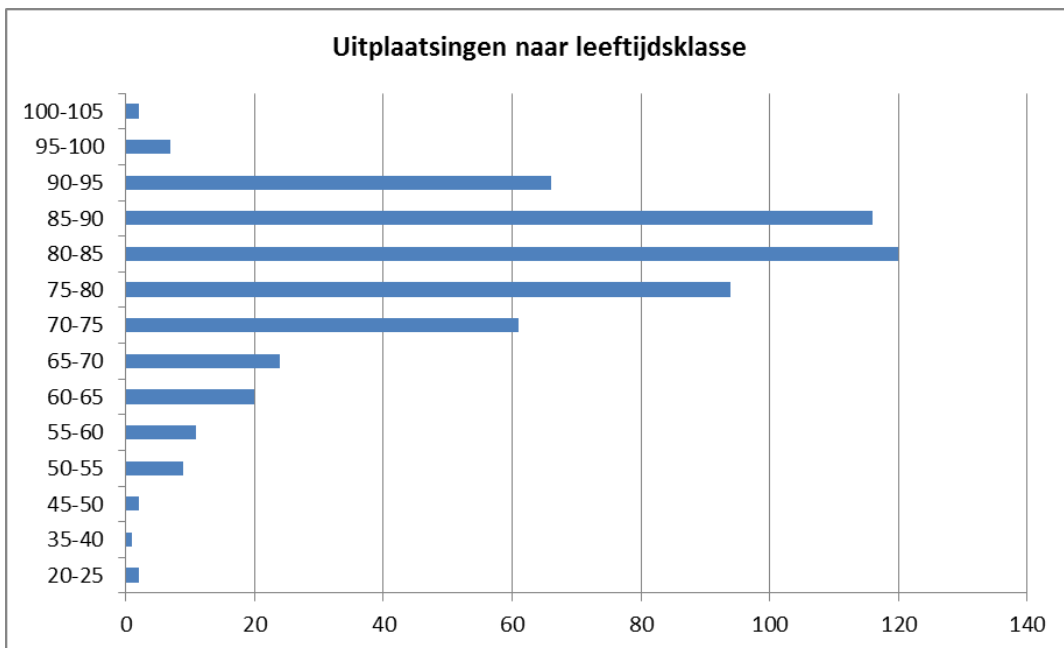
teit groter. CVA en Electieve Orthopedie zijn niet in deze cijfers inbegrepen, maar komen in een volgende paragraaf aan de orde.

Kenmerken

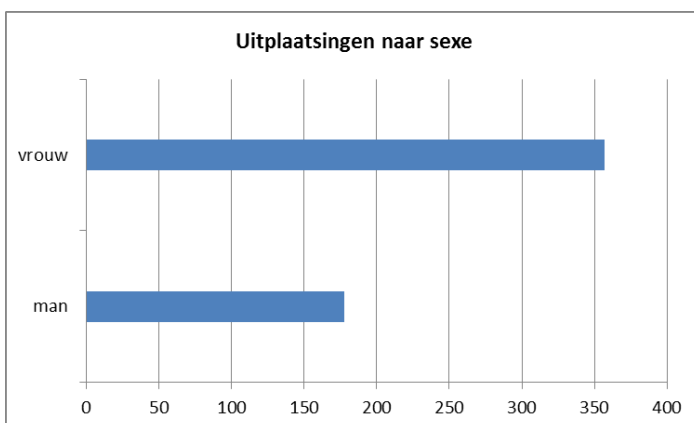
Het is interessant om enige kenmerken van de populatie mensen die uitgeplaatst wordt van ziekenhuis naar verzorgings-verpleeghuis te bestuderen.

Het grootste aandeel, in absolute zin, vinden we onder de 80-84 jarigen. Circa 2/3 van de cliënten is vrouw, en 1/3 is man.

Figuur 6 Aantal transfers naar leeftijd, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)

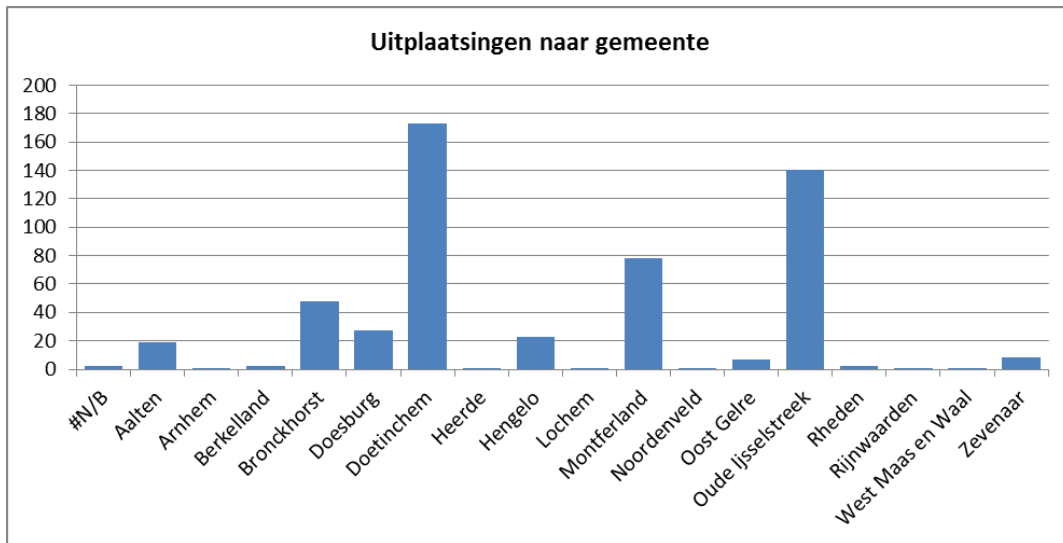


Figuur 7 Aantal transfers naar sexe, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)



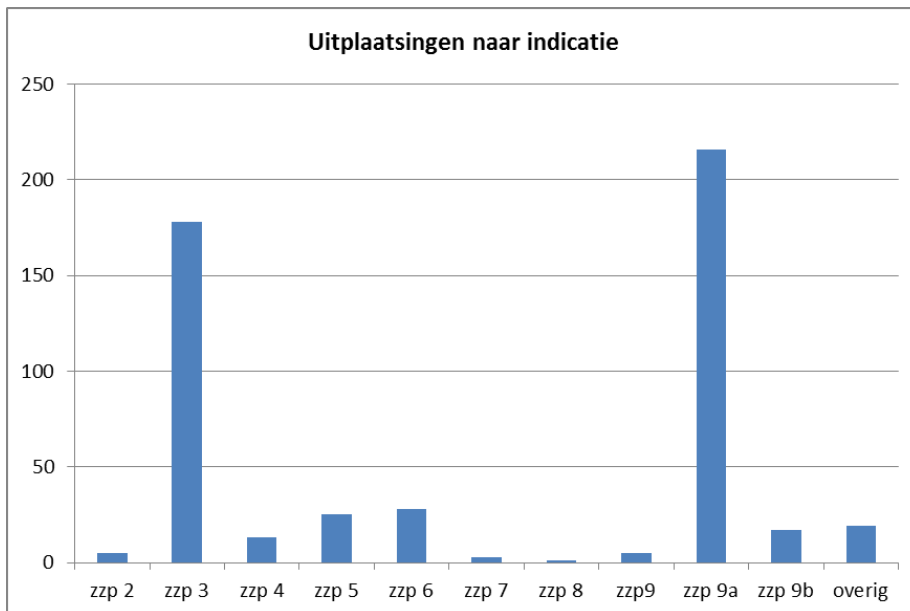
De grafiek hieronder laat zien uit welke gemeenten de cliënten afkomstig zijn. Het zwaartepunt ligt bij Doetinchem en Oude IJsselstreek, met direct daarna Montferland en Bronckhorst.

Figuur 8 Aantal transfers naar woonplaats cliënt, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)



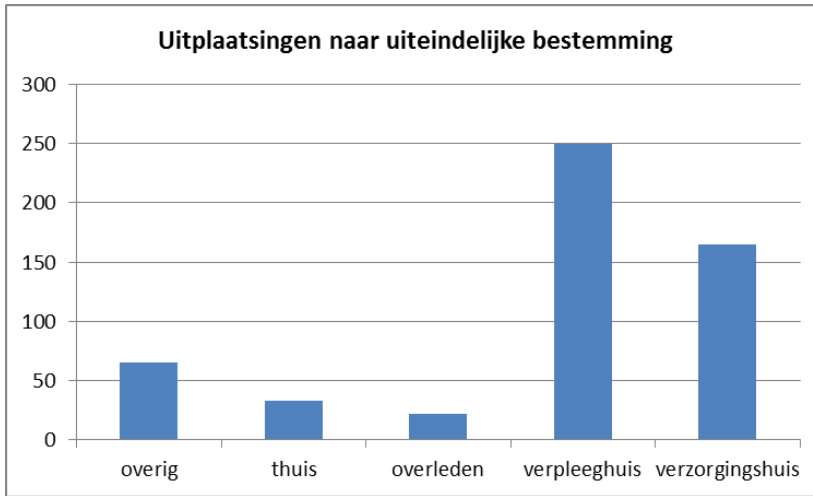
De transfers vinden in het algemeen plaats met een ZZP3 of een ZZP9 indicatie. De laatste indicatie wordt sinds dit jaar bekostigd door de ZVW, de zogenaamde geriatrische revalidatie. ZZP3 is vanaf 2014 niet meer geldig / mogelijk, en het is nog niet duidelijk onder welke AWBZ noemer de (tijdelijke) opnames in het verzorgingshuizen dan moeten plaatsvinden.

Figuur 9 Aantal transfers naar indicatie cliënt, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)



De bestemming van de cliënten is in principe het verzorgings- of verpleeghuis. De meeste cliënten worden opgenomen in het verpleeghuis. Een deel van de cliënten gaat toch naar huis met thuiszorg. Dit laat zien dat het mogelijk is om in bepaalde gevallen een nabehandeling of reactivering ook vanuit thuis te doen.

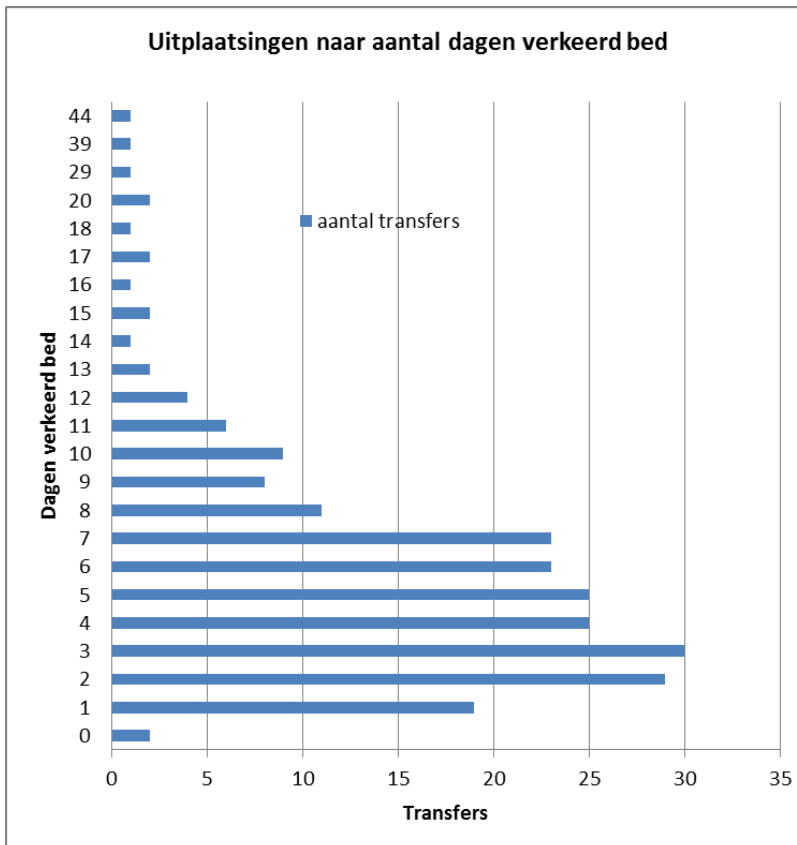
Figuur 10 Aantal transfers naar bestemming, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)



Verkeerd bed

Cliënten die zijn uitbehandeld, stromen niet altijd direct door naar een geschikte intramurale plek. Zij houden een ziekenhuisbed bezet: "verkeerd bed". In 2012 gold dat voor 228 van de 535 transfers. Het aantal dagen dat uitbehandelde patiënten een bed bezet hielden in het ziekenhuis, 1.345, is in onderstaande grafiek weergegeven.

Figuur 11 Aantal dagen verkeerd bed door mensen die op een transfer wachten, 2012 (bron: Slingeland Ziekenhuis)



3.4 CVA EN ELECTIEVE ORTHOPEDIE

Clënten met een CVA of Electieve Orthopedie behandeling worden niet uitgeplaatst via de transferafdeling van het ziekenhuis. In 2012 was er sprake van een pilot gericht op een efficiënte ketenbehandeling van deze groep cliënten. In totaal zijn het 129 cliënten, naast dus de 535 via de transferafdeling gelopen uitplaatsingen. Hiervan zijn 82 personen CVA en de overige 47 personen ondergingen een Electieve Orthopedie behandeling.

Footprint

De footprint voor de gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek, Montferland voor deze groep transfers, is de volgende.

Tabel 6 *Footprint van transfers van ziekenhuis naar intramuraal verblijf, CVA en Electieve Orthopedie, 2012 (bron: Azora en Sensire)*

	aantal	populatie	footprint
55-59	2	12.390	0,02%
60-64	4	11.793	0,03%
65-69	12	10.775	0,11%
70-74	15	8.009	0,19%
75-79	23	6.151	0,37%
80-84	32	4.409	0,73%
85-89	30	2.545	1,18%
90-94	8	914	0,88%
95+	1	214	0,47%
totaal	127	57.200	

Prognose

Net als eerder bij de transfers via het transferbureau, kunnen we de transfers via deze ketenprogramma's doortrekken naar de toekomst. We zien dan vergelijkbare groeipercentages van 31% in tien jaar tot 71% in twintig jaar.

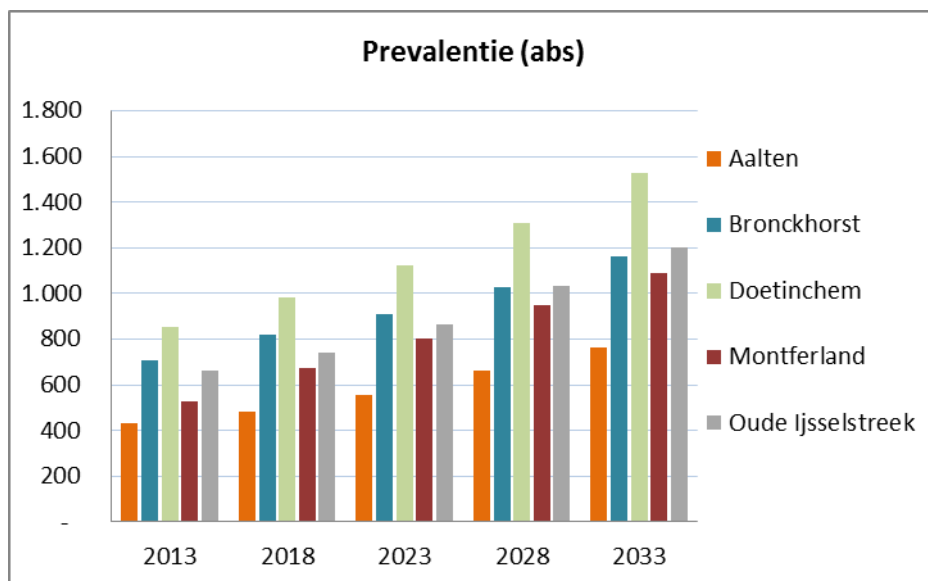
Tabel 7 *Prognose van transfers van ziekenhuis naar intramuraal verblijf, CVA en Electieve Orthopedie, 2013 - 2033 (bron: Azora en Sensire)*

	2013	2018	2023	2028	2033
55-59	2	2	2	2	2
60-64	4	4	4	5	4
65-69	12	13	13	14	15
70-74	15	19	20	21	22
75-79	23	26	33	35	37
80-84	32	35	41	53	57
85-89	30	35	38	45	60
90-94	8	11	13	14	17
95+	1	2	2	3	3
Totaal	127	147	166	192	217
Index	100	116	131	151	171

3.5 VERBLIJF VOOR MENSEN MET DEMENTIE

Van de cure keten verleggen we nu onze aandacht naar een onderwerp waarvan velen van verwachten dat deze in de toekomst onder de AWBZ zal blijven: langdurig verblijf voor mensen met dementie. De prevalentie van mensen met dementie tussen 2013 – 2033 valt te berekenen op basis van de leeftijds- en sexespecifieke prevalentie percentages c.q. footprint (bron: ERGO bevolkingsonderzoek 1990 – 1993):

Figuur 12 Prevalentie (vóórkomen) van dementie, 2013 - 2033 (bron: Ruimte voor zorg)



Het aantal mensen met dementie stijgt gemiddeld 81% in de vijf gemeenten Aalten, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland en Oude IJsselstreek. Deze toename ligt onder het provinciaal gemiddelde van 86%. In Montferland is de groei het grootst – 105% - en in Bronckhorst het laagst: 64%.

Tabel 8 Verhoudingsgewijze toename van de prevalentie van dementie, 2013 - 2033 (bron: Ruimte voor zorg)

	2013	2018	2023	2028	2033
Aalten	1,00	1,11	1,29	1,53	1,76
Bronckhorst	1,00	1,16	1,28	1,45	1,64
Doetinchem	1,00	1,15	1,32	1,54	1,79
Montferland	1,00	1,27	1,52	1,79	2,05
Oude IJsselstreek	1,00	1,11	1,31	1,56	1,81
Gelderland	1,00	1,15	1,34	1,59	1,86

De prevalentie is een theoretisch cijfer. Een vuistregel is dat ongeveer 1/3 zich er nog niet van bewust is of geen diagnose heeft, 1/3 woont met dementie thuis, en 1/3 verblijft in een verzorgings- of verpleeghuis. De afgelopen jaren was ongeveer 22% van deze

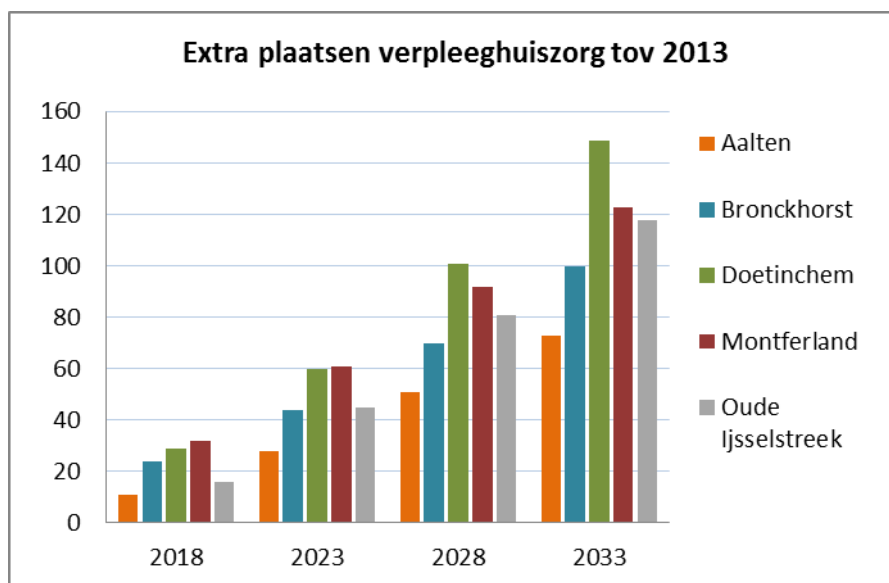
prevalentie daadwerkelijk opgenomen in een verpleeghuis. Als we deze trend doorzetten naar de toekomst gaat het in de vijf gemeenten in de West-Achterhoek om een flinke toename: op dit moment nog om 700 cliënten / plaatsen, en dit loopt tot 2033 op tot 1.263 cliënten / plaatsen, zie onderstaand overzicht:

Tabel 9 Behoefte aan verpleeghuisplaatsen dementie, 2013 - 2033 (bron: Ruimte voor zorg)

	2013	2018	2023	2028	2033
Aalten	95	106	123	146	168
Bronckhorst	156	180	200	226	256
Doetinchem	187	216	247	288	336
Montferland	116	148	177	208	239
Oude IJsselstreek	146	162	191	227	264
Totaal	700	812	938	1.095	1.263

De capaciteit zou op basis van deze prognose fors moeten groeien:

Figuur 13 Benodigde extra capaciteit verpleeghuiszorg dementie, 2013 - 2033 (bron: Ruimte voor zorg)



Het huidige aanbod – inclusief meerzorg in verzorgingshuizen - is evenwel groter dan deze vraag, en dat komt vooral omdat zowel Doetinchem als Oude IJsselstreek een regionale functie hebben op het gebied van verpleeghuiszorg. In deze gemeenten zijn daarom relatief veel verpleeghuisplaatsen beschikbaar. In de gemeenten Aalten, Bronckhorst en Montferland is het aanbod kleiner dan de lokale behoefte, en dat komt omdat het aanbod van oudsher is geconcentreerd in Doetinchem en Oude IJsselstreek:

Tabel 10 Vergelijking vraag en aanbod verpleeghuisplaatsen dementie, 2013 - 2033

	Aalten	Bronckhorst	Doetinchem	Montferland	Oude IJsselstreek	Totaal
Huidig aanbod	104	73	209	105	245	736
Behoefte 2013	95	156	187	116	146	700
Saldo (tekort/overschot)	9	-83	22	-11	99	36
Toekomstig aanbod	104	121	257	132	295	909
Behoefte 2023	123	200	247	177	191	938
Saldo (tekort/overschot)	-19	-79	10	-45	104	-29
Behoefte 2033	168	256	336	239	264	1263
Saldo (tekort/overschot)	-64	-135	-79	-107	31	-354

De aanbieders in de vijf gemeenten hebben plannen voor de uitbreiding van het aanbod van 736 plaatsen naar 909 plaatsen. Hiermee kan de groeiende vraag enkele jaren worden opgevangen. In 2023 zal, zoals uit bovenstaande tabel blijkt, het aanbod echter zijn achtergebleven bij de vraag en is er een tekort van 29 plaatsen. Dit tekort loopt op tot 354 plaatsen in 2033 indien het aanbod gelijk zou blijven.

Mogelijkheden voor substitutie

Kan de groeiende vraag naar oplossingen voor mensen met dementie ambulant worden opgevangen in plaats van door middel van verpleeghuiszorg? Of komt er binnenkort een behandeling of medicijn beschikbaar waardoor dementie kan worden behandeld? Hierover vindt discussie plaats.

Een terugkerend thema is de hypothese dat dementie minder voorkomt onder ouderen dan vroeger, als gevolg van bijvoorbeeld gezondere leefgewoonten. De prevalentiecijfers die wij hanteren, zouden te hoog zijn. Dit punt wordt in het ene onderzoek bevestigd, maar in andere onderzoeken nog weersproken.

Een ander thema is de wijze waarop mensen leren met dementie in de thuissituatie om te gaan: dit zou het mogelijk maken dat opname in een later stadium plaatsvindt. Er zijn inderdaad aanwijzingen dat mensen het met dementie langer thuis uithouden, omdat zij beter weten wat hen overkomt, beter geïnformeerd zijn over wat zij kunnen doen, over meer hulpmiddelen beschikken, eerder en beter de informele zorg kunnen regelen. Aan de andere kant staat de groepsverzorging onder druk, en dat is nog steeds een van de belangrijkste voorzieningen waardoor mantelzorgers de vaak slopende zorg vol kunnen houden. Door de gezinsverkleining de afgelopen decennia hebben toekomstige ouderen minder kinderen om op terug te vallen.

Mogelijk worden mensen in een later stadium opgenomen, en is daardoor een kleinere verblijfs capaciteit nodig. Maar stel dat zij langer leven met dementie, dankzij een kwalitatief goede zorg, dan is de behoefte aan verblijfs capaciteit navenant groter. Gemiddeld verblijven mensen met dementie op dit moment twee jaar in een verpleeghuis.

Het is al met al voorbarig om er van uit te gaan dat substitutie van intramuraal naar extramuraal bij dementie net zo'n hoge vlucht gaat nemen als bij somatische behandelingen. Los van deze voorzichtige conclusie is het wel degelijk nuttig en wenselijk om sub-

stitutiemogelijkheden nauwlettend in de gaten te houden, hierop in te spelen met innovaties, en te voorkomen dat beleid niet juist contraproductief werkt.

3.6 WONEN MET ZORG

De indicatiestelling van het CIZ voor verblijfszorg kan ons mogelijk zicht geven op de populatie ouderen die in de toekomst uit het verblijfssegment verdwijnt als gevolg van het sluiten van de verzorgingshuizen. Wellicht is voor deze groep een nieuwe integrale woonzorgoplossing nodig, een woonzorgvoorziening nieuwe stijl, op basis van gescheiden bekostiging van wonen en zorg. We noemen dit segment op de komende bladzijden simpelweg "wonen met zorg" of "woonzorg".

We analyseren in deze paragraaf cijfers die ter beschikking zijn gesteld door Menzis: het aantal in een intramurale instelling opgenomen mensen afkomstig uit de gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek en Montferland. De peildata zijn 1-1-2011, 1-1-2012 en 1-1-2013. De aantallen zijn dus een momentopname. Van deze mensen is het geboortjaar bekend, sexe, de indicatie en dus de gemeente waaruit zij afkomstig zijn. Aan de hand daarvan kunnen we footprints maken – de methode die in de vorige paragrafen ook is toegepast – en deze combineren met de bevolkingsontwikkeling om tot een prognose te komen.

Aantal geïndiceerden op meetdatum 1-januari

De volgende aantallen cliënten zijn afkomstig uit de genoemde vier gemeenten:

Tabel 11 Aantal cliënten verzorgings- en verpleeghuizen, afkomstig uit de gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek en Montferland, naar indicatie, op meetmomenten 1-1-2011, 1-1-2012 en 1-1-2013 (bron: Menzis)

	2011	2012	2013	Gemiddeld
1W	16	16	17	16
2W	58	78	97	78
3W	90	156	222	156
4W	73	123	201	132
5W	372	425	461	419
6W	130	189	232	184
7W	32	68	92	64
8W	6	41	34	27
9W	5	9		5
10W	5	4	2	4
Totaal	787	1109	1358	1085

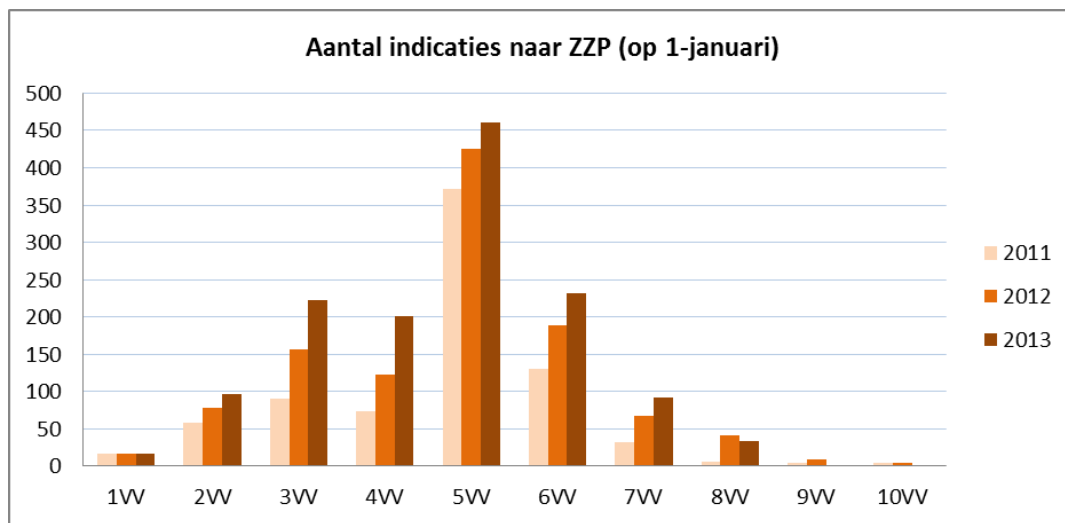
De aantallen geïndiceerden komen niet overeen met de capaciteit van de verzorgings- en verpleeghuizen in deze gemeenten. Het gaat namelijk om opgenomen cliënten die uit de genoemde gemeenten komen, en die zijn niet per se in de intramurale voorzieningen van deze gemeenten zelf opgenomen.

De trend tussen 2011 en 2013 laat een sterke groei van het aantal mensen met een indicatie zien. Deze groei vindt plaats in de ZZP's 2 tot en met 7. De ZZP's 1, 9 en 10 veran-

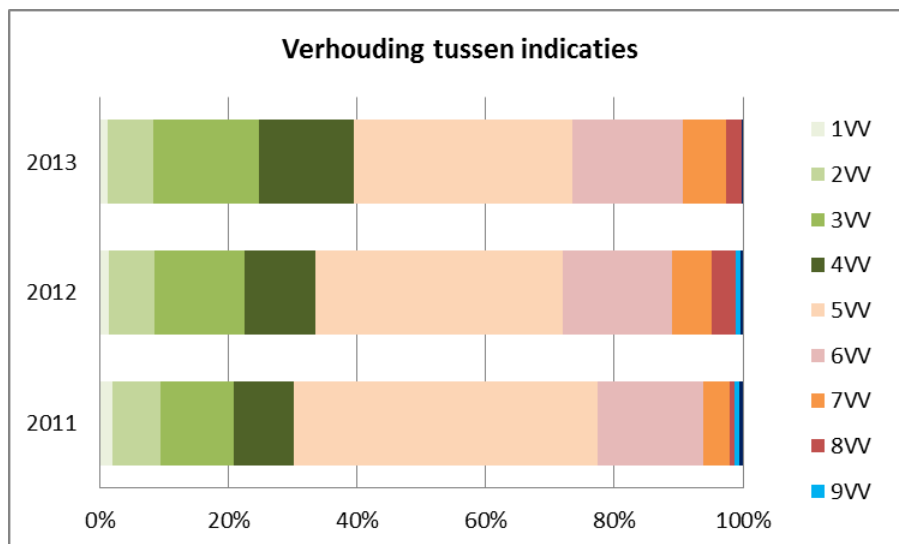
deren nauwelijks. ZZP8 betreft maar een klein groepje cliënten, en op 1-1-2013 waren dit er minder dan een jaar daarvoor.

De redenen achter deze verschuivingen zijn niet altijd duidelijk. Waarschijnlijk beschikten nog niet alle opgenomen cliënten op 1-1-2011 over een ZZP-indicatie. De ZZP9a indicatie is in 2013 vervallen in verband met de overgang van de geriatrische revalidatie naar de zorgverzekeringswet.

Figuur 14 Aantal cliënten verzorgings- en verpleeghuizen, afkomstig uit de gemeenten Aalten, Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek en Montferland, naar indicatie, op meetmomenten 1-1-2011, 1-1-2012 en 1-1-2013 (bron: Menzis)



Figuur 15 Verhouding aantal indicaties naar ZZP op meetmomenten 1-1-2011, 1-1-2012 en 1-1-2013 (bron: Menzis)

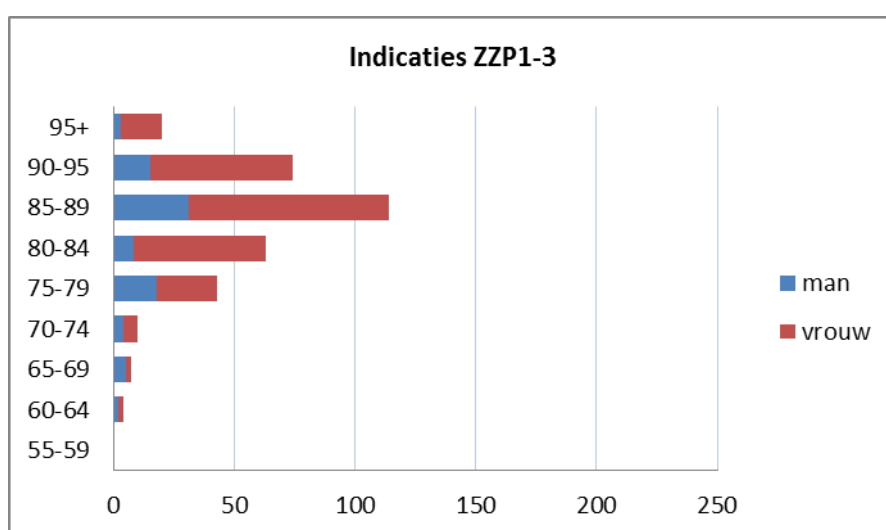


Footprint 1-1-2013 en prognose 2013 - 2033

Het begrip "Footprint" is inmiddels een aantal keer de revue gepasseerd. Een footprint is samengesteld uit percentage binnen een leeftijds-sexe-groep.

Ook voor de ZZP's is het mogelijk een footprint te maken. We onderscheiden drie groepen ZZP's: de lichte ZZP's die worden gestopt (ZZP1 – ZZP3); de dementie gerelateerde ZZP's: ZZP4, ZZP5 en ZZP7, en de aan somatiek gerelateerde ZZP's: ZZP6 en ZZP8. De footprint maken we voor het meest recente meetmoment: 1-1-2013. De footprint is voor de vier gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek en Montferland, dus exclusief Aalten.

Figuur 16 Aantal cliënten afkomstig uit de gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek en Montferland, met een indicatie ZZP1-3 op 1-1-2013 (bron: Menzis)



Tabel 12 Footprint van ZZP1-3 op 1-1-2013 (bron: Menzis, provincie Gelderland / Primos)

Footprint ZZP1-3	man	vrouw
55-59	0,00%	0,00%
60-64	0,03%	0,03%
65-69	0,09%	0,04%
70-74	0,10%	0,14%
75-79	0,66%	0,73%
80-84	0,46%	2,05%
85-89	3,66%	4,89%
90-95	6,44%	8,66%
95+	7,69%	9,71%

Op basis van deze footprint en de bevolkingsprognose, is het mogelijk om een prognose te maken tan de toename van het aantal indicaties ZZP1-3, zie onderstaande tabel.

Tabel 13 Prognose ZZP1-3 op 2013 - 2033 (bron: Menzis, provincie Gelderland / Primos)

ZZP1-3	2013	2018	2023	2028	2033
55-59	0	0	0	0	0
60-64	4	4	4	5	4
65-69	7	7	7	9	9
70-74	10	12	13	14	14
75-79	43	48	61	66	69
80-84	63	67	77	97	104
85-89	114	130	144	169	223
90-94	74	101	117	130	154
95+	20	31	43	53	59
Totaal	335	400	466	543	636
Huidig aanbod	746				
Gepland aanbod		289			

Natuurlijk gaan deze indicaties er niet komen, want zij worden de facto afgeschaft. Wat deze cijfers zeggen, is dat het aantal ouderen dat in een vergelijkbare positie zit als ouderen die op 1-1-2013 waren opgenomen met een ZZP1-3 indicatie, toeneemt. Als deze mensen geen oplossing vinden in het verzorgingshuis, dan zoeken zij een extramurale oplossing, of een woonzorgvoorziening nieuwe stijl.

Op dezelfde manier zijn prognoses te maken voor de dementie gerelateerde ZZP's en de somatiek gerelateerde ZZP's. De uitkomst is weergegeven in onderstaande tabel:

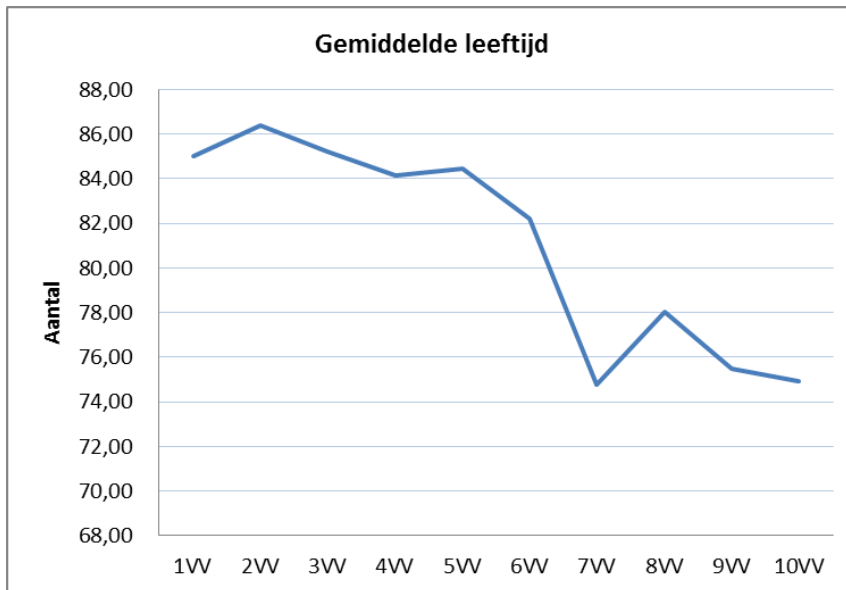
Tabel 14 Prognose drie cliëntgroepen 2013 - 2033 (bron: Menzis, provincie Gelderland / Primos)

	2013	2018	2023	2028	2033
ZZP1-3	335	400	466	543	636
index 2013=100	100	119	139	162	190
ZZP4, 5, 7	748	872	1.002	1.165	1.343
index 2013=100	100	117	134	156	180
ZZP6, 8	262	307	358	408	459
index 2013=100	100	117	137	156	175

De groeipercentages zijn hoger dan de groei die we zien bij de transfers van ziekenhuis naar intramuraal. Dit komt omdat de hoge leeftijden in de footprints van deze intramurale doelgroepen een zwaarder aandeel hebben. Om diezelfde reden is de toename van de groep ZZP1-3 het hoogst.

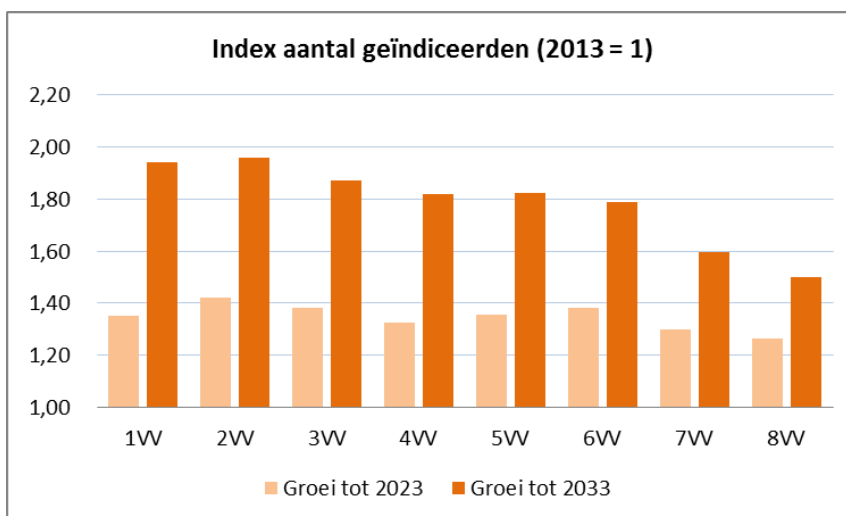
Het is goed om nog even stil te staan bij de laatste constatering: de groep cliënten met een lage ZZP zou – mochten deze indicaties blijven bestaan – het sterkst groeien de komende twee decennia. Dat is verklaarbaar uit het feit dat deze groep gemiddeld het oudst is van alle intramuraal opgenomen cliënten. In tegenstelling tot wat men verwacht, is de gemiddelde leeftijd van opgenomen cliënten namelijk omgekeerd evenredig met de zwaarte van hun indicatie:

Figuur 17 Gemiddelde leeftijd van opgenomen cliënten naar indicatie, gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek en Montferland, meetmomenten 1-1-2011, 1-1-2012 en 1-1-2013 (bron: Menzis)



De prognose van de theoretische toename van het aantal mensen met een ZZP indicatie laat daarom zien dat het aantal lichte ZZP's sneller groeit dan het aantal zware ZZP's.

Figuur 18 Verhoudingsgewijze toename van het aantal mensen met een indicatie, gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Oude IJsselstreek en Montferland, 2013 – 2033 (bron: Menzis, provincie Gelderland / Primos)



Nogmaals: we zullen in de praktijk niet zien gebeuren dat het aantal indicaties zich daadwerkelijk op deze manier ontwikkelt, omdat dit uiteindelijk wordt bepaald door het beleid van overheid en CIZ. Wat deze cijfers wel zeggen, is dat het aantal mensen *in de situatie van de mensen met een ZZZP x of y* in een bepaalde mate toeneemt.

Prognose "woonzorg"

Een moeilijk te voorspellen grootte, is het aantal ouderen dat verhuist naar een "woonzorg" oplossing.

"Woonzorg" is een voorziening die gelijkwaardig is aan het verzorgingshuis, waar zorg, verblijf en activiteiten worden aangeboden. Het is een voorziening voor ouderen die niet meer goed voor zichzelf kunnen zorgen. Wonen en zorg zijn gescheiden.

Stel dat het volgende geldt:

- Tot deze groep behoren de mensen die nu een ZZZP1-3 indicatie hebben;
- 1/2 van de groep met een ZZZP4 indicatie hoort hier bij;
- 1/2 van de groep met een ZZZP6 indicatie hoort hier bij;
- De overige personen zoeken een oplossing in het verpleeghuis of kleinschalige voorziening.

Vanuit deze uitgangspunten komen we uit op de volgende omvang voor "woonzorg":

Tabel 15 Schatting omvang doelgroep "woonzorg" versus doelgroep "verpleeghuis", 2013 - 2033 (bron: Menzis, provincie Gelderland / Primos)

	2013	2018	2023	2028	2033
ZZP1-3 + 50% ZZZP4, 6	550	651	757	880	1.023
	69%	70%	71%	71%	72%
ZZP5, 7, 8+ 50% ZZZP4, 6	796	929	1.070	1.237	1.416
	100%	100%	100%	100%	100%

De behoefte aan woonzorg is volgens deze berekening 550 plaatsen in 2013, oplopend tot 1.023 plaatsen in 2033.

De percentages in de tabel weergegeven drukken de capaciteit "woonzorg" uit in een deel van de capaciteit verpleeghuiszorg. De "woonzorgcapaciteit" is ongeveer 2/3 van de omvang van de verpleeghuiscapaciteit.

4 KWALITATIEVE ANALYSE

De West-Achterhoek – gemeenten Bronckhorst, Doetinchem, Montferland en Oude IJsselstreek - wordt gekenmerkt door vele kleine kernen, in totaal 44 kernen op een bevolking van 168-duizend. Het zwaartepunt van de regio is de stad Doetinchem, 56.5437 inwoners. Het aantal ouderen neemt toe, vooral buiten de stad, in de kleine kernen. Tegelijkertijd neemt de jongere bevolking af. Dit zet de leefbaarheid van vrijwel alle kernen, met uitzondering van de grootste kernen en de stad Doetinchem zelf, onder druk: het voorzieningenniveau dreigt te dalen, en de sociale buffer rondom de overblijvende ouderen dreigt te verzwakken. Dit zijn de uitdagingen waar een toekomstbestendige zorg in de West-Achterhoek rekening mee moet houden.

4.1 DE WENS OM THUIS TE BLIJVEN WONEN

Ouderen willen langer zelfstandig thuis blijven wonen: in de West-Achterhoek is het niet anders als in de rest van Nederland.

De woorden "langer thuis wonen" worden zo vaak gebezigd, dat zij langzamerhand hun betekenis verliezen. Daarom is het zinvol om het beeld van wat dit in de praktijk van alledag betekent nog eens in ons op te roepen.

Zelfstandig wonen is de norm. De overgrote meerderheid van de ouderen woont thuis zonder al te grote problemen. Natuurlijk zijn er zaken die minder goed gaan, maar bij wie niet bij tijd en wijle? Sommige ouderen kunnen dit zelfstandige bestaan tot op hoge leeftijd naar volle tevredenheid volhouden.

Een deel van de ouderen wordt geconfronteerd met ziekten die om een medische behandeling vragen. Zij krijgen te maken met ziekenhuisopnames en nabehandelingen. De ligduur in ziekenhuizen wordt beperkt, eventuele reactivering wordt op maat en in een beperkte periode uitgevoerd, en dan komt deze oudere persoon weer thuis. Daar moet hij of zij het leven weer zien op te pakken. Vaak helpt de partner, andere mantelzorgers of mensen uit de omgeving. De thuiszorg helpt met het op orde krijgen van de zelfzorg en het huishouden. Ook deze hulp duurt niet langer dan nodig. Er kunnen aanpassingen nodig zijn in het huis. Problemen kunnen na verloop van tijd weer terugkomen. Vaak is ook sprake van blijvende ongemakken en beperkingen, bijvoorbeeld problemen met de mobiliteit in of buiten het huis. Mensen leren in zo'n situatie te leven met hun beperkingen, goedschiks of kwaadschiks. Het leven met een ziekte is op enig moment een gegeven, en mensen zijn in staat om hun grenzen te verleggen en de situatie te accepteren zoals die is. Een accumulatie van problemen hoeft daarom nog geen reden te zijn om uit te zien naar een woning met zorg. Het onder de knie krijgen van de beperkingen thuis betekent voor deze mensen behoudt van zelfstandigheid en eigen regie, verworvenheden die men niet graag opgeeft. Daar zijn ouderen zich scherp van bewust.

Een deel van de ouderen verliest gaandeweg het vermogen om zichzelf te verzorgen en te onderhouden. De zelfredzaamheid is in het geding. De omgeving, familie en lokale gemeenschap, leveren in de meeste gevallen een eerste vangnet om de problemen beheersbaar te maken. De thuiszorg en andere maatschappelijke voorzieningen helpen daarbij, door hulp in de huishouding, het organiseren van contacten, maaltijden leveren, persoonlijke verzorging. De praktijk is echter dat de problemen niet echt verdwijnen. Het

is dan vaak aan de omgeving – familie, kennissen, maar ook professionals – om te bepalen waar men de grens van het aanvaardbare wil leggen. Naast de oplopende verwaarlozing van zorg en huishouden kunnen ook risico's ontstaan voor calamiteiten.

Wijkt de situatie af van wat wij in onze samenleving als een redelijk niveau van bestaan ervaren, nemen de risico's toe, wordt de omgeving te zwaar belast, dan zullen er stemmen opgaan om een verhuizing naar een betere plaats te regelen. Vaak is het niet de persoon in kwestie die dit aanzwengelt, omdat hij of zij een verhuizing niet kan overzien en liever vasthoudt aan datgene wat nog bekend is in de eigen, vertrouwde omgeving. Naarmate deze wereld verkruint en verschrompelt, wordt de neiging om zich aan het bekende vast te klampen eerder groter dan kleiner, en de bereidheid om te verhuizen neemt eerder af dan toe.

Kortom: problemen met gezondheid en/of zelfzorg kunnen een reden zijn te verhuizen naar een omgeving waar zorg en toezicht aanwezig zijn. Maar verhuizen is geen vanzelfsprekendheid. Het is niet reëel te veronderstellen dat al degenen die in een situatie komen zoals hierboven beschreven, willen en zullen verhuizen. Langer zelfstandig thuiswonen betekent dat een deel van deze mensen ondanks problemen en beperkingen in hun eigen huis blijven wonen, wat vraagt om een maatschappelijk antwoord, niet zijnde een verhuizing. De beperking van de intramurale capaciteit en de afname van de beschikbare mantelzorg (ontgroening) betekenen dat deze situaties zich vaker zullen voordoen.

4.2 WANNEER GAAN OUDEREN TOCH VERHUIZEN?

Voor ieder individu zullen de overwegingen om al of niet te verhuizen in het geval van een verslechterende gezondheid of zelfzorg verschillend zijn. We kunnen wel patronen ontdekken. In algemene zin zijn er drie typen "verhuizers":

1. Anticipeerders
2. Zittenblijvers
3. Noodverhuizers

"Anticipeerders" zijn ouderen die, voordat er problemen ontstaan en in een periode dat zij nog gezond zijn en een nieuw bestaan in een nieuwe omgeving kunnen opbouwen, verhuizen. Dit is een beeld dat past bij gezonde, recent gepensioneerde senioren in de "lege nest fase". Hun locatiekeuze wordt bepaald door overwegingen als comfort, geschiktheid voor de oude dag, aanwezigheid van voorzieningen, prijs-kwaliteit verhouding, prettige locatie uiteraard. Veelal zoeken deze mensen een regulier appartement. Het label "seniorenwoning" kan soms een pre zijn, maar vaak juist afschrikken. Huizen die al sterk vergrijsd zijn, zijn voor deze groep minder interessant.

De grote groep "zittenblijvers" zijn ouderen die een mooie wooncarrière hebben doorgeemaakt en het naar hun zin hebben in hun huis en buurt: "verhuizen kan altijd nog". Veel zittenblijvers blijven hun hele leven met plezier in hun oude huis wonen.

Naarmate de jaren verstrijken, naarmate de gezondheid verslechtert, naarmate de sociale omgeving afbrokkelt (verlies partner), ontstaan er kleine en grotere problemen. De praktijk laat zien dat de verhuisgeneigdheid hierdoor niet toeneemt. Er ontstaan natuurlijk knelpunten: ongeschikte woning, sociaal isolement, verwaarlozing wellicht, immobiliteit. Maar mensen verleggen hun grenzen, en dergelijke problemen betekenen niet au-

tomatisch dat men gaat verhuizen. In eerste instantie zoekt men "houtje touwtje oplossingen". Bovendien is dit proces van achteruitgang er een van ups en downs. Na een tijdelijke verslechtering treedt ook weer een verbetering op en ziet men de eigen situatie weer van de zonnige kant. Uit onderzoek is bekend dat de verhuiscapaciteit van ouderen in het algemeen afneemt naarmate de leeftijd vordert. Natuurlijk zijn dit algemeenheden, en verschillende ouderen reageren verschillend op deze situatie. Ouderdom betekent ook dat men steeds meer gaat opzien tegen de verhuizing, nog een reden om het uit te stellen.

Vroeg of laat zal een deel van deze ouderen er alsnog toe besluiten te verhuizen. Dit zijn de "noodverhuizers". Zij verhuizen niet omdat het leuk is, maar omdat het noodzakelijk geacht wordt.

Bepaalde gebeurtenissen kunnen een trigger zijn om te verhuizen: overlijden van de partner, ziekenhuisopname, een val.

Deze groep zoekt in het algemeen niet zozeer een woonoplossing, maar een zorgoplossing. Verzorgingshuizen zijn bij deze doelgroep in trek. In de toekomst zijn verzorgingshuizen er niet meer. De vraag is waar deze mensen dan naar toe verhuizen. Naar een gewone seniorenwoning, zoals die er nu ook zijn? Maar daar is het niveau van zorg, nabijheid en zekerheid niet per se veel groter dan in de huidige woning van de betreffende persoon. Geredeneerd vanuit de problematiek waarin zich men bevindt, beoordeelt men de toegevoegde waarde van een verhuizing naar een seniorenwoning als te gering. Want, zal men zeggen, als de achteruitgang doorzet, dan komt een volgende verhuizing in zicht aangezien de seniorenwoning daar ook geen oplossing voor biedt. Mogelijk ontstaan in de toekomst nieuwe woonvormen. Op dit moment ziet de samenleving de oplossing in de transformatie van verzorgingshuizen naar een vorm van scheiden van wonen en zorg.

De omvang van de groep ouderen die verhuist naar een woonzorgoplossing – een alternatief voor het verzorgingshuis – is afhankelijk van drie factoren:

1. De mate waarin ouderen al hebben voorgesorteerd en zijn verhuisd naar een geschikt appartement op een goede locatie: deze senioren zullen op latere leeftijd makkelijker hun zelfzorg op orde kunnen houden, omdat zij dicht bij voorzieningen wonen, het huis geschikt is, en zij een sociale omgeving hebben kunnen opbouwen. Als alle senioren deze stap zouden zetten, zijn verdere verhuizingen niet meer nodig;
2. De kwaliteit van de thuiszorg: als de thuiszorg meer kan in de thuissituatie, dan is de meerwaarde van verhuizen relatief geringer;
3. De mate waarin wij er in slagen een sociaal steunsysteem te organiseren waardoor de problemen van ouderen met een beperkte zelfzorg en regie thuis kunnen worden opgelost: de noodzaak om te verhuizen neemt dan af.

Op basis van de huidige instroom van ouderen in het verzorgingshuis met een ZZP1 t/m 3, en deels ZZP4 en ZZP6, is te verwachten dat het aantal ouderen dat op zoek gaat naar "woonzorg" maximaal 2/3 zal zijn van het aantal plaatsen verpleeghuiszorg; zie voor een toelichting Tabel 15 op pagina 23. In de West-Achterhoek loopt de behoefte aan woonzorg volgens deze benadering tussen nu en 2033 op van 550 naar 1023 personen. Dit is een indicatie van de bovengrens. Leveren de drie hierboven genoemde factoren gunstige plussen op, dan zal de behoefte aan woonzorg lager zijn omdat deze kleine groep ouderen dan langer thuis zal blijven wonen.

Het beeld van de toekomst is dus als volgt: een groot aantal ouderen zal proberen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, en hun leefsituatie zal regelmatig op het randje verkeren van wat we wellicht maatschappelijk aanvaardbaar vinden. Deze ouderen hebben persoonlijke verzorging nodig, aanpassingen in de woning, hulp bij het organiseren van het huishouden, mensen in hun omgeving waar zij hun sociale leven inhoud mee kunnen geven. Een deel zal ook een medisch dossier hebben. Deze ouderen wonen overal verspreid, dus niet geconcentreerd in seniorenappartementen, niet samenwonend in woonservicegebieden, maar in alle dorpen en wijken en op het platteland.

4.3 SCHUIVENDE PANELEN IN DE BEKOSTIGING

In de vorige paragraaf is getracht een beeld te schetsen van wat langer zelfstandig wonen betekent. In deze paragraaf verleggen we onze aandacht naar de structuur van het aanbod, vooral vanuit het perspectief van de bekostiging.

Momenteel kunnen we spreken van schuivende panelen in de bekostiging van de zorg, zowel de medische zorg als de maatschappelijke zorg. De AWBZ wordt ingekrompen en wellicht blijft alleen een kern AWBZ over voor de zware intramurale zorg. Gemeenten nemen de verantwoordelijkheid voor een groot deel van de huidige AWBZ over en het vehikel is de WMO - daarom kunnen we spreken van maatschappelijke zorg of het maatschappelijke domein. Binnen de cure zijn er ook verschuivingen: een deel van de AWBZ gaat naar de ZVW. We hebben dit al gezien met de geriatrische revalidatie en er zijn plannen om ook de thuisverpleging over te hevelen.

De bekostigingssystematiek is een combinatie van regionale budgettering en lokale aanbesteding of zorginkoop. Dit geldt voor zowel de zorgverzekeraar, het zorgkantoor als voor de gemeenten. De systematiek van bekostiging is volop in beweging.

Aanbesteding of contractering op prijs en kwaliteit gaat vaak in korte cycli, die veel vragen van alle partijen, maar die wel zorgt voor dynamiek, aanpassingsvermogen en uiteindelijk een betere prijs-kwaliteitsverhouding. De inkoper stuurt daarbij ook op het voorkómen van overproductie, om de volumeprikkels die dit systeem met zich meebrengt beheersbaar te houden. Voor de WMO geldt dat lang niet alle prestaties helder te meten zijn in aantallen producten. De maatschappelijke waarde van deze inzet van WMO middelen moet op een andere manier worden bepaald.

Naast deze herschikking van het medische, maatschappelijke en Awbz domein, zijn er ook maatregelen die beogen een rem op de consumptie van zorg te zetten: eigen bijdragen en beperkingen van het verzekerde pakket. Inkomensafhankelijke eigen bijdragen leiden er toe dat ouderen keuzes gaan maken tussen maatschappelijk en particulier aanbod van wonen, verblijf en de lichtere zorg omdat hun verzekerde recht na aftrek van de eigen bijdrage relatief minder oplevert dan een particuliere oplossing.

5 ZORGLANDSCHAP WEST-ACHTERHOEK NA 2020

Wat betekenen de verandering van de vraag en de wijzigingen in de bekostigingssystematiek voor het zorglandschap van de toekomst?

Deze trends zijn voor de meeste organisaties geen verrassing. Het stimuleert hen tot innoveren. Innovatie maakt verdere substitutie van intramurale oplossingen door zorg thuis mogelijk, zowel in het medische domein als het maatschappelijke domein. In het medische domein worden behandelingen korter, de ligduur in het ziekenhuis vermindert, meer ingrepen vinden poliklinisch plaats, nabehandeling vindt meer thuis plaats en in transmurale voorzieningen. Langdurige zorg in verzorgings- en verpleeghuizen wordt vervangen door zorg thuis in combinatie met kortdurende opnamen voor respijtzorg en reactivering.

Welke innovaties ons kunnen helpen om het zorglandschap van de toekomst vorm te geven, beschrijven we in de hieronder volgende paragrafen.

5.1 MEDISCH DOMEIN

In het medische domein in de West-Achterhoek kunnen de komende jaren de volgende innovaties worden opgepakt:

Basisziekenhuis

Doetinchem bedient de West-Achterhoek met een eigen, breed basisziekenhuis;

HAP en SEH

Integratie van spoed gerelateerde activiteiten vanuit huisartsenpost en spoedeisende hulp.

Zorghotel

Moderne reactiveringsvoorziening, gekoppeld aan het ziekenhuis, comfort voor de klant, snelheid en deskundigheid in de nabehandeling, herstel en revalidatie.

Eerste lijn

De rol van de eerste lijn, de huisartsenzorg, wordt groter, en er ontstaan bundelingen met de specialistische zorg.

Gespecialiseerde thuisverpleging

De thuisverpleging krijgt weer een belangrijke plaats in het medische domein en neemt in de keten het stokje over van ziekenhuis en/of zorghotel / centrum voor geriatrische reactivering. Ziekenhuis, eerste lijn en thuiszorg werken samen om de beschikbaarheid en expertise van de verpleging thuis op een hoger niveau te brengen.

De "harde" capaciteit van de cure – stenen – breidt niet uit maar moderniseert wel. De groeiende vraag wordt opgevangen door meer zorg buiten de muren.

5.2 MAATSCHAPPELIJK DOMEIN

Ook in het maatschappelijke domein vinden innovaties plaats waardoor intramurale zorg gesubstitueerd wordt door extramurale oplossingen.

Woonzorg

Traditionele verzorgingshuizen verdwijnen. Voor de groep "noodverhuizers" is een oplossing nodig die meer biedt dan een reguliere seniorenwoning: ook maaltijden, activiteiten, ontmoeting, schoonmaken, onderhouden appartement, oogje in het zeil houden. De uitdaging is het bieden van een betaalbaar verblijfspakket dat de mantelzorgers voldoende ontlast.

Respijtzorg

Respijtzorg is tijdelijk extra zorg ter overbrugging van een moeilijke fase, op wijkniveau, gekoppeld aan woonzorgvoorzieningen.

Thuiszorg en technologie

Minder intramurale zorg in combinatie met een groei van het aantal ouderen en de zwaarte van de problematiek thuis, vragen om meer extramurale zorg. Maar er zijn ook ontwikkelingen die een rem zetten op de zorgconsumptie: een deel van de thuiszorg wordt niet meer vergoed en de inkomensafhankelijke eigen bijdrage gaat mogelijk verder omhoog. Technologie als zorg op afstand en hulpmiddelen die de zelfredzaamheid vergroten, kunnen in de toekomst de inzet van zorg verminderen.

Niet geïndiceerde alarmopvolging

Een geïntegreerde oplossing voor spoedeisende, niet medische en niet geïndiceerde alarmopvolging, draagt bij aan het gevoel van veiligheid bij ouderen die zelfstandig thuis wonen.

Sociaal domein

Een deel van de zorg die tot voor kort deel uitmaakte van het Awbz pakket, wordt geschrapt of financieel onaantrekkelijk gemaakt. Daar waar nodig zal het sociale domein weer als vanouds kunnen inspringen. Gemeenten en burgerinitiatieven zijn op zoek naar creatieve wegen om dit te bereiken. De kunst zal zijn met elkaar instrumenten te ontwikkelen die de gemeenschap stimuleren om deze uitdaging op te pakken.

Wijkgericht werken

Zelfstandig wonende ouderen wonen gespreid over alle dorpen, wijken, steden en buitengebied. Vergrijzing is het sterkst voelbaar in de kleine kernen. Wenselijk is een schaalbare wijkgerichte aanpak, één die niet alleen de grotere kernen bedient (woon-servicegebieden), maar alle grote en kleine bevolkingsconcentraties. De oplossingen in grote kernen zullen anders zijn dan in kleine kernen.

Case management

De indeling in "anticipeerders", "noodverhuizers" en "zittenblijvers" maakt duidelijk dat er gradaties zijn aan te brengen in de problematiek van ouderen. Daar waar situaties dreigen te escaleren kan case management de situatie weer op het goede spoor krijgen.

Particulier initiatief

De veranderingen aan de kant van de vraag en de bekostiging hebben ook tot gevolg dat er meer particulier initiatief ontstaat. Dit initiatief is veelzijdig, van ondernemers die privaat aanbod realiseren, tot burgers die een coöperatie starten.

5.3 KERN-AWBZ

Thuiswonen met dementie is een grote opgave voor mantelzorgers en professionele ondersteuners. Thuis wonen met dementie kán opgerekt worden, maar is in het algemeen eindig. Verblijf voor mensen met dementie zal nodig blijven. Het afgelopen decennium zijn de traditionele medisch georiënteerde verblijfsvoorzieningen gaandeweg veranderd in kleinschaligere welzijnsgeoriënteerde woonzorgvoorzieningen. De uitdaging voor de toekomst is om de wet- en regelgeving dusdanig aan te passen dat daardoor kleinschaliger oplossingen in kleinere kernen mogelijk worden.

5.4 SCHAKELS EN KETENS

Substitutie wordt gefaciliteerd door innovaties op het gebied van samenwerking tussen verschillende disciplines.

Wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige kan een schakel vormen tussen het medische domein en het maatschappelijke domein. Zij kan zorgdragen voor een snelle afstemming van taken in complexe situaties. Zij kan de intake en monitoring voor meerdere disciplines - thuiszorg en 1e lijn - uitvoeren.

Ketenvorming

Ziekenhuis, eerste lijn, intramurale zorg en thuiszorg kunnen hun werkzaamheden op elkaar afstemmen. Bij enkele veel voorkomende en ingrijpende ziektebeelden als CVA, hartfalen en diabetes is deze afstemming al een feit. Dit levert samenwerkingspatronen op die ook toepasbaar kunnen zijn bij andere aandoeningen en problemen.

5.5 RANDVOORWAARDEN

Om de gewenste innovatie mogelijk te maken is meer nodig dan jaarlijkse inkoop- en aanbestedingsronden. Er is behoefte aan aanvullende stimulerend instrumentarium:

Investerings

Sommige innovaties vragen om een investering in kapitaal die over een langere periode moet worden terugverdiend, en niet makkelijk vrij kan worden verhandeld. Dit vraagt om een langdurig commitment.

Expertise

Andere innovaties vergen het opbouwen van expertise en het handhaven van een bepaald volume, een proces dat meerdere jaren bestrijkt en dat vraagt om een langdurig commitment.

Deskundigheid

Een randvoorwaarde voor innovatie is het bestaan van partijen die hiervoor voldoende geëquipeerd zijn.

Duidelijkheid

Innovaties vragen meerjarige aandacht en investeringen. Innoverende organisaties hebben behoefte aan duidelijkheid over de toekomst om innovatieve beslissingen te kunnen nemen. De transities in de zorg gaan in een vlot tempo door, en om te voorkomen dat deze alle aandacht opeisen, kan een aparte experimenteerruimte goede diensten bewijzen.

Krachtenbundeling

Een aantal nuttige innovaties zijn gebaat zijn bij een krachtenbundeling tussen organisaties of tussen geldstromen. Bijvoorbeeld 7x24 beschikbare onplanbare en niet geïndiceerde hulp. Bijvoorbeeld complexe zorg op het snijvlak van cure en care.