

De financiële impact van DementieNet Wijchen met gebruik van Easycare in de omgeving van huisartsenpraktijk Hensens

Eindrapportage businesscase op basis van de methode Effectencalculator

8 november 2016

Opgesteld door L. van het Erve en R. van het Erve
In het kader van het In Voor Zorg project Easycare

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	5
1.1 Vraagstelling en doelstelling	5
1.2 Opbouw van het rapport	6
2. Aanpak; de methode Effectencalculator	7
2.1 De Effectencalculator	7
2.2 Object van onderzoek; DementieNet in de context van huisartsenpraktijk Hensens	9
2.3 Inclusie en casusbespreking	11
3. Data analyse	13
3.1 Verschillenanalyse	13
3.2 Verdeling kostenveroorzakers	14
3.3 Verloop van kosten tijdens de cliëntreis	16
3.4 Doorlooptijd	16
4. Beschouwing, conclusies en aanbevelingen	18
4.1 Beschouwing	18
4.2 Conclusies	19
4.3 Aanbevelingen	20
Bijlage 1. Literatuurstudie	21
Bijlage 2. Betrokkenen bij het onderzoek	25
Bijlage 3. Maatschappelijke prijslijst	26
Bijlage 4. Resultaten van het onderzoek met het VSM model	30
Bijlage 5. Getalsmatig overzicht individuele casuïstiek	32

Samenvatting

Vanuit het DementieNetwerk Wijchen leeft de vraag in hoeverre integrale zorg, geleverd vanuit een netwerk met behulp van Easycare als methode voor een screening, voor alle levensdomeinen effect heeft op de kosten. De onderzoeksvraag is *Wat zijn de financiële effecten van de gehanteerde integrale werkwijze voor dementerende ouderen in de context van het professionele DementieNetwerk rond huisartsenpraktijk Hensens met gebruikmaking van het concept Easycare?* Met als doel om een eerste gefundeerd beeld over de financiële impact van de werkwijze van DementieNet in Wijchen te verkrijgen. Om deze vraag te beantwoorden is de methode Effectencalculator gebruikt. Aan de hand van een maatschappelijke prijslijst wordt de financiële impact van een “carrière” van de oudere met dementie in beeld gebracht. Daarnaast wordt een inschatting gemaakt wat de kosten zouden zijn bij de afwezigheid van het netwerk in haar huidige functionaliteit (referentie situatie).

Op basis van het onderzoek met de Effectencalculator bedraagt het verschil tussen integrale ouderenzorg in DementieNet Wijchen en de zorg zoals deze regulier zou zijn georganiseerd € 598.749,- over een tijdspanne van ruim 3,5 jaar en veertien dementie patiënten. De aanwezigheid van het DementieNetwerk en Easycare levert in deze veertien casussen gemiddeld een besparing van bijna tweeduizend euro per maand per patiënt in relatie tot de referentiesituatie.

Door geïntegreerde netwerkzorg te organiseren is op het niveau van deze veertien casussen duidelijk geworden dat substantiële doelmatigheidswinst te boeken is. De resultaten bevestigen de assumptie die aan de basis staat van de transitie (‘kanteling’) in de langdurige zorg. Vanuit de resultaten valt te concluderen dat werkwijze van DementieNet in Wijchen die de Easycare werkwijze gebruikt leidt tot een besparing van bijna zeshonderdduizend euro over een periode van 3,5 jaar op veertien casussen.

Er kan worden geconcludeerd dat er een duidelijke financiële meerwaarde is van de integrale netwerkaanpak in Wijchen. De oudere met dementie blijft langer thuis en leidt het leven zoals het geleefd is. De geboden zorg en ondersteuning is meer afgestemd op wat ouderen met dementie vragen dan wel werkelijk nodig hebben. Er zijn significant lagere kosten als je de zorg en ondersteuning op deze integrale wijze organiseert. In termen van bekostiging zijn er dus op grond van dit onderzoek voordelen te behalen voor de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. De gemiddeld lagere kosten per oudere met dementie wordt vooral gerealiseerd door uitstel van een opname in het duurdere verpleeghuis en minder ziekenhuisopnames. Dit in ruil voor meer, maar goedkopere (wijk)verpleging, huisartsenzorg, maatschappelijke ondersteuning en informele zorg. Voor de gemeente is de kostenbesparing minder evident. Per saldo geeft de gemeente minder uit wanneer mensen worden opgenomen in het verpleeghuis en of ziekenhuis. In die zin is het van belang om voor de groep ouderen met dementie fundamenteel na te gaan hoe de “shared savings” en herverdeling van de kosten regionaal kan worden gerealiseerd.

Op het gebied van integrale ouderenzorg is er meer onderzoek nodig om een scherper en duidelijker beeld te krijgen en uitspraken te doen over de financiële impact op macro niveau. Het verdient aanbeveling om soortgelijk onderzoek te herhalen in een omgeving waar de netwerkorganisatie minder is ontwikkeld om zo nog meer zicht te krijgen op de werkelijke toegevoegde waarde van het werken in een netwerk.

De toegevoegde waarde van een brede kijk op cliënten en patiënten door gebruik te maken van de Easycare systematiek is in de gesprekken vaak genoemd. In de praktijk blijkt dit uit de interventies die worden ingezet op alle levensterreinen. Dus niet alleen gerelateerd aan het zorgdomein. De Easycare systematiek is volgens de professionals zeer dienstig. Het verdient aanbeveling om een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren in praktijken waar niet met deze of vergelijkbare methode wordt gewerkt.

Daarnaast verdient het de aanbeveling om goed in kaart te brengen wat de inspanning en de kosten zijn om een praktijk op het niveau te brengen van een good practice zoals in Wijchen.

Inleiding

Binnen de huidige transitie in de zorgsector worden er tal van nieuwe programma's en methoden bedacht om de zorg op verschillende punten te verbeteren. Deze nieuwe programma's en methoden hebben vaak een gemeenschappelijke doelstelling, de zogenaamde Triple-Aim: zorgen dat de kwaliteit van leven verbetert, de professionele kwaliteit wordt versterkt en de kosten economisch houdbaar blijven. De vraag blijft echter of die programma's werken, welk effect ze hebben en of er een direct causaal verband is tussen de inspanningen en de doelstelling. Door de aanwezigheid van veel verschillende actoren, partijen en belangen blijft het lastig om deze *'black box' van de ingewikkelde zorg voor ouderen met dementie* te openen en te verhelderen. Welke acties leiden, een-op-een, tot welke effecten? Deze vraag is niet makkelijk te beantwoorden. In dit onderzoek zal echter getracht worden om deze *'black box'* deels te openen en in beeld te brengen door in beeld te brengen hoe de relaties tussen inspanning en kosten te analyseren. Er zijn drie onderdelen die betrokken zijn in deze studie waarmee de *'black box'* kan worden geopend; 1. De brede en gevalideerde kijk op vraagstukken van kwetsbare ouderen met de methode Easycare. 2. Inzicht geven in de werking van DementieNet en 3. Het geven van bedrijfskundige inzichten de effectiviteit van het netwerk (overlap en omissies) en de kosten en baten.

Met de voorbereiding in de vorm van een korte literatuurstudie (bijlage 1) is de beleidscontext, en daarmee het speelveld voor dit onderzoek, het DementieNetwerk Wijchen waar integrale netwerkzorg voor ouderen met dementie in de context van huisartsenpraktijk Hensens wordt vormgegeven. Voor het *In Voor Zorg traject Easycare* is deze praktijk een zogenaamde showcase. Het instrument Easycare wordt gebruikt om kwetsbare ouderen met cognitieve vraagstukken te helpen hun problemen en behoeften te analyseren en een plan te maken over alle levensdomeinen heen. Easycare is een werkwijze waarbij hulpverleners samen met kwetsbare ouderen en verwanten de situatie in kaart brengen. Er wordt nagegaan wat de kwetsbare oudere zelf als probleem ervaart. Samen wordt er besloten wat er aan gedaan moet worden om dit probleem op te lossen. Dit geeft de oudere meer regie over zijn eigen zorg. Hierdoor sluit de geleverde zorg aan op de zorgbehoefte en resulteert dit sneller in succes van de interventie. Kortom deze aanpak lijkt te leiden tot doelmatigere zorg. In samenwerking met het DementieNetwerk Wijchen wordt deze aanpak ook gehanteerd bij dementiepatiënten bij huisartsenpraktijk Hensens.

1.1 Vraagstelling en doelstelling

Vanuit het DementieNetwerk Wijchen leeft de vraag in hoeverre integrale zorg geleverd vanuit een netwerk met behulp van Easycare als methode voor een screening voor alle levensdomeinen effect heeft op met name de kosten. Beantwoording van deze vraag is belangrijk voor de bewijslast richting stakeholders voor de vermeende positieve effecten van de gehanteerde werkwijze. Primair zijn de stakeholders uiteraard de deelnemende partijen in het netwerk maar ook de financiers van de zorg zoals de verzekeraar, de Wlz uitvoerder en de gemeente Wijchen.

Dit onderzoek tracht de volgende vraag te beantwoorden:

Wat zijn de financiële effecten van de gehanteerde integrale werkwijze voor dementerende ouderen in de context van het professionele DementieNetwerk rond huisartsenpraktijk Hensens met gebruikmaking van het concept Easycare?

Deze vraagstelling leidt tot de volgende doelstelling voor dit onderzoek: *Er is een gefundeerd beeld over de financiële impact van de werkwijze van DementieNet in Wijchen.*

1.2 Opbouw van het rapport

Dit rapport kent de volgende opbouw: In hoofdstuk 2 wordt de gekozen methodiek van de Effectencalculator toegelicht. Tevens zal het object van onderzoek worden beschreven; de geïntegreerde zorg dementiezorg zoals uitgevoerd rond de praktijk van huisarts Hensen. In hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van de Effecten calculator beschreven en geanalyseerd. In hoofdstuk 4 staat een beschouwing met daarin de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

2. Aanpak; de methode Effectencalculator

De literatuurstudie pleit voor een handzame methode. Vanuit de praktijk is ook aangedrongen op een relatief praktische benadering van het onderzoek in verband met de geringe tijd van professionals en de geringe beschikbaarheid van financiële middelen. Voor het verzamelen van de data en de analyse is daarom gekozen voor de methode Effectencalculator. Het object van onderzoek is zoals hiervoor beschreven de geïntegreerde netwerkzorg van DementieNetwerk rond de huisartsenpraktijk Hensens waar wordt gewerkt vanuit van de brede kijk naar kwetsbaarheid bij ouderen door het gebruik van het instrument Easycare. Deze praktijk wordt tevens in dit hoofdstuk beschreven. Voorts wordt de inclusie en de wijze van bespreken van de casuïstiek beschreven.

2.1 De Effectencalculator

De Effectencalculator is een onderzoeksmethode die is ontwikkeld door een samenwerking van WMO-werkplaatsen, Movisie en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. WMO-werkplaatsen zijn regionale samenwerkingsverbanden van hogescholen, zorg- en welzijnsinstellingen en gemeenten. Dit samenwerkingsverband is opgericht met als doel om vernieuwingen in zorg en welzijn tot stand te brengen en beroepskrachten te scholen. Dit wordt gerealiseerd door het ontwerpen, uitvoeren en evalueren van methodieken gericht op het uitvoeren van de Wet maatschappelijke ondersteuning. De kennisproducten gecreëerd door de WMO-werkplaatsen worden uitgegeven en beheerd door Movisie, het landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, sociale zorg en veiligheid.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt bij door middel van financiering van de publicatie van de Effectencalculator *Evalueren Nieuwe Stijl* (2016). Deze publicatie beschrijft de werking, toepassing en de maatschappelijke bijdrage die de Effectencalculator levert. De methode Effectencalculator is daarmee een geschikte en gevalideerde methode om een goed kwalitatief beeld van de financiële impact van geïntegreerde ouderenzorg te maken.

In de aanpak Effectencalculator staan drie vragen centraal:

- Wat gebeurt er in het leven van de bewoner of cliënt?
- Welke ondersteuning is hiervoor nodig?
- Wat is het prijskaartje daarvan?

De Effectencalculator is gebaseerd op het voeren van een constructieve dialoog tussen betrokkenen professionals (bijlage 2) over de tijdlijn van een aantal ouderen met dementiecasussen. In een gesprek met 5 tot 8 professionals en waar mogelijk de cliënt en of verwanten worden de activiteiten zoals geleverd door het netwerk rond de oudere met dementie in beeld gebracht. Verder wordt de vermoedelijke inspanningen in beeld gebracht wanneer er geen sprake geweest zou zijn van een geïntegreerd werkend en

breed kijkend netwerk. Een sessie rond een aantal casussen beslaat ongeveer 3 uur en bestaat uit vier onderdelen per casus.

- Bepalen van de tijdspanne
- Beschrijven van de beginsituatie
- Beschrijven van de gekozen aanpak
- Bepalen van de referentie (what - if scenario per episode)

Als eerste stap wordt de tijdshorizon van de casus bepaald. Hierin wordt het startmoment van de zorg en het eindemoment vastgesteld. De beginsituatie wordt door de meest betrokken professional de bijzonderheden geschetst uit de voorgeschiedenis. De insteek is om zo feitelijk mogelijk te blijven. Het volgende onderdeel is de beschrijving van de gekozen aanpak in het verloop van het ziekteproces van de cliënt / patiënt. In dit onderdeel vindt een tweedeling plaats. Enerzijds wordt in beeld gebracht wat de verschillende episodes zijn in het verloop van de ziekte en het leven van de cliënt (bijvoorbeeld een val, starten van dwaalgedrag, wegvallen van echtgenoot etc.) en anderzijds de zorg- en ondersteuningsactiviteiten die op basis van deze episodes. Deze ondersteuning kan worden geleverd door individuele professionals, mantelzorg en andere actoren in het netwerk (bijvoorbeeld de taxichauffeur). De gebeurtenissen worden beschreven vanuit het dossier. Deze worden aangevuld met de ervaringen van cliënten en aanwezige professionals.

Voor de financiële impact is het prijskaartje van de zorg en ondersteuning van belang. Deze wordt bepaald op de door Effectencalculator samengestelde en *geactualiseerde maatschappelijke prijslijst* (zie bijlage 3). In het laatste deel van de sessie is het van belang om het effect zo concreet mogelijk te krijgen. Dit gebeurt de hand van referentievragen. De vraag wordt gesteld wat er gebeurd zou zijn als de interventie zoals ingezet vanuit het netwerk niet had plaats gevonden. Vervolgens worden de alternatieven (referentie) geprijsd op basis van de maatschappelijke prijslijst. Het verschil tussen de werkelijke situatie en referentie (het what-if scenario) vormt de basis voor de kostenberekening van de te vergelijken conditie.

De kracht van de methode is dat de aanwezige professionals direct bekend zijn met de casuïstiek en veruit de beste inschatting kunnen maken van de referentie. Betrokken professionals kennen de situatie en de persoon in kwestie die centraal staat in de casus. Er kan nooit met 100% zekerheid worden voorspeld wat er gebeurd in de referentiesituatie, maar met de diversiteit van de professionals aan tafel is het zeker mogelijk om collectief een *best educated guess* te maken.

Als in de tijdlijn de werkelijke en de referentiesituatie is ingevuld, dan is het vaak mogelijk om vanuit één oogopslag de discrepantie te zien tussen beide situaties. Deze discrepantie kan pas worden geïnterpreteerd na het online invoeren in de Effectencalculator applicatie. In deze applicatie worden alle gebeurtenissen, ondersteuningsactiviteiten, kostenposten en kwalitatieve effecten van alle casussen ingevoerd. De applicatie verwerkt alle ingevoerde gegevens, vertaalt deze naar kosten op basis van een actuele lijst van maatschappelijke kosten en vormt een rapport met tabellen en grafieken. Om meer generieke uitspraken te kunnen doen is het van belang om een dataset van voldoende omvang te hebben. Volgens de bedenkers van de methode geven tussen de tien en vijftien casussen de nodige diversiteit in intensiteit van

de interventies en doorlooptijd. Daarmee ontstaat een voldoende valide eerste beeld over het effect van de toegevoegde waarde, ook in financiële zin, van het integraal werken aan ouderenzorg in een netwerk met de inzet van Easycare.

2.2 Object van onderzoek; DementieNet in de context van huisartsenpraktijk Hensens

Zoals verwoord in de literatuurstudie is een geschikte good practice het kleinschalig zorgnetwerk in Wijchen rond de huisartsenpraktijk Hensens. Volgens de onderzochte literatuur moet de good practice voldoen aan een aantal criteria om als goede referentie voor impactanalyse aangemerkt te worden:

- Er is sprake van een netwerk bestaande uit een samenwerking van meerdere partijen.
- De inzet van de samenwerking is waardecreatie voor cliënten / patiënten
- Er wordt kleinschalig en op wijkniveau gewerkt.
- Het streven is het verschuiven van zorg van de tweede lijn naar eerste lijn.
- Het streven is dat mensen langer thuis wonen.
- Het betreft zorg voor ouderen die op meerder terreinen kwetsbaar zijn en zeker cognitieve problematiek hebben. (Voor nu, later generaliserend voor andere ziektebeelden).
- Er is sprake van samengestelde financiering vanuit meerdere wettelijke kaders (Zvw, Wlz en WMO).

Het DementieNetwerk rond de praktijk van huisarts Hensens voldoet aan bovenstaande criteria. Om te komen tot een geïntegreerde praktijk zijn er twee organisatorische stappen gemaakt: Het netwerk is gaan werken volgens het Zorgprogramma kwetsbare Ouderen van de OCE (2012) en volgens de werkwijze van DementieNet (2015). Deze worden hierna toegelicht.

Stap 1 Werken van uit het OCE/zorgprogramma kwetsbare ouderen

Daarvoor is er eerst een netwerk van eerstelijns professionals gevormd, dat bestaat uit: huisarts, specialist ouderengeneeskunde, zorgtrajectbegeleider dementie, wijkverpleging vanuit drie thuiszorgorganisaties, praktijkondersteuner en een welzijnsprofessional. Deze deelnemers zijn bij elk multi disciplinair overleg (MDO) aanwezig. Indien er bij een patiënt een fysiotherapeut, ergotherapeut of logopediste zijn betrokken haken deze aan bij het MDO van de betreffende cliënt / patiënt. Het ouderenzorgprogramma behelst verder:

- Casefinding: alle kwetsbare complexe patiënten krijgen een ZWIP account met zorgplan op maat
- Geriatrisch assessment met Easycare
- 2x per jaar MDO met netwerk
- Gedeeld zorgplan in ZWIP
- 1x per jaar medicatie beoordeling met apotheek
- Terugkoppeling resultaten van MDO naar patiënt door casemanager

Stap 2 werken vanuit de principes van DementieNet

Sinds begin 2015 werkt het netwerk eveneens volgens de werkwijze van DementieNet. Dit programma duurt 2 jaar en bestaat uit de volgende onderdelen / modules:

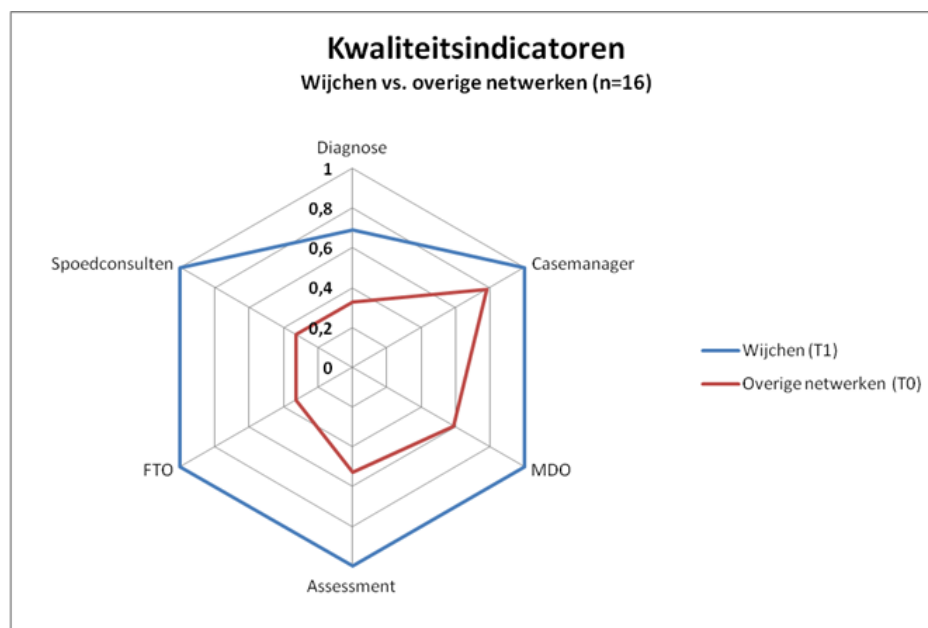
- Leiderschapsprogramma voor netwerk verbinder(s) i.c. de huisarts en de zorgtrajectbegeleider.

- Begeleiding bij dataverzameling ten behoeve van spiegelinformatie aan de hand van een compacte set kwaliteitsindicatoren; jaarlijks terugkoppeling van deze spiegelinformatie aan de hand waarvan verbeterpunten worden benoemd.
- Jaarlijkse netwerkbijeenkomsten over waar visie op zorg, wederzijdse belangen, werkafspraken over taken en verantwoordelijkheden worden gemaakt.
- Kort cyclisch verbeteren: begeleiding bij het opstellen van verbeterdoel en verbeterplan voor het geselecteerde verbeterpunt; uitvoering verbeterplan, minimaal 1 keer per jaar.
- Interprofessioneel trainen: afnemen van scholingsmodules van DementieNet (vaste modules of 'op maat').

Professionals op grond van stap twee in het netwerk zijn inmiddels geschoold in:

- Het signaleren van vroege signalen bij dementie
- Casefinding en planbepaling volgens de Easycare methode inclusief de principes van shared decision making,
- Onbegrepen gedrag bij dementie
- Welzijnsvragen bij dementie.

Het netwerk heeft zich inmiddels laten evalueren. In figuur 1 wordt inzichtelijk hoe netwerk Wijchen presteert in vergelijking met de andere netwerken van DementieNet bij start.



Figuur 1: score kwaliteitsindicatoren DementieNet Wijchen / Hensens t.o.v. overige netwerken

Om dit "spinnenweb" goed te interpreteren volgt de legenda van kwaliteitsindicatoren:

- Diagnose = % dementie patiënten met diagnose, die in de eerste lijn gesteld is
- Casemanager = % dementie patiënten dat een casemanager heeft aangeboden gekregen
- MDO = % dementie patiënten die recent zijn besproken in Multi Disciplinair Overleg (MDO)

- Assessment = % dementie patiënten waarbij recent een Easycare assessment is afgenomen
- FTO = % dementie patiënten die recent in farmacotherapeutisch overleg zijn besproken
- Spoedconsulten = de ratio van het aantal spoedconsultaties (spoedvisite, huisartsenpost, spoedeisende hulp) en het aantal dementiepatiënten patiënten)

De score laat zien dat het integrale netwerk één jaar na deelname aan DementieNet dat het 'state of the art' werkt, namelijk maximaal op de kwaliteitsindicatoren.

Voor een bedrijfskundig inzicht over de effectiviteit van het netwerk is een drietal bijeenkomsten in 2015 op basis van de methodiek van Action Research en het systeemkundig model (VSM model), de taken die de professionals van het netwerk uitvoeren in het WMO, ZVW en WLZ domein de dubbelingen en hiaten in het netwerk door de professionals in kaart gebracht (bijlage 4). De input en uitkomsten van deze bijeenkomsten hebben gediend als input voor een verbeterplan. De belangrijkste conclusie voor dit onderzoeksrapport is dat de rollen in de organisatorische configuratie van het netwerk van de praktijk Hensens in het kader van de realisatie van de zorg nauwelijks dubbelingen en hiaten kent en dat het netwerk vanuit dit perspectief doelmatig is ingericht. Wel zijn er hiaten geconstateerd om te komen tot innovatie van het netwerk. Op basis van deze inzichten is een verbeterplan opgesteld door de professionals van het netwerk.

2.3 Inclusie en casusbespreking

Er zijn veertien casussen in dit onderzoek opgenomen. In het onderzoek zijn cliënten geïnccludeerd die bewezen kwetsbaar waren op meerdere levensterreinen en in ieder geval met cognitieve vraagstukken (dementie). Daarnaast is gekozen om de casussen te selecteren die goed de diversiteit van de populatie representeren:

- Patiënten / cliënten die al geruime tijd en recent de diagnose dementie hebben en dus kort of lang in zorg zijn.
- Een evenwichtige verdeling tussen mannen en vrouwen
- Patiënten / cliënten met een hoge en lage ziektelast
- Patiënten en cliënten met mantelzorg en weinig mantelzorg. De casussen zijn gezamenlijk geselecteerd door de huisarts en casemanager. Ze zijn geanonimiseerd beschreven en besproken.

De methode Effectencalculator maakt het mogelijk om de cliënt en zijn verwanten in het onderzoek te laten participeren. Hiervoor is niet gekozen, omdat een aantal van de cliënten reeds was overleden en het binnen het beoogde tijdsbestek van het onderzoek moeilijk was om dit te realiseren.

Het beschrijven en doorgronden van de casussen is een tijdrovend proces. Voor de eerste casus is ruim tijd genomen en is zeer gedetailleerd doorgenomen met zeven nauw betrokken professionals (huisarts, wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner, zorgtrajectbegeleider, specialist ouderengeneeskunde, maatschappelijk werk en welzijnswerker). Zij hebben in deze sessie samen geleerd hoe de methode werkt. De

sessie wordt begeleid door een gecertificeerde adviseur Effectencalculator. De eerste sessie heeft scherp en gedetailleerd inzicht gegeven in de inzet van professionals in bepaalde situaties. Daardoor konden de overige dertien casussen met alleen de inzet de huisarts en de zorgtrajectbegeleider (beiden betrokken bij elke casus) precies in kaart worden gebracht.

Het onderzoek is begrensd door alleen naar de zorg- en ondersteuningskosten te kijken. Variabelen zoals bijvoorbeeld inkomen, eigen bijdrage, woonkosten en vermogen zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

De gesprekken op basis van actuele en werkelijke casuïstiek zijn geheel geanonimiseerd. Ook de data is geanonimiseerd ingevoerd in de datatool van de Effectencalculator. De toegang tot deze datatool is versleuteld en alleen toegankelijk voor de betrokken en gecertificeerde begeleider.

3. Data analyse

Het invoeren van de verzamelde gegevens uit de casusbesprekingen in de Effectencalculator leveren veertien losstaande casussen op die in elk opzicht uniek zijn (bijlage 5). Om de onderzoeksvraag op een valide manier te kunnen beantwoorden is het van belang af te bakenen welke verbanden er worden geanalyseerd. Het belangrijkste verband in deze studie is het verschil in kosten tussen de casussen met en zonder aanwezigheid van DementieNetwerk. Naast de beschrijving van het verschil in kosten is een belangrijke verband van de verdeling van de kosten, zowel in de werkelijke situatie als in de referentiesituatie. Tot slot is de diversiteit in de casuïstiek in relatie tot de kosten een relevante variabele om in beeld te brengen. Van dit laatste punt werd al vroeg in de analyse duidelijk dat op grond van de omvang van huidige dataset alleen een duidelijk onderscheid kon worden gemaakt in de doorlooptijd; korter dan 12 maanden en langer dan 12 maanden. Op basis van deze verbanden zijn de variabelen geanalyseerd waarmee een eerste gefundeerd beeld kan worden gegeven van het effect van het netwerk op de kosten. Hierna volgt een overzicht van resultaten op basis van de analyse van de dataset:

- Verschilanalyse in overall werkelijke kosten geïntegreerde ouderenzorg DementieNetwerk met gebruikmaking van Easycare en de kosten in de referentiesituatie
- Onderscheid in kostenveroorzakers werkelijk situatie en referentiesituatie
- Verloop van de kosten in de cliëntenreis
- Verschil in doorlooptijd casussen (kort en lang)

3.1 Verschillenanalyse

Aantal Casussen	14
Gemiddelde Casusduur	23,2 maanden
Totale kosten werkelijk	€ 406.951,-
Totale referentie situatie	€ 1.005.700,-
Totaalsaldo	€ 598.749,-
Gemiddelde kosten per casus werkelijk	€ 29.068,-
Gemiddelde kosten per casus referentie	€ 71.836,-
Saldo gemiddelde kosten	€ 42.768,-

Tabel 1: Totaal en gemiddelde kosten alle casussen

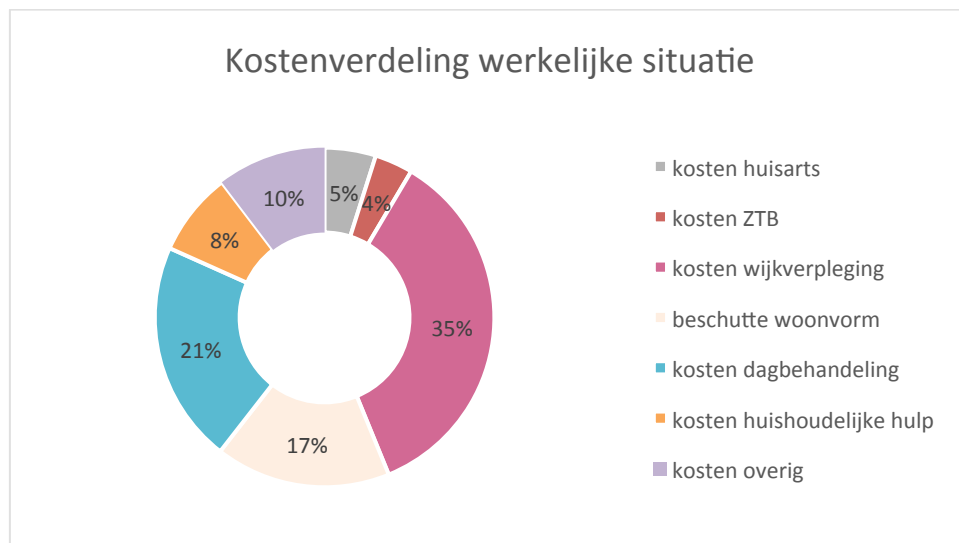
- Er zijn 14 casussen afgenomen met een doorlooptijd tussen 1 maand en 45 maanden.
- De gemiddelde casusduur is bijna twee jaar (23,2 maanden om precies te zijn).
- In een setting van integrale ouderenzorg in een netwerk dat gebruikt maakt van Easycare bedragen de totale zorgkosten voor 14 casussen in totaal €406.951,- .

- In de referentiesituatie met reguliere zorg zouden de zorgkosten voor 14 casussen in totaal €1.005.700,- bedragen.
- Gemiddelde kosten per casus op basis van integrale ouderenzorg in een netwerk met Easycare zijn €29.067,93 (= €406.951,- gedeeld door 14).
- Gemiddelde kosten per casus op basis van de referentiesituatie met reguliere zorg bedraagt €71.835,71 (€1.005.700,- gedeeld door 14).
- Gemiddeld zijn de kosten per casus per maand respectievelijk €1.252,93 en €3.096,37¹.

Op basis van het onderzoek met de Effectencalculator bedraagt het verschil tussen integrale ouderenzorg en de zorg zoals deze in de referentiesituatie is geprojecteerd €598.749,- over een tijdspanne van ruim 3,5 jaar en 14 dementie patiënten. De eerdergenoemde maandelijkse bedragen per patiënt zijn €1.252,93 en €3.096,37, een verschil van €1.843,44 per maand. De aanwezigheid van het DementieNetwerk en Easycare levert in deze 14 casussen gemiddeld een besparing van bijna tweeduizend euro per maand per patiënt in relatie tot de referentiesituatie.

3.2 Verdeling kostenveroorzakers

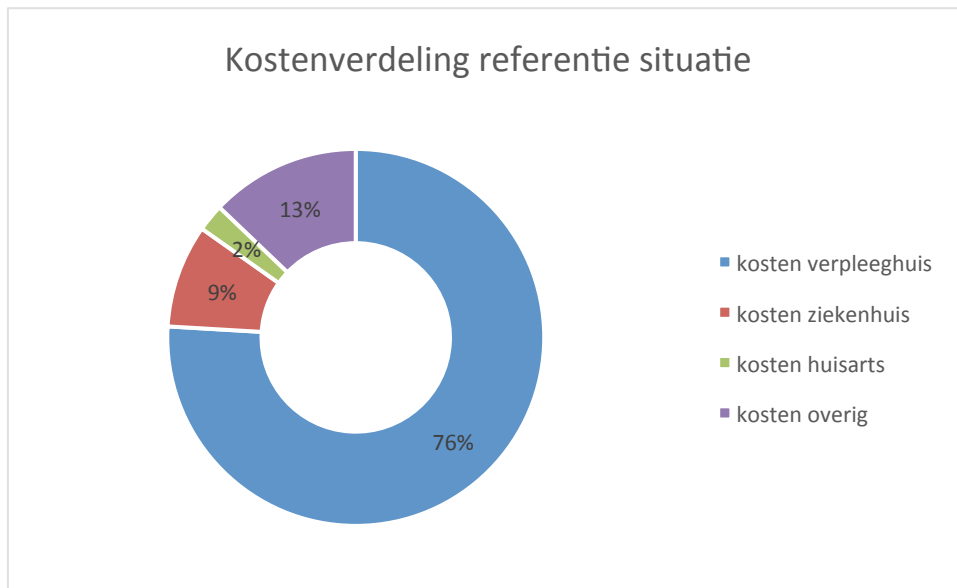
Uit de geanalyseerde data kan een kostenverdeling worden gemaakt van de werkelijke situatie en de referentie situatie.



Grafiek 1: Kostenverdeling van de totaalkosten² van: €406.951 in de werkelijke situatie

¹ (Gemiddelde kosten/gemiddelde casusduur) = $(29.067,93/23,2) = €1.252,93$
 $(71.835,71/23,2) = €3.096,37$

² Onder overige kosten vallen de volgende kosten; medicatie, MDO, ondersteuning door andere professionals zoals fysiotherapie en ergotherapie, vervoer en dagbesteding.



Grafiek 2: Kostenverdeling van de totaalkosten³ van €1.005.700,- in de referentie situatie

Op basis van bovenstaande grafieken valt te concluderen dat in de referentiesituatie de kosten voornamelijk voortvloeien uit opnamen in het verpleeghuis. In de referentiesituatie worden patiënten sneller doorverwezen en opgenomen in het verpleeghuis. In 71,4% van de casussen worden ouderen met dementie opgenomen in verpleeghuizen en bepalen 76% van de kosten. In de situatie met integrale ouderenzorg in netwerkverband (werkelijke situatie) wordt een enkele cliënt opgenomen in een beschutte woonvorm (voorheen verzorgingshuis). In deze casus betrof het een opname in een latere fase van de ziekte. In 42,8% van alle casussen in de referentiesituatie was sprake van een crisisopname in het ziekenhuis of revalidatiekliniek. In financiële zin beslaat dit een relatief klein deel van de kosten (9%). Desalniettemin is een opname in het ziekenhuis vaak erg belastend voor de oudere met dementie. Als gevolg van een geïntegreerde netwerkaanpak is het kennelijk mogelijk om cliënten en patiënten langer thuis te laten wonen. Een opname in het verpleeghuis dan wel het ziekenhuis resulteren zowel relatief als absoluut in een forse stijging van de kosten.

Wijkverpleging en huishoudelijke hulp is ook een significante kostenpost in de casussen. De kosten van de combinatie thuiszorg met dagbehandeling door het wijkteam wegen niet op tegen de dagelijkse kosten van verpleeghuizen en ziekenhuizen. Exemplarisch is casus #7 (zie bijlage 5). In deze casus heeft de patiënt van 1 augustus 2012 tot 25 september 2015 thuiszorg, huishoudelijke ondersteuning, wijkverpleegkundige ondersteuning en ondersteuning van de huisarts en zorgtrajectbegeleiding ontvangen. Over deze periode geeft dit €101.364,- aan kosten. In de referentiesituatie zou deze patiënt die periode opgenomen zijn in een verpleeghuis. Dit zou €176.700,- hebben gekost. Over een periode van 3 jaar is er dus totaal €75.336,- bespaard. Er blijft hierdoor ruimte over voor eventuele dagbesteding en zorg van andere professionals zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten.

³ Onder overige kosten vallen de volgende kosten: wijkverpleging, medicatie, MDO, ondersteuning door andere professionals zoals fysiotherapie en ergotherapie, vervoer en dagbesteding.

3.3 Verloop van kosten tijdens de cliëntreis

Binnen de casussen valt niet zomaar een eenduidig antwoord op de vraag of er een patroon is te ontdekken in het kostenverloop binnen de casussen. De casusduur is per casus verschillend en de situaties van patiënten zijn niet gemakkelijk te vergelijken. In ruwe data zijn alleen pieken in kosten waar te nemen bij een opname in het ziekenhuis of verpleeghuis. Verder is sprake van (kleinere) pieken in geval van een opschaling van de hoeveelheid wijkverpleging, huishoudelijke ondersteuning of dagbehandeling bij de intensivering van het ziektebeeld en of bijkomende vraagstukken (bijvoorbeeld verlies van verwanten). Het moment waarop dat plaats vindt tijdens de reis van de cliënt is moeilijk te voorspellen.

3.4 Doorlooptijd

De data laat zien dat het mogelijk is om meer gedetailleerdere uitspraken te doen m.b.t. de doorlooptijd.

	Groep 1 (kort)	Groep 2 (lang)	Totaal
Aantal casussen	6	8	14
Gemiddelde doorlooptijd (maanden)	7,50	35	23,2
Totaalkosten werkelijk	€34.115,-	€372.836,-	€406.951,-
Totaalkosten referentie	€151.984,-	€853.716,-	€1.005.700,-
Saldo Totaalkosten	€117.869,-	€480.880,-	€598.749,-
Gemiddelde werkelijk	€5.686,-	€46.605,-	€29.069,-
Gemiddelde referentie	€25.331,-	€106.715,-	€71.836,-
Saldo Gemiddelde	€19.645,-	€68.697,-	€42.768,-

Tabel 2: Onderscheid tussen casussen < dan 12 maanden en > dan 12 maanden

In bovenstaande tabel zijn de veertien casussen verdeeld in twee groepen. De eerste groep zijn zes casussen met een korter verloop dan de gemiddelde 23 maanden. De tweede groep bevat acht casussen met een langer verloop. In de eerste groep is de gemiddelde casusduur 7,5 maand. In de werkelijke situatie kwamen de totaalkosten uit op €34.115. Verdeeld over de zes casussen bedragen de gemiddelde kosten €5.686 per casus. In de referentiesituatie bedragen de totaalkosten €151.984. Het verschil in de totaalkosten bedraagt €117.869,-. Verdeeld over de zes casussen zijn de gemiddelde kosten €25.331 per casus. Per saldo kost de zorg in de referentiesituatie, gemiddeld per casus €19.645 meer. In de tweede groep is de gemiddelde casusduur 35 maanden. In de werkelijke situatie bedragen de totaalkosten €372.836,-. Over de acht casussen verdeeld zijn gemiddelde kosten €46.605.

In de referentiesituatie zijn de totaalkosten €853.716,-. Verdeeld over acht casussen langer dan twaalf maanden bedragen de gemiddelde kosten €106.715. Het saldo tussen beide gemiddelden is €60.110,-. Bij de kortdurende casuïstiek in de referentiesituatie zijn de gemiddelde kosten per casus 445,5% hoger dan in de werkelijke situatie met integrale ouderenzorg in netwerkverband. In het geval van meer langdurende casuïstiek

bedraagt dit percentage 229%. Dit betekent dat ouderen met dementie in de eigen omgeving te laten met ondersteuning van een sterk netwerk, loont.

4. Beschouwing, conclusies en aanbevelingen

De dataset en de analyses zijn door de professionals die de informatie hebben ingebracht en door de leden van de projectgroep beschouwd. In dit hoofdstuk zullen we kernpunten van de beschouwingen, conclusies en aanbevelingen beschrijven.

4.1 Beschouwing

In de beschouwing van de verschillende casussen wordt de rol van mantelzorg als cruciaal benoemd. Bij vijf van de veertien casussen zou er in de referentiesituatie de mantelzorgdruk te groot zijn geworden. Dit kan leiden tot uitval van de mantelzorger of dat de mantelzorger zelf zorg nodig heeft. Door de integrale aanpak voelen mantelzorgers zich beter ondersteund en is de druk beter draagbaar (beleving). Het laat zien dat de wisselwerking tussen mantelzorgers en het netwerk van cruciaal belang is om opschaling naar duurdere vormen zorg te voorkomen.

De kracht van het de integrale zorg heeft te maken met de drie ingrediënten die in veel situaties een *black-box* zijn; een brede kijk op cliënten (Easycare), de samenwerking in het netwerk en de bedrijfskundige effectiviteit. Door gebruik te maken van de methode Easycare wordt aan de eerste stap de *black-box* te ontsluiten voldaan heeft te maken met screening en het verdiepende onderzoek dat samen met ouderen met dementie wordt uitgevoerd. Zonder gebruik te maken van dit type aanpak is het leveren van adequate zorg in de thuissituatie moeilijker. De inzichten en het plan wordt gevolgd in een multidisciplinair netwerkoverleg. Dit is een belangrijk onderdeel van de netwerkzorg en draagt positief bij aan de ervaren kwaliteit.

De kosten zijn in beeld gebracht en dat is iets anders dan de financiering. Voor de organisatie en het vloeiend verloop van de netwerkspanning is geen reguliere financiering. Deze inspanning wordt door alle professionals gedaan in de, steeds kleiner wordende, marge van de gefinancierde uren of in "eigen tijd". Dit maakt de netwerkorganisatie fragiel. Tegelijkertijd is er nu een meer gefundeerd beeld wat de financiële consequentie is als het netwerk niet meer functioneert. De opbrengst lijkt groot genoeg om de regionale of landelijke middelen vanuit de Zvw, Wlz en Wmo scherper aan te wenden voor het ontwikkelen en in standhouden van dit type netwerken. Het ligt primair op de weg van de verzekeraar om samen met gemeenten om een meer evenwichtig regionaal spel tussen tweede lijn (verpleeghuizen en ziekenhuizen) en eerste lijn (huisarts, POH, wijkverpleging etc.) en maatschappelijke partijen (welzijnsorganisaties, verenigingsleven en bedrijfsleven) te organiseren.

Op het gebied van de methodiek is het een discussie hoe precies de uitspraken in deze studie zijn. Voor wat betreft de beschrijving van de werkelijke situatie zal deze de werkelijkheid dicht benaderen. De interventies zijn nauwgezet in tijd, kwaliteit en kosten in beeld gebracht. Het verdient aanbeveling om ter validering de werkelijke kosten te toetsen aan de hand van de cijfers die verzekeraars, gemeenten en Wlz uitvoerders hebben over deze casuïstiek. De referentiesituatie is daarentegen een inschatting. Deze wordt gemaakt door een zevental professionals vanuit verschillende disciplines. De

vraag is of zij een nog meer valide inschatting kunnen maken op basis van een “what-if” scenario. Deze inschatting blijft een kwetsbaarheid in het onderzoek.

4.2 Conclusies

De resultaten zorgen voor een helder en gefundeerd beeld hoe deze kosten zich verhouden op microniveau. Op basis van geanalyseerde resultaten kunnen we globaal genomen concluderen dat voor de zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder in de ouderenzorg zonder integrale netwerkzorg een opname in het verpleeghuis en of ziekenhuis een grotere kostenpost vormt dan wanneer iemand langer in de eigen woon en leefsituatie gehouden kan worden. Uit de resultaten blijkt dat er over de veertien afgenomen casussen €598.749 minder is uitgegeven dan in de referentiesituatie. Per patiënt per maand bedraagt deze besparing gemiddeld €1.843,44. Gezien de hoeveelheid patiënten die zorg ontvangen in Nederland loopt dit bedrag op in miljoenen per maand aan bespaarde kosten als er gebruik wordt gemaakt van geïntegreerde ouderenzorg in netwerkverband vanuit een brede kijk op de vraagstukken met het gebruik van Easycare of een soortgelijke werkwijze.

Door geïntegreerde netwerkzorg te organiseren is op het niveau van deze veertien casussen duidelijk geworden dat substantiële doelmatigheidswinst te boeken is. De resultaten bevestigen de assumptie die aan de basis staat van de transitie (‘kanteling’) in de langdurige zorg. Vanuit de resultaten valt te concluderen dat werkwijze van DementieNet in Wijchen die de Easycare werkwijze gebruikt leidt tot een besparing van bijna zeshonderdduizend euro over een periode van 3,5 jaar op veertien casussen.

Er kan worden geconcludeerd dat, in termen van ‘Triple-Aim, er een meerwaarde is van de integrale netwerkaanpak in Wijchen. De oudere met dementie blijft langer thuis en leidt het leven zoals het geleefd is. De geboden zorg en ondersteuning is meer afgestemd op wat ouderen met dementie vragen dan wel werkelijk nodig hebben. Er zijn significant lagere kosten als je de zorg en ondersteuning op deze integrale wijze organiseert. In termen van bekostiging zijn er dus op grond van dit onderzoek voordelen te behalen voor de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. De gemiddeld lagere kosten per oudere met dementie wordt vooral gerealiseerd uitstel van een opname in het duurdere ziekenhuis/verpleeghuis. Dit in ruil voor meer, maar goedkopere (wijk)verpleging, huisartsenzorg, maatschappelijke zorg en informele zorg. Voor de gemeente is de kostenbesparing minder evident. Per saldo geeft de gemeente minder uit wanneer mensen worden opgenomen in het verpleeghuis en of ziekenhuis. In die zin is het van belang om voor de groep ouderen met dementie fundamenteel na te gaan hoe de “shared savings” en herverdeling van de kosten regionaal kan worden gerealiseerd.

Met deze conclusies is een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag *Wat zijn de financiële effecten van de gehanteerde integrale werkwijze voor dementerende ouderen in de context van het professionele DementieNetwerk rond huisartsenpraktijk Hensens met gebruikmaking van het concept Easycare?*

Voor wat betreft de doelstelling van het onderzoek; *er is een gefundeerd beeld over de financiële impact van de werkwijze van DementieNet in Wijchen.* Hiervoor kan worden gesteld dat er eerste voorlopige uitspraken zijn over de financiële impact van de

geïntegreerde netwerkaanpak in Wijchen. Het beeld is gevormd aan de hand van een beproefde methodiek en op basis van concrete en herleidbare casuïstiek. Daarbij kan niet worden aangegeven welke van de onderdelen (ZTB, Easycare) van de DementieNet interventie het meest bijdragend was; het geheel wordt immers gevolgd in zijn effect op de actuele situatie. De doelstelling is daarmee behaald.

4.3 Aanbevelingen

Op het gebied van integrale ouderenzorg is er meer onderzoek nodig om een scherper en duidelijker beeld te krijgen en uitspraken te doen over de financiële impact op macro niveau. Het verdient aanbeveling om soortgelijk onderzoek te herhalen in een omgeving waar de netwerkorganisatie minder is ontwikkeld om zo nog meer zicht te krijgen op de werkelijke toegevoegde waarde van het werken in een netwerk.

De toegevoegde waarde van een brede kijk op cliënten en patiënten aan de hand van Easycare in de gesprekken over de casussen is aangetoond. De interventies die worden ingezet betreffen alle levensterreinen. De Easycare systematiek is hierbij zeer dienstig. Het verdient aanbeveling om een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren in praktijken waar niet met deze of vergelijkbare interventies wordt gewerkt.

De inspanning om te komen tot een goed netwerk is nog niet goed becijferd. Een eerste indicatie laat zien dat deze heel veel lager zijn dan de opbrengt voor de veertien casussen. Het verdient de aanbeveling om goed in kaart te brengen wat de inspanning en de kosten zijn om een praktijk op het niveau te brengen zoals in Wijchen.

Bijlage 1. Literatuurstudie

Voorafgaand aan het onderzoek is relevante literatuur bestudeerd met als doelstelling om meer inzicht te verkrijgen in van de financiële impact van het werken in geïntegreerde wijknetwerken in de ouderenzorg, in het bijzonder de dementiezorg. Het vertrekpunt is breder getrokken dan alleen de inzet van wijkverpleegkundigen en huisartsen in de context van de Zvw. De huidige transitie in de zorgsector geeft hier aanleiding voor. Om via een literatuurstudie de doelmatige en effectieve (impact) inrichting van netwerkvorming te onderzoeken, zijn een tweetal stappen relevant. De eerste stap is het zoeken naar relevante beleidscontexten en referentiekaders. In een studie van *Rebergen, Hamers en Vos (2015)* wordt beschreven dat bij het onderzoeken van beleidscontexten zicht wordt verkregen op relevantie:

- Trends
- Concepten
- Innovaties
- Politieke inwerkingen
- Juridische zaken
- Wetenschappelijke verworvenheden
- Praktijken

Voor de opzet van het onderzoek is veel ontleent aan de publicatie *Coordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for succes (Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., Kodner, D.L. (2013)*. In dit onderzoek staan vijf casestudies over coördinatie van zorgprogramma's voor mensen met complexe en chronische condities centraal. Het rapport focust zich voornamelijk op lessen en overdraagbaarheid van succes naar andere contexten. Bij elke casestudy werd er gebruik gemaakt van een meer cliënt gerichte benadering. Alle casestudies in dit onderzoek lieten zien dat er een positief significant effect gemeten is op het gebied van kwaliteit van leven. Bij vier van de vijf casestudies werd er aangetoond dat het reduceren van onnodige ziekenhuisopnames, gepaard ging bij deze benadering. Geen van alle casestudies had als specifiek doel om kosten te verminderen. Dit is een positief neveneffect gebleken. De centrale gedachte achter de nieuwe benadering is voornamelijk kwaliteitsverbetering, in plaats van actief kosten reduceren. Een ander punt is dat veel personeelsleden die werkzaam zijn bij de uitgevoerde casestudies benadrukken dat het opbouwen van bewustzijn in de gemeenschap van groot belang is. Op die manier wordt iedereen bekend met het nieuwe model van het leveren van zorg. Aangegeven werd dat van alle vijf programma's de financiële kant de grootste uitdaging was. Met dezelfde werkwijze als startende ondernemers moesten de programma's aan de slag om gefinancierd te worden. De auteurs stellen dat het lastig is om financiële middelen te werven voor de wijze van organiseren, omdat het aantonen van kosteneffectiviteit nauwelijks mogelijk is.

Voorafgaand aan het onderzoek is veel ontleent aan de publicatie *Coordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for succes (Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., Kodner, D.L. (2013)*. In dit onderzoek staan vijf casestudies over coördinatie van zorgprogramma's voor mensen met complexe en chronische condities centraal. Het rapport focust zich voornamelijk op lessen en overdraagbaarheid van succes naar andere contexten. Bij elke casestudy werd er gebruik gemaakt van een meer cliënt gerichte benadering. Alle casestudies in dit onderzoek lieten zien dat er een positief significant effect gemeten is op het gebied van kwaliteit van leven. Bij vier van de vijf casestudies werd er aangetoond dat het reduceren van onnodige ziekenhuisopnames, gepaard ging bij deze benadering. Geen van alle casestudies had als specifiek doel om kosten te verminderen. Dit is een positief neveneffect gebleken. De centrale gedachte achter de nieuwe benadering is voornamelijk kwaliteitsverbetering, in plaats van actief kosten reduceren. Een ander punt is dat veel personeelsleden die werkzaam zijn bij de uitgevoerde casestudies benadrukken dat het opbouwen van bewustzijn in de gemeenschap van groot belang is. Op die manier wordt iedereen bekend met het nieuwe model van het leveren van zorg. Aangegeven werd dat van alle vijf programma's de financiële kant de grootste uitdaging was. Met dezelfde werkwijze als startende ondernemers moesten de programma's aan de slag om gefinancierd te worden. De auteurs stellen dat het lastig is om financiële middelen te werven voor de wijze van organiseren, omdat het aantonen van kosteneffectiviteit nauwelijks mogelijk is.

Voorafgaand aan het onderzoek is veel ontleent aan de publicatie *Coordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for succes (Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., Kodner, D.L. (2013)*. In dit onderzoek staan vijf casestudies over coördinatie van zorgprogramma's voor mensen met complexe en chronische condities centraal. Het rapport focust zich voornamelijk op lessen en overdraagbaarheid van succes naar andere contexten. Bij elke casestudy werd er gebruik gemaakt van een meer cliënt gerichte benadering. Alle casestudies in dit onderzoek lieten zien dat er een positief significant effect gemeten is op het gebied van kwaliteit van leven. Bij vier van de vijf casestudies werd er aangetoond dat het reduceren van onnodige ziekenhuisopnames, gepaard ging bij deze benadering. Geen van alle casestudies had als specifiek doel om kosten te verminderen. Dit is een positief neveneffect gebleken. De centrale gedachte achter de nieuwe benadering is voornamelijk kwaliteitsverbetering, in plaats van actief kosten reduceren. Een ander punt is dat veel personeelsleden die werkzaam zijn bij de uitgevoerde casestudies benadrukken dat het opbouwen van bewustzijn in de gemeenschap van groot belang is. Op die manier wordt iedereen bekend met het nieuwe model van het leveren van zorg. Aangegeven werd dat van alle vijf programma's de financiële kant de grootste uitdaging was. Met dezelfde werkwijze als startende ondernemers moesten de programma's aan de slag om gefinancierd te worden. De auteurs stellen dat het lastig is om financiële middelen te werven voor de wijze van organiseren, omdat het aantonen van kosteneffectiviteit nauwelijks mogelijk is.

De publicatie *Nieuwe bekostigingsmodel eerstelijnszorg. Organisch veranderen op weg naar een (r)evolutie*. Jan van Es Instituut Valentijn P.P., Bruijnzeels, M.A. (2014) geeft relevante inzichten over de bekostiging van de ouderenzorg. In dit artikel staat het vernieuwen van het bekostigingsmodel van de eerstelijnszorg centraal. Het oude bekostigingsmodel is nog gebaseerd op het “monodisciplinaire kleinbedrijf”, waar elke organisatie zelf de financiën reguleert. Verder wordt benadrukt dat de horizontale afstemming tussen eerstelijnsverzorgers en de verticale afstemming met de tweedelijnszorg zwak is. Hierin is meer samenwerking en coördinatie nodig in een nieuw bekostigingsmodel. Doelstelling van dit nieuwe bekostigingsmodel is dat het ondersteunt in het generiek organiseren van de eerstelijns verzorging voor de hele populatie (Afbeelding 2).

Er wordt verder een tweedeling gemaakt in perspectieven op de eerstelijnszorg. Aan de ene kant het beleidsmatig perspectief, waar de focus ligt op de gehele populatie. Aan de andere kant het operationele perspectief, waarbij de focus meer op individueel niveau ligt. Volgens de auteurs is het verstandig om de eerstelijnszorg op te delen in vier ondersteuningsniveaus. Dit zijn Eerstelijnsvoorziening, Wijkgerichte Gezondheidscentra, Regionale Backoffice organisatie en Landelijke Backoffice organisatie. Het eerste niveau, Eerstelijnsvoorziening, werkt volgens een multidisciplinair integraal abonnementstarief.

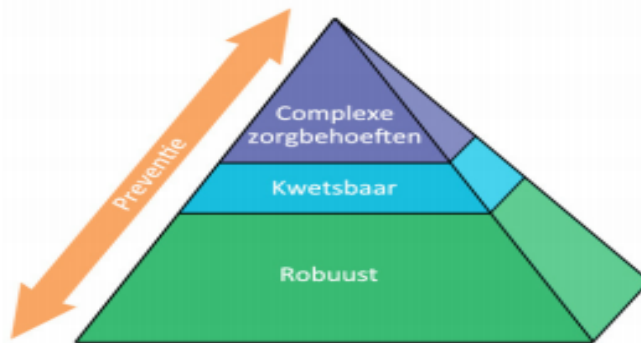
Verder geeft de *Businesscase van SamenOud (2013)* een eerste relevant inzicht in de kostenstructuur van integrale ouderenzorg. In deze businesscase staan de financiële effecten van het programma SamenOud centraal. Dit is gemeten door 1500 cliënten te verdelen in twee groepen. Een groep werkt met het programma SamenOud en een groep zonder. SamenOud leidt door het categoriseren van patiënten in drie groepen en daar passend beleid op te maken tot een vermindering van tweedelijns zorggebruik, waardoor er per saldo significant bespaard wordt en de kwaliteit van de zorg en de gezondheid van de populatie verbetert (Triple-Aim). Wel leidt SamenOud tot een logische verschuiving van kosten en stijging van kosten in de 0^e en 1^e lijn voor thuiszorg, huishoudelijke hulp en aanpassingen aan het huis. De theoretische basis is het Chronic Care Model (Afbeelding 1) Het model dient als leidraad bij het integraal organiseren van preventieve en proactieve zorg.



Afbeelding 1: Chronic care model

Doel van het CCM is een goed geïnformeerde en geactiveerde cliënt die interactie heeft met een voorbereid en proactief team. Aan dit model kan de Kaiser Permanent Triangel

(Afbeelding 2) worden toegevoegd. Dit is een methode cliënten in drie categorieën te verdelen. Basis van de indeling is het risico op verhoogde zorgbehoeften. De drie categorieën bestaan uit Complexe Zorgbehoeften (20% v.d. ouderen), Kwetsbaar (16%) en Robuust (64%).



Afbeelding 2: Kaiser Permanente Triangle

Elke groep heeft een andere zorgbehoefte op het gebied van coördinatie, begeleidingsduur, contactfrequentie en benadering. Zo kan er beter voldaan worden aan de persoonlijke zorgbehoefte (maatwerk) van een cliënt. De mate van preventie heeft daarnaast invloed op de complexiteit en hoogte van zorgbehoeften. Aan de financiële kant leidt dit tot een verschil in gemiddelde kosten voor SamenOud. De groep ‘Robuust’ kost €68,- per jaar, waar de groep ‘complex’ €1937,- kost. De businesscase van Samen Oud die voorafgaand aan het experiment is becijferd, laat zien dat er per oudere per jaar, gemiddeld, €274,- minder uitgegeven wordt dan wanneer er sprake is van een geïntegreerde aanpak

Tot slot is de studie *Beter Samen in Noord. Effectenevaluatie, Baseline-analyse (2014)* gebruikt. De rapportage van Beter Samen in Noord betreft kwetsbare bewoners met multi-problematiek. Centraal staat de evaluatie van het casemanagement. Dit rapport bestaat uit twee onderdelen, een kwantitatief en een kwalitatief overzicht van resultaten. De kwantitatieve resultaten komen uit een analyse waarbij een vragenlijst is gebruikt en scores met een zelfredzaamheidsmatrix. De kwalitatieve kant wordt in beeld gebracht in casestudies waarbij vier cliënten zes maanden lang gevolgd worden. Vier indicatoren worden onderzocht; zelfredzaamheid, gezondheid, participatie en financiën. De resultaten van deze analyse zijn zeer gedetailleerd en het is niet dienstig om ze in deze studie op te voeren.

Conclusies literatuurstudie

Voor het onderzoek naar het DementieNet Wijchen wordt ter onderbouwing de *coordinated care checklist* gebruikt voor de inclusie van het Netwerk in het onderzoek. Op grond van deze checklist van de ‘fit’ van de activiteiten van dit netwerk in relatie tot kosten. Het netwerk voldoet aan alle criteria. Het is daarmee een good practice waarbinnen de impact van de werkwijze op de kosten goed in beeld kan worden gebracht. De checklist is samengesteld op basis van de indicatoren van de Triple-Aim. De scope van dit onderzoek is de financiële impact. Andere variabelen van de triple aim zoals kwaliteit van leven en zorg worden niet meegenomen.

Een andere gemene deler in de literatuur is de uitdaging om de bewijslast omtrent de impact op de zorgkosten goed in beeld te krijgen. Deze bewijslast is noodzakelijk om met name met financiers van de zorg een evenwichtig gesprek te kunnen voeren over de inspanningen, kosten en baten. De literatuurstudie geeft aan dat het, voor wat betreft de impact op de kosten, het best kan worden gekozen voor een handzame methode, die een goed beeld geeft over de dagelijkse praktijk en de inhoudelijk keuzes die worden gemaakt voor de inzet van zorg en ondersteuning.

Bronliteratuur

- Valentijn P.P., Bruijnzeels, M.A. (2014). Nieuwe bekostigingsmodel eerstelijnszorg. Organisch veranderen op weg naar een (r)evolutie. Jan van Es Instituut.
- Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., Kodner, D.L. (2013). Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. *Key lessons and markers for succes*
- Beter Samen in Noord. Effectenevaluatie, Baseline-analyse. (2014).
- SamenOud. Business Case. (2013).
- Surman, T. (2012). Constellation Collaboration: A model for multi-organizational partnership. *Centre for Social Innovation*.
- Hanleybrown, F., Kania, J., Kramer, M. (2012). Channeling Change: Making Collective Impact Work. *Stanford Social Innovation Review*.
- Inventarisatie Samenwerkingsvormen Eerste en Tweede lijn. (2016). ROS Netwerk.

Bijlage 2. Betrokkenen bij het onderzoek

DementieNet Wijchen:

Chantal Hensens (huisarts)
Clementine Louwerse (Zorgtrajectbegeleider Dementie; netwerk 100)
Anne Elsinghorst (Wijkverpleegkundige Buurtzorg Nederland)
Eefje Bekker (Wijkverpleegkundige ZZG zorggroep)
Miranda Drabbe (Specialist Ouderengeneeskunde; Zorggroep Maas en Waal)
Rhona Eveleigh (Specialist Ouderengeneeskunde; ZZG zorggroep)

Projectgroep

Hans Vos (Gebiedsdirecteur ZZG zorggroep)
Bianca Nieuwkamp (Projectmanager ZZG zorggroep; senior researcher/docent strategische innovatie, Radboud Academy of Management)
Freek van der Pluijm (Projectmanager DementieNet; Radboud Alzheimer Centrum, Radboudumc)
Minke Nieuwboer (coördinator DementieNet; Radboud Alzheimer Centrum, Radboudumc)
Chantal Hensens (huisarts, praktijk Hensens/Niessen)
Gerda Woltjer (Programmamanager Ouderenzorg OCE; CIHN/OCE Nijmegen)

Bijlage 3. Maatschappelijke prijslijst

Maatschappelijke prijslijst

versie 14 juni 2016

Deze maatschappelijke prijslijst is onderdeel van de Effectencalculator: een instrument om de maatschappelijke meerwaarde van nieuwe aanpakken in het domein van zorg en welzijn zichtbaar te maken. Maatschappelijke kosten tellen steeds meer mee. Maar prijzen zijn lastig te vinden. Daarom zijn we ze gaan verzamelen en hebben we ze praktisch vertaald. De prijslijst is uitgegroeid tot een breed gewaardeerd hulpmiddel.



Let op. De prijzen zijn een zo goed mogelijke inschatting op basis van de gevonden informatie. Vaak zijn het (conservatieve) gemiddelden van diverse bronnen. Werkelijke prijzen zijn afhankelijk van tijd, plaats, aanbieder en precieze definitie. De genoemde prijzen zijn altijd indicatief. Het gebruik is vrij, en voor eigen risico. Reken uzelf niet te snel rijk. Van een besparing is pas sprake als er ook echt door iemand minder geld betaald wordt. Bronvermelding stellen we op prijs.

We gaan door met inventariseren. Helpt u mee? We horen graag nieuwe en scherpere prijzen. Wilt u de maatschappelijke prijslijst verantwoord gebruiken en zelf de Effectencalculator inzetten? Volg dan de training tot Effectencalculator.

Meer informatie (ook voor bronnen bij deze prijzen):
<http://www.effectencalculator.nl> | info@effectencalculator.nl

Zorg & gezondheid

Huisarts consult (10 min.) telefonisch consult visite aan huis weekend consult uurtarief	€ 30 € 15 € 45 € 85 € 100	keer
Praktijkondersteuner huisarts (POH)	€ 80	uur
Huishoudelijke hulp thuiszorg	€ 20	uur
Persoonlijke verzorging thuiszorg	€ 27	uur
Verpleegkundige ziekenhuis	€ 30	uur
Wijkverpleegkundige	€ 50	uur
Eerstelijns psycholoog	€ 80	uur
Psychiater	€ 95	uur
Medisch specialist	€ 140	uur
Paramedische zorg (fysio, ergo, dieet, etc.)	€ 35	sessie
Polikliniekbezoek algemeen ziekenhuis	€ 65	bezoek
Revalidatie	€ 110	uur
Meerprijs van intramurale zorg t.o.v. thuiszorg	€ 30	dag
2x per dag zorg in eigen huis	€ 100	dag
Verpleegdag algemeen ziekenhuis	€ 435	dag
Forensische zorg	€ 280	dag
Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	€ 275	dag
Bezoek spoedeisende hulp	€ 250	bezoek
Verblijf eerste hulp ziekenhuis	€ 2.200	dag
Ambulancerit spoed besteld	€ 660 € 300	keer

een initiatief van



pagina 1 van 4

www.effectencalculator.nl



MRI-scan	€ 400	keer
Intramurale (crisis)opname GGZ	€ 275	dag
Gebroken arm	€ 3.900	arm
Behandeling PAAZ	€ 5.000	behandeling
Deeltijdbehandeling 2e lijns GGZ (16 weken)	€ 8.000	keer
Kosten gemeente GGZ-cliënt met ernstig psychiatrische aandoening (EPA)	€ 17.000	patiënt/jaar
Zorg zwaar verstandelijk beperkt persoon (IQ <50)	€ 57.000	jaar
Zorg licht verstandelijk beperkt persoon (IQ 50-69)	€ 34.000	jaar
Zorg laagbegaafd persoon (IQ 70-85)	€ 28.000	jaar

Jeugd

Meerkosten speciaal basisonderwijs	€ 3.000	leerling
Meerkosten speciaal onderwijs	€ 14.000	leerling
Meerkosten rugzakleerling	€ 6.000 - € 18.000	leerling
Aanvullende kosten (vervoer, thuiszorg, extrabegeleiding)	€ 22.000	leerling
Dyslexie (diagnose behandeling)	€ 1.200 € 2.000	persoon
Leerlingenvervoer (stad platteland)	€ 2.500 € 3.000	jaar
Inzet bij multiprobleemgezin (gemiddeld / alle ondersteuning)	€ 104.000	jaar/gezin
Uithuisplaatsing kind (excl. begeleiding/vergoeding)	€ 40.000	keer
Uithuisplaatsing kind (begeleiding + vergoeding pleeggezin)	€ 35 € 13.500	dag/interventie
Begeleide Omgangsregeling (BOR) (regulier zwaar)	€ 1.900 € 2.300	traject
Een plek in een jeugdinrichting	€ 225	dag
Een residentiële opvangplaats	€ 65.000	jaar
Ontheffing uit ouderlijk gezag / voogdij (inzet Jeugdzorg)	€ 5.000 € 25.000	jaar traject
Jongerenwerker	€ 60	uur
Inzet Raad voor Kinderbescherming	€ 3.500	gezin/jaar
Inzet bureau Halt	€ 250	gezin/jaar
Inzet jeugdzorg (zonder uithuisplaatsing)	€ 7.500	interventie
Jeugdreclassering	€ 3.700	interventie
Jeugdbescherming	€ 5.400	interventie
Een pleegzorgplaats	€ 7.000	jaar
Maandelijks betaling alimentatie	€ 385	maand
Kind in GGZ (gemiddeld)	€ 3.700	jaar
Jongere in gesloten jeugdzorg	€ 55.800	jaar
Ondertoezichtstelling (OTS) <1 jaar	€ 8.900	jaar
Ondertoezichtstelling (OTS) >1 jaar	€ 7.500	jaar
Reguliere Jeugdreclassering	€ 6.600 € 10.900	jaar/interventie
Individuele Trajectbegeleiding (ITB)-Harde Kern	€ 1.300 € 7.100	mnd/interventie
Individuele Trajectbegeleiding - Criem	€ 1.700 € 4.900	mnd/interventie
Scholings- en trainingsprogramma (STP) Jeugdzorg	€ 1.700 € 1.300	maand
Gedragbeïnvloedende maatregel (GBM) advies	€ 1.500	keer
Gedragbeïnvloedende maatregel (GBM) begeleiding	€ 6.600 € 3.200	jaar/interventie
Kosten startkwalificatie voor een minderjarige	€ 4.000	jaar

een initiatief van



pagina 2 van 4



Ouderen

Wonen in verzorgingshuis, met lichte zorg	€ 60 - € 90	dag
Wonen in verpleeghuis, met gemiddelde zorg	€ 150	dag
Gemiddelde kosten geneesmiddelen 65+-ers (gewoon polyfarmacie = meer dan 5)	€ 800 € 1.500	jaar
Nieuwe heup (met meerdaagse opname)	€ 22.000	keer
Rollator	€ 200	stuk
Scootmobiel	€ 5.000 - € 8.000	stuk
Personalarmering	€ 300	jaar
Traplift (investerings- afschrijvingskosten)	€ 5.000 € 333	eenmalig jaar
Domotica (investerings- afschrijvingskosten)	€ 15.000 € 1.000	eenmalig jaar

Welzijn

Maatschappelijk werker	€ 65	uur
Verblijf maatschappelijke opvang (excl. incl. zorg/begeleiding)	€ 80 € 100	dag
Gemiddeld verblijf maatschappelijke opvang	€ 12.000	jaar
Verplaatsen probleemgezin	€ 70.000	keer
Sociale activering	€ 3.750	keer
Eigen-krachtconferentie	€ 4.500	keer
Dagactiviteit (lichte zware begeleiding)	€ 35 € 50	dagdeel
Dagbesteding met verblijf (lichte zware begeleiding)	€ 10 € 30	dagdeel
Vervoer dagactiviteit	€ 10	dag

Werk & inkomen

Bijstandsuitkering 21+ (alleenstaand alleenstaande ouder getrouwd)	€ 600 € 900 € 1.300	maand
Kosten ziekteverzuim	€ 230 € 3.500	dag jaar
Schuldhelpverlening	€ 1.500	jaar
Budgetcoach Budgethulp Budgetbeheer	€ 94 € 72 € 54	maand
Bewindvoering (eenpersoons tweepersoonshuishouden)	€ 2500 € 4.200	traject
Bewindvoerder	€ 80	uur
Beheer van Persoonsgebonden Budget (PGB)	€ 600	keer
Curatele (eenpersoons- tweepersoonshuishouden)	€ 3500 € 5000	traject
Verklaring WSNP (Wet Schuldsanering Natuurlijke Pers.)	€ 270	keer
Beslaglegging deurwaarder inkomen bankrekening inboedel	€ 250 € 420 € 1.150	keer
Inzet UWV (gemiddeld)	€ 3.000	jaar
Inzet re-integratie	€ 4.700	traject
WW-uitkering	€ 1.700	maand
Kinderopvang	€ 60	dag
Ontruiming van een huis	€ 200	interventie

Wonen

Betalingsregeling	€ 45	keer
Afsluiten elektriciteit	€ 790	keer
Beschermd wonen	€ 150	dag
Klacht bij de woningcorporatie	€ 300	keer
Mutatie van een woning	€ 1.200	keer

www.effectencalculator.nl



Uitzetting uit huurwoning	€ 6.000	keer
Kosten begeleid wonen na woninguitzetting	€ 50.000	keer
Levensloopbestendig maken woning	€ 10.000	keer
Huurtoeslag	€ 2.100	huish./jaar
Gemiddelde huurprijs sociale sector	€ 450	maand
Gemiddelde huurprijs vrije sector	€ 850	maand
Hypotheek en leveringsakte door notaris	€ 1.100	keer
Bouwgrond	€ 390	m2
1% hogere verkoopwaarde van Nederlandse koopwoning	€ 2.500	
Verplaatsen probleemgezin	€ 70.000	keer
Schoonmaker	€ 15	uur

Veiligheid

Politie inzet	€ 45	uur
Dagvaarding	€ 80	keer
Een mishandeling	€ 5.500	delict
Een bedreiging	€ 2.700	delict
Een zedendelict	€ 2.600	delict
Een vermogensdelict (diefstal, heling, afpersing)	€ 1.400	delict
Een overtreding van de wegenverkeerswet	€ 910	delict
Een vernieling in de openbare ruimte	€ 730	delict
Een opiumdelict	€ 670	delict
Een economisch delict	€ 550	delict
Advocaat	€ 180	uur
Detentie	€ 230	dag
TBS	€ 480	dag
Inzet St. Reclassering Nederland	€ 750	jaar

Leefomgeving

Zwembad (kosten na aftrek opbrengsten)	€ 210	uur
Sporthal (kosten gemeente, gem. voor diverse sporten)	€ 55 € 2,80	uur speler
Voetbalveld	€ 80.000	jaar
Cruyff-Court (jaarlijkse kosten aanleg)	€ 9.000 € 100.000	jaar stuk
Bestrating (klinkerweg asfaltweg)	€ 40 € 45	m2
Verkeersbord	€ 150	stuk
Winkelwagentje	€ 270	stuk
Vervangen prullenbak	€ 500	stuk
Lantaarnpaal	€ 800	stuk
Speeltoestel (klein groot)	€ 750 € 5.000	stuk
Bushokje	€ 5.000	stuk

Diversen

Winst supermarkt (klein gemiddeld groot)	€ 30.000 € 250.000	jaar
	€ 400.000	
Gemiddelde junior-professional	€ 50	uur
Gemiddelde senior-professional	€ 80	uur
Huurprijs in maatschappelijk vastgoed (MFA / Kulturhus) (commerciële partij maatschappelijke partij)	€ 140 € 80	m2

een initiatief van

Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

ECORYS

 AABEL

 Jochum Deuten
advies & onderzoek

 Verwey-
Jonker
Instituut

pagina 4 van 4

Bijlage 4. Resultaten van het onderzoek met het VSM model

Praktijk Hensens: WLZ									
Activiteiten en diensten	Huidige partners	Nieuwe partners	Inform. partners	Uitvoering	Coördinatie	Controle	Informatie	Beleid	Doelen en waarden
1. In zorg nemen						H	H	H	
2. Zorg verlenen									
3. Uit zorg					H				

Activiteiten en diensten	Partners			Rollen					Doelen en Waarden
	Huidige partners	Nieuwe partners	Inf. partners	Uitvoering	Coördinatie	Controle	Informatie	Beleid	
EIGEN REGIE/ WMO									
1. Informatie vertrekking/groepsvoorlichting							H	H	
2. Zorgen dat cliënt en mantelzorgvertrouwen in eigen kunnen opbouwen en participeren									
3. Sociale kaart van cliënt en mantelzorgvertrouwen uitwerken									
4. Randvoorwaarden woning en woonomgeving									
5. Zelfstandig dingen kunnen doen gelet op veiligheid: b.v. vervoer, risicoanalyse									
6. Mantelzorgondersteuning en vervoer									
7. Buurt/wijk									
8. Externe contacten onderhouden						H	H	H	

Activiteiten en diensten	Partners			Rollen partners					Doelen en waarden
	Huidige partners	Nieuwe partners	Inform. partners	Uitvoering	Coördinatie	Controle	Informatie omgeving & toekomst	Beleid	
ZVW									
1. Vroeg-signaleren						H	H	H	
2. Anamnese				D?					
3. Diagnose					D?	H	H	H	
4. MDO/interne contacten						H	H	H	
5. Zorgplan						H	H	H	
6. Zorg verlenen							H	H	
7. Evalueren en bijstellen							H	H	
8. Uit zorg									
9. Externe contacten onderhouden						H	H	H	

Bijlage 5. Getalsmatig overzicht individuele casuïstiek

Casusnr	Naam	Doorlooptijd	Kosten werkelijke situatie	Kosten referentie situatie
#1	Mevrouw D.	7 maanden	€ 376	€ 37.200
#2	Mevrouw P.	42 maanden	€ 57.403	€ 146.605
#3	Meneer S.(2)	35 maanden	€ 46.096	€ 147.013
#4	Mevrouw T.	27 maanden	€ 70.983	€ 125.550
#5	Meneer S.(2)	1 maand	€ 3.945	€ 18.540
#6	Meneer B.	8 maanden	€ 2.010	€ 2.250
#7	Mevrouw O.	38 maanden	€ 111.194	€ 181.200
#8	Mevrouw W.	30 maanden	€ 20.978	€ 26.880
#9	Mevrouw H.	31 maanden	€ 8.579	€ 144.150
#10	Mevrouw L.	45 maanden	€ 8.055	€ 10.375
#11	Mevrouw S.(1)	32 maanden	€ 49.548	€ 71.943
#12	Meneer M.	12 maanden	€ 15.037	€ 44.530
#13	Mevrouw S. (2)	11 maanden	€ 10.612	€ 36.180
#14	Mevrouw E.	6 maanden	€ 2.135	€ 13.284
Totaal	-	325	€ 406.951	€ 1.005.700

Uitwerking casussen <12 maanden

Casusnr	Naam	periode	Kosten werkelijke situatie	Kosten referentie situatie
#5	Meneer S.(2)	1 maand	€ 3.945	€ 18.540
#14	Mevrouw E.	6 maanden	€ 2.135	€ 13.284
#1	Mevrouw D.	7 maanden	€ 376	€ 37.200
#6	Meneer B.	8 maanden	€ 2.010	€ 2.250
#13	Mevrouw S. (2)	11 maanden	€ 10.612	€ 36.180
#12	Meneer M.	12 maanden	€ 15.037	€ 44.530
Totaal	-	45	€ 34.115	€ 151.984

Uitwerking casussen >12 maanden

Casusnr	Naam	Lengte	Kosten werkelijke situatie	Kosten referentie situatie
#8	Mevrouw W.	30 maanden	€ 20.978	€ 26.880
#9	Mevrouw H.	31 maanden	€ 8.579	€ 144.150
#11	Mevrouw S.(1)	32 maanden	€ 49.548	€ 71.943
#3	Meneer S.(2)	35 maanden	€ 46.096	€ 147.013
#7	Mevrouw O.	38 maanden	€ 111.194	€ 181.200
#2	Mevrouw P.	42 maanden	€ 57.403	€ 146.605
#10	Mevrouw L.	45 maanden	€ 8.055	€ 10.375
#4	Mevrouw T.	27 maanden	€ 70.983	€ 125.550
Totaal	-	280	€ 372.836	€ 853.716

Verdeling kosten referentie situatie

Casus-nummer	Ziekenhuis	Verpleeghuis	Wijkverpleging	Dagbehandeling	Huishoudelijke Hulp	Huisarts	Overig	Totaal
1	€ -	€ 37.200	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 37.200
2	€ 42.330	€ -	€ 8.600	€ 51.600	€ -	€ 5.160	€ 38.915	€ 146.605
3	€ -	€ 139.500	€ 4.860	€ -	€ -	€ 375	€ 2.278	€ 147.013
4	€ -	€ 125.550	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 125.550
5	€ 18.540	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 18.540
6	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.000	€ 1.250	€ 2.250
7	€ 4.500	€ 176.700	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 181.200
8	€ 3.630	€ 23.250	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 26.880
9	€ -	€ 144.150	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 144.150
10	€ -	€ 1.050	€ -	€ -	€ -	€ 2.250	€ 7.075	€ 10.375
11	€ -	€ 55.800	€ 10.560	€ -	€ 3.840	€ 1.743	€ -	€ 71.943
12	€ 3.630	€ 27.900	€ -	€ -	€ -	€ 13.000	€ -	€ 44.530
13	€ 3.630	€ 32.550	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 36.180
14	€ 12.815	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 469	€ 13.284
Totaal	€ 89.075	€ 763.650	€ 24.020	€ 51.600	€ 3.840	€ 23.528	€ 49.987	€ 1.005.700

Verdeling kosten werkelijke situatie

<i>Casus-nummer</i>	<i>Huisarts</i>	<i>Zorg traject begeleiding</i>	<i>Wijkverpleging</i>	<i>Dagbehandeling</i>	<i>Huishoudelijke Hulp</i>	<i>Overig</i>	<i>Totaal</i>
1	€ 96	€ 40	€ -	€ -	€ -	€ 240	€ 376
2	€ 1.003	€ 215	€ 8.600	€ 35.991	€ -	€ 11.594	€ 57.403
3	€ 850	€ 1.530	€ 25.722	€ 15.120	€ -	€ 2.874	€ 46.096
4	€ 783	€ 135	€ -	€ -	€ -	€ 70.065	€ 70.983
5	€ 1.600	€ 1.560	€ 108	€ 400	€ -	€ 277	€ 3.945
6	€ 500	€ 650	€ -	€ -	€ -	€ 860	€ 2.010
7	€ 1.673	€ 2.373	€ 62.240	€ 26.600	€ 9.120	€ 9.188	€ 111.194
8	€ 216	€ 1.062	€ 11.340	€ 8.000	€ -	€ 360	€ 20.978
9	€ 310	€ 1.984	€ 3.575	€ -	€ -	€ 2.710	€ 8.579
10	€ 540	€ 925	€ -	€ -	€ -	€ 6.590	€ 8.055
11	€ 704	€ 2.048	€ 27.216	€ -	€ 19.260	€ 320	€ 49.548
12	€ 10.452	€ 910	€ 324	€ -	€ 2.080	€ 1.271	€ 15.037
13	€ 660	€ 1.032	€ 3.780	€ -	€ 1.920	€ 3.220	€ 10.612
14	€ 497	€ 329	€ 770	€ -	€ -	€ 539	€ 2.135
<i>Totaal</i>	€ 19.884	€ 14.793	€ 143.675	€ 86.111	€ 32.380	€ 110.108	€ 406.951