

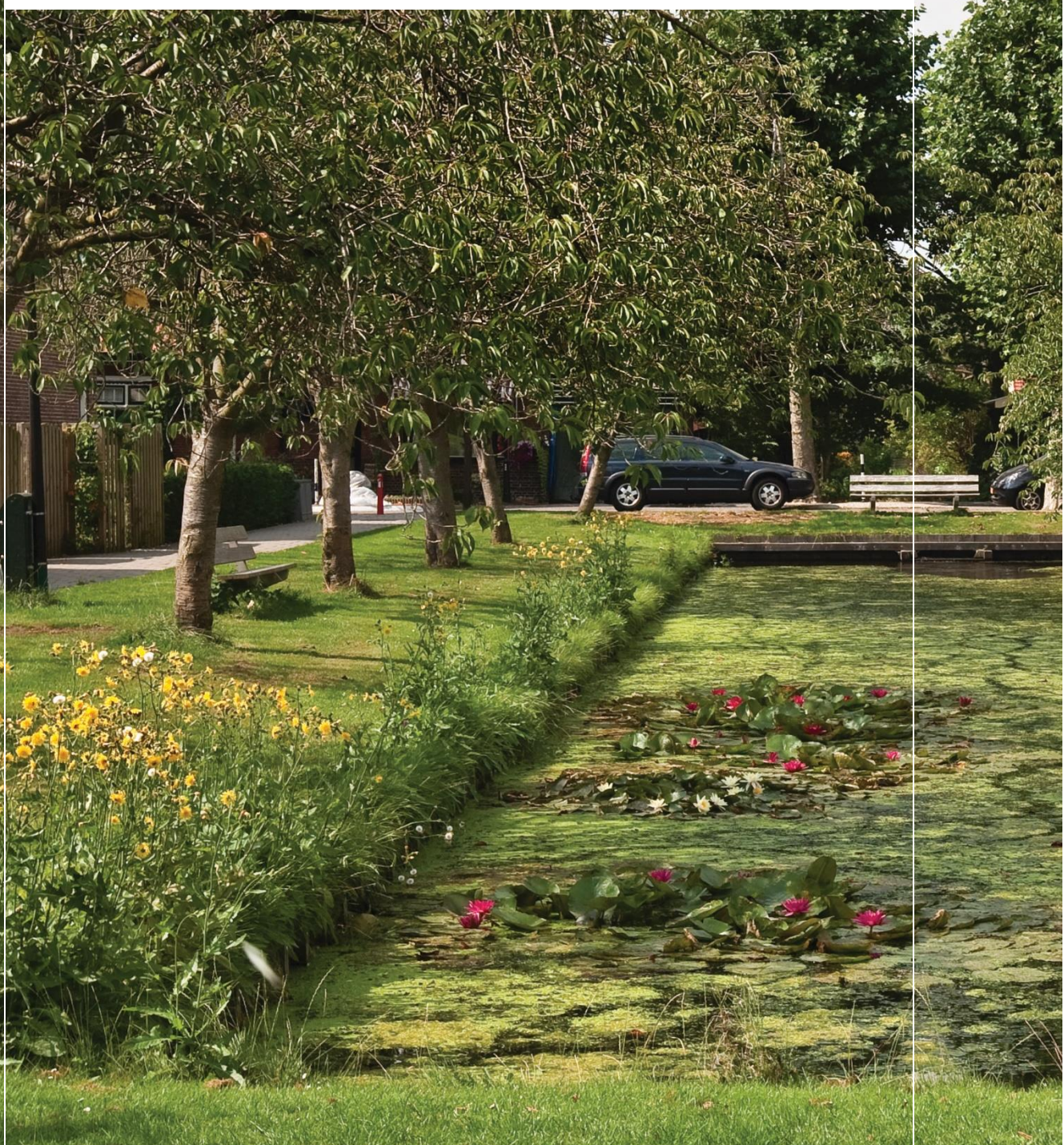


RIGO Research en Advies
Woon- werk- en leefomgeving
www.rigo.nl

RAPPORT

Woonzorg Rozenburg en Zuidland

Verzorgd en ruim wonen in de eigen kern - MKBA



De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij RIGO. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. RIGO aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

RAPPORT

Woonzorg Rozenburg en Zuidland

Verzorgd en ruim wonen in de eigen kern - MKBA

Opdrachtgevers

Ressort Wonen; De 6 Kernen; Careyn; gemeente Rotterdam; gemeente Nissewaard en
Rothuizen BouwmeesterPro

Contactpersonen

Frans Desloover (Ressort Wonen)

Anja van der Sijde (De 6 Kernen)

Projectnummer

P35240

Datum

14 juni 2019

Auteurs

Martin Damen; martin.damen@rigo.nl

Michiel de Nooij; info@michieldenooij.nl

Inhoud

0.	Samenvatting	1
1	Inleiding	8
2	De stappen in een MKBA	10
2.1	Aanpak en werkwijze	10
2.2	De stappen uitgewerkt	11
3	Het Project- en Nulalternatief	14
3.1	Van probleemanalyse naar alternatieven	14
3.2	Uitgangspunten en werkwijze	16
4	Effectenanalyse	17
4.1	Investeringskosten en exploitatie	17
4.1.1	Exploitatie voor de wooncorporatie	20
4.1.2	Exploitatie voor de zorgverlener	20
4.2	Waarde van grote appartementen	23
4.3	Waarde van kleinschalige groepen voor bewoners en mantelzorgers	26
4.4	Thuisgevoel: effect op problematisch gedrag en vermijding hogere ZZP's.	30
4.5	Waarde van lokaal aangeboden zorg	31
4.6	Werkplezier verpleegkundigen	32
4.7	Effecten van eerdere opvang: zorgkosten, nut bewoner en mantelzorger	34
4.8	Reistijdswinst mantelzorger	38
5	Resultaten, gevoeligheidsanalyse en conclusie	40
5.1	Resultaten	40
5.2	Gevoeligheidsanalyse	41
5.3	Conclusie	44

Samenvatting

Inleiding en onderzoeksvraag

In Rozenburg en in Zuidland zijn recent twee woon-zorgcomplexen voor mensen die zware zorg behoeven (zorgzwaartepakketten 5 en 6) in gebruik genomen: Het Hart van Rozenburg en Het Hart van Zuidland. Deze complexen hebben een aantal bijzondere kenmerken. Ze zijn *kleinschalig* (zowel wat betreft de grootte van een groep waarvoor een verpleegkundige de verantwoordelijkheid heeft als de totale omvang). De appartementen zijn *royaal* (60m²) – dat is ruim het dubbele van wat gebruikelijk is – en met de uitstraling van een ‘gewoon’ rijtje passend in het straatbeeld. Tot slot zijn de voorzieningen gerealiseerd in het hart van een *kleine kern* en zijn in principe bedoeld voor de *lokale vraag*.

Deze bouw is niet vanzelfsprekend en daarom is dit onderzoek gedaan waarin de vraag centraal staat *“Hoe groot zijn kosten en baten voor de hele maatschappij (dus niet alleen bij de investeerders c.q. de besluitvormers) van woonvoorzieningen zoals de “Hart van ..” voorzieningen. En bij welke partijen komen kosten en baten terecht?”*

Onderzoeksmethode: maatschappelijke kosten-batenanalyse

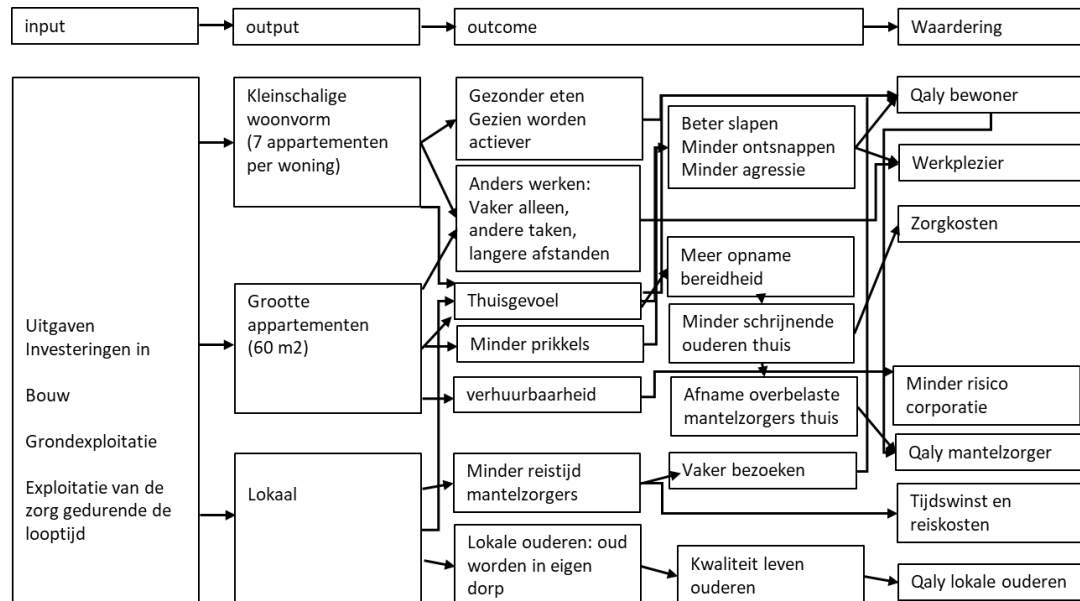
Om deze vraag goed te beantwoorden is een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) opgesteld. Een MKBA identificeert, kwantificeert en waardeert de effecten van een project of interventie waarbij niet alleen wordt gekeken naar de business case voor de investeerders maar ook naar de kosten en baten voor alle betrokken partijen en belanghebbenden (de maatschappij). In een MKBA worden effecten zoveel mogelijk in euro's gewaardeerd. Op die manier kunnen ze met elkaar vergeleken worden en kan ook per actor worden aangegeven of deze vooral kosten maakt of baten houdt. Het te analyseren project (in MKBA termen *het projectalternatief*), de ‘Hart van’-Complexen, wordt altijd vergeleken met een situatie waarin dat project niet plaatsvindt maar ook niet helemaal niets gebeurt (het zogenaamde nul-alternatief).

In deze MKBA is het nul-alternatief dat elders dan in de kleine kern een grotere voorziening zou zijn, met grotere groepen (12 personen per groep) en kleinere appartementen (30 m²). Door project- en nul-alternatief te vergelijken wordt duidelijk wat specifiek toegeschreven kan worden aan het project.

Belangrijkste kosten en baten

De effecten van het projectalternatief, hoe ze volgen uit de inspanningen en hoe ze met elkaar samenhangen staan weergegeven in het effectenschema in figuur 1. In dit effectenschema zijn input (investeringen en uitgaven) en output (woonvorm, appartement-grootte, locatie) gelinkt aan een verwachte outcome (een verandering bij mensen zoals ander gedrag of minder reistijd) en aan gegeven hoe die kan worden gewaardeerd.

figuur 1 Effectenschema Hart van voorzieningen



De kosten en baten zijn bepaald uitgaande van een complex van 28 bewoners. De belangrijkste effecten op een rij zijn:

De financiering zorgt voor verschuiving waar middelen worden ingezet

De investeringskosten voor een hart van complex zijn anders, eventueel hoger, dan van een traditioneel complex. Bouwtechnisch lijkt het relatief duurder, immers de kamers zijn groter, en vooral doordat de complexen kleiner zijn is er minder schaalvoordeel in het gebruik van de fundering en de grond: een extra verdieping op het pand zou relatief goedkoper zijn. Echter zorg-technisch is het budget voor huisvesting per bewoner gegeven. Dus de extra kosten in de bouw moeten met besparingen elders binnen de bouw (bijvoorbeeld door minder werkruimtes, keukens en gezamenlijke ruimtes) worden opgevangen.

Exploitatie is duurder

De zorgverlener merkt in de exploitatie van de hart van complexen een paar grote verschillen met de exploitatie van meer standaard complexen. Zeker als de organisatie als geheel is opgezet voor het exploiteren van die standaard complexen. De belangrijkste zijn dat de exploitatie van kleine groepen (7 bewoners) lastiger is dan de exploitatie van grote groepen, en dat de nachtdiensten met twee personen duurder zijn per bewoner in een kleine complex dan in een grote complex. Beide effecten verhogen de kosten van de zorgverlener met afgerond € 41.000 en € 39.500 per jaar. Dit is de belangrijkste kostenpost van de hele MKBA.

Grotere appartementen maken het eenvoudiger voor corporaties om te investeren

Doordat er grote appartementen zijn gebouwd is het risico voor de woningbouwcorporaties kleiner dan wanneer er kleine appartementen gebouwd zouden zijn. Dit risico speelt vooral als de zorgverlener na afloop van het 15 jarige huurcontract zou vertrekken en de huurprijzen daalt. Dit effect is voor de hele looptijd dat het gebouw er staat (50 jaar) geschat op € 115.000.

Grotere appartementen bieden de mogelijkheid om zich thuis en vertrouwd te voelen

Het aanbieden van grotere appartementen heeft effect op het (psychisch) welbevinden van de bewoners. Dit effect wordt langs meerdere wegen bereikt. Zo is het makkelijk vertrouwd meubels mee te nemen, de inrichting is met een woon- en een slaapkamer vertrouwd (waarbij het helpt dat er een kamer is die niet wordt gedomineerd door een ziekenhuisbed). In een groter appartement is het eenvoudiger om in de eigen woning bezoek te ontvangen en kan de bewoner zich terugtrekken als de gezamenlijke ruimte te druk is. Hierdoor is het rustiger voor bewoners die snel last hebben van veel prikkels. Ook is het voor de familie makkelijker om in het eigen appartement of in de gezamenlijke ruimte mee te helpen dan in de setting met kleine appartementen en grote groepen. Naast de voordelen kennen de grotere ruimten ook een aantal nadelen. Voor sommige bewoners zijn de woningen te groot om vertrouwd te worden en door de ruime opzet zijn de loopafstanden naar de woningen voor verzorgenden langer. Per saldo lijken de positieve effecten echter flink te overheersen.

Bewoners in kleine groepen lijken meer betrokken te kunnen worden bij de activiteiten

Uit de interviews blijkt dat kleine groepen zorgen voor meer rust voor bewoners en voor meer actieve betrokkenheid bij de dagelijkse gang van zaken. Ook zijn mantelzorgers vaker betrokken, ook bij andere bewoners en niet alleen hun eigen naaste. In (oudere) onderzoeken naar effecten van kleine groepen zijn de verschillen in kwaliteit van leven niet onomstreden, waarbij mantelzorgers positiever zijn dan zorgverleners. Per saldo lijkt er echter een kleine plus te zijn voor bewoners.

Nabijheid zorgt voor meer bezoek

De lokale vestiging van het complex maakt dat mantelzorgers makkelijker en vaker kunnen langskomen. Vaker bezoek van naasten om te helpen of voor de gezelligheid vergroot de kwaliteit van leven. Ook het feit dat bewoners uit dezelfde kern en directe omgeving komen kan zorgen voor een gedeelde achtergrond met de andere bewoners die bijdraagt aan de kwaliteit van leven.

Waardering van de effecten

Voor de bewoners hebben we de effecten op de gezondheid conservatief ingeschat. Gebaseerd op literatuur die de effecten van interventies op de gezondheid van mensen met dementie in qaly's (*quality adjusted life years*) uitdrukken komen we tot een verbetering in gezondheid van 0,002 qaly voor elk van de gevonden effecten. Een jaar in perfecte gezondheid staat gelijk aan 1 qaly, een jaar in slechte gezondheid krijgt een lagere waarde, bijvoorbeeld 0,7. Bij overlijden is de waarde nul. Een verbetering van 0,002 qaly per jaar komt overeen met minder dan een dag (17,5 uur) in goede gezondheid. Als grote appartementen en kleinschalige groepen tegelijk voorkomt, wordt dit effect versterkt met nogmaals 0,002 qaly winst per bewoner. De waarde van een qaly varieert van € 50.000 tot € 100.000. Voor 28 bewoners is de welvaartswinst per effect dan €2.800 tot €5.600 per jaar. Per bewoner gaat het dus om € 100 tot € 200 per jaar.

Voor de mantelzorgers geldt mutatis mutandis hetzelfde. Als bewoners erop vooruitgaan, dan gaan mantelzorgers en andere direct betrokkenen er ook op vooruit. Hun voordeel zal per persoon iets kleiner zijn dan voor de bewoners zelf. Dit schatten we per effect op 0,001 qaly per mantelzorger en uitgaande van een mantelzorger per bewoner is de jaarlijkse baat € 1.400 tot € 2.800.

Als bewoners zich beter thuis voelen en makkelijker prikkels kunnen vermijden dan stelt dit bij een deel van de bewoners een eventuele overgang naar een hogere zorgwaarde (ZZP7) uit. Dit zorgt voor een besparing van de zorgkosten van jaarlijks € 6.875.

Het feit dat er een lokaal zorg-wooncomplex is voor de zware zorg geeft een rustig gevoel aan ouderen in de kern, die daardoor weten dat als ze deze zorg nodig hebben ze deze in de eigen kern, dicht bij hun naasten kunnen krijgen. Dit is een baat voor de kwetsbare ouderen in de kern, geschat op een kwart van de 65-plussers. Deze krijgen er 0,001 qaly extra bij per jaar. Dit is € 50 tot € 100 per mindere vitale oudere per jaar. In de MKBA is de gemiddelde waarde voor Rozenburg en Zuidland aangehouden (€ 23.700 tot € 47.400).

Voor verpleegkundigen is het over het algemeen plezieriger werken in een Hart van complex, dat heeft onder andere te maken met de betere verzorging en de tevredener mantelzorgers. Als dit plezier gelijk is aan ongeveer € 15 per maand extra salaris, dan is dit extra werkplezier een baat van ruim € 5.000 per jaar.

Een zorgcomplex voor de lokale vraag met de allure van gewoon wonen in ruime appartementen versneld de vraag (bij mensen die al een indicatie hebben). Als hierdoor mensen eerder gebruik maken van hun indicatie, treden een aantal effecten op. De kosten van de thuiszorg (valt meestal maar niet altijd onder de WMO, er is ook thuishulp mogelijk voor mensen die recht hebben op zorg uit de WLZ) dalen en de kosten van de zorg in een instelling of woonvorm (vooral de zorg die normaliter valt onder de Wet Langdurige Zorg (WLZ)) stijgen. Per saldo veranderen de zorgkosten waarschijnlijk niet. Bij eerdere opname van mensen die daar al wel al recht op hebben gaat de belasting van mantelzorgers omlaag. Dit zijn de mantelzorgers die het zwaarst worden belast (al lang bezig en de zorgvraag van de naaste is groot). Dit geeft een maatschappelijke baat van € 16.000 per jaar.

Tot slot heeft een verzorgingsvoorziening dichtbij ook het voordeel dat het deel van de mantelzorgers dat dichtbij woont minder ver hoeft te reizen ten opzichte van een verzorgingsvoorziening ver weg. Het gaat hierbij om het grootste deel van de mantelzorgers. Zowel het voordeel van reistijdsbesparing als de reiskostenbesparing zelf is geschat. Omdat een deel van de mantelzorgers partner zijn van de patiënt en een deel burens of familie (inclusief kinderen) en het twee sterk geconcentreerde gemeenschappen zijn, is het waarschijnlijk een voordeel voor veel mantelzorgers. Dit scheelt tijd en geld (reiskosten), samen een maatschappelijke baat van € 25.000 per jaar.

Resultaten

Tabel 0 geeft de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek weer. Ieder getal is het verschil tussen nul- en projectalternatief gedurende de looptijd (50 jaar), waarbij toekomstige bedragen naar nu zijn omgerekend (verdisconteerd met de gebruikelijke discontovoet van 3 procent) en opgeteld. Effecten zijn uitgesplitst naar welke partij ermee te maken heeft (zoals de wooncorporatie, de zorgverlener, gemeente en bewoners). Hierdoor zijn de verdeelingeffecten goed inzichtelijk te maken. De laatste kolom bevat het totaal van een effect. De onderste rij bevat het totaal per partij en het totaal voor de maatschappij als geheel.

Sommige effecten hebben een hoge en een lage waarde (gescheiden door '/'), dit komt door de hoge en lage waarde van een qaly die in de handleiding MKBA in het sociale domein worden voorgeschreven.

De belangrijkste bevindingen zijn:

- Het maatschappelijk saldo is positief (zowel voor de lage als de hoge schatting). Dat wil zeggen dat maatschappelijke baten groter zijn dan de maatschappelijke kosten. De keuze om de Hart van complexen te bouwen zoals ze gebouwd zijn heeft de welvaart vergroot.
- Het saldo is echter niet gelijk over de partijen verdeeld. Sommige partijen gaan erop vooruit (hebben meer baat dan kosten), zoals de gemeente, bewoners, mantelzorgers en buurtbewoners. Terwijl andere partijen zoals het rijk en de zorgverlener per saldo meer kosten dan baten hebben. Dit zijn bij uitstek twee partijen die cruciaal zijn om dergelijke complexen te realiseren. Deze verdeling is van belang om het positieve maatschappelijke saldo te kunnen realiseren.
- De extra initiële investeringen zijn verwaarloosbaar. De keuzes binnen het bouwbudget lijken belangrijker te zijn.
- De grootste kostenpost is de lagere zorg efficiëntie door de kleinere groepen en de kleinere vestiging.
- Bewoners gaan er veel op vooruit, doordat hun levenskwaliteit toeneemt (ook al is dat gemeten in qaly's een kleine toename). Mantelzorgers gaan er nog meer op vooruit. Deels is dat geluk doordat het voor de naaste beter is en deels is dat reistijd en reiskostenwinst en tijds winst bij eerder opname.
- Als een nieuwe lokale vestiging voor meer vraag zorgt (wat niet zeker is), dan nemen de kosten van de zorg waarschijnlijk niet toe. De verdeling van de kosten verandert wel waarbij over het algemeen de gemeente een voordeel heeft en het rijk een nadeel.
- Buurtbewoners profiteren flink van de rust om lokaal oud te kunnen worden. Het bedrag per persoon is relatief gering, maar het aantal mensen waar het voor geldt is relatief groot (waarbij alleen naar de ouderen is gekeken die waarschijnlijk kwetsbaar zijn).

tabel 0 Tabel MKBA Hart van complex (Bedragen maal 1000 €)

	corporatie	zorginstelling	gemeente	bewoner	mantelzorger	rijk	overige (dorpsbewoners)	Totaal
Extra Investeringskosten	-	-	-	-	-	-	-	-
Huur	-	-	-	-	-	-	-	-
Vermeden risico kleine appartementen	115	-	-	-	-	-	-	115
Exploitatiebesparing	-	-	-	-	-	-	-	-
Extra schoonmaakkosten door grote appartementen	-	-	-	-	-	-	-	-
Extra zorgkosten door kleine groepen	-	-1.088	-	-	-	-	-	-1.088
Extra zorgkosten door kleine vestiging	-	-1.048	-	-	-	-	-	-1.048
Reistijdswinst mantelzorgers door lokale zorg	-	-	-	-	311	-	-	311
Reiskostenvoordeel mantelzorgers door lokale zorg	-	-	-	-	353	-	-	353
Waarde levensgeluk bewoner (grootte, kleinschaligheid en lokaal)	-	-	-	297/594	-	-	-	297/594

	corporatie	zorginstelling	gemeente	bewoner	mantelzorger	rijk	overige (dorpsbewoners)	Totaal
Waarde levensgeluk mantelzorger (grootte, kleinschaligheid en lokaal)	-	-	-	-	111/223	-	-	111/223
Waarde tijdsbesparing/extra inzet mantelzorgers	-	-	-	-	434	-	-	434
Besparing WMO kosten	-	-	3.940	-	-	-	-	3.940
Extra WLZ kosten	-	-	-	-	-	-5.168	-	-5.168
Extra kosten overige zorg	-	-	-	-	-	1.228	-	1.228
Waarde lokale zorg voor de buurt	-	-	-	-	-	-	628/1.256	628/1.256
Vermeden kosten zorg (later een ZPP7 indicatie)	-	-	-	-	-	182	-	182
Extra werkplezier verpleegkundigen	-	-	-	-	-	-	224	224
Totaal	115	-2.136	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1.480	519/1.556

Gevoeligheidsanalyse

Van de MKBA is een gevoeligheidsanalyse gemaakt. Voor het bepalen van de effecten is gebruik gemaakt van aannames met een bepaalde bandbreedte daarom is nagegaan in hoeverre de uitkomst van de MKBA gevoelig is voor verandering in een aanname of de schatting van een effect. De belangrijkste bevinding is dat het saldo, zeker de hoge schatting met de hoge qaly waarde (de laatste kolom), weinig van teken verandert en de uitkomst dus robuust lijkt.

Vooraf hogere zorgkosten (door de kleinere vestiging of kleinere groepen) kunnen het saldo van teken doen veranderen. Lagere kosten voor de zorgverlener voor de kleine groepen of kleine vestiging maakt het concept aantrekkelijker. Pas als deze kosten helemaal verdwijnen (of gecompenseerd zouden worden) is het voor de zorgverlener financieel aantrekkelijk.

Specifiek inzoomend op de kenmerken van de Hart van complexen blijkt dat:

- Een grote vestiging is aantrekkelijker dan een kleine, waarbij wel de aanname is dat deze voor de lokale markt is. Dus eigenlijk is de vergelijking dat een groot verzorgingstehuis aantrekkelijker is dan twee kleine in dezelfde kern.
- Als er kleine appartementen gebouwd worden, is het saldo lager: bewoners en mantelzorgers gaan erop achteruit. Tevens is de extra vraag kleiner waardoor de verschuiving van kosten van de gemeente naar het rijk kleiner is.
- Als de vestiging niet lokaal is dan gaan bewoners en mantelzorgers erop achteruit (meer reistijd, minder contact), de buurt weet dat ze mogelijk minder goed oud kunnen worden in de eigen kern. En de extra zorgvraag wordt kleiner met gevolg voor de kostenverschuiving van gemeente naar het rijk.
- Als er grotere groepen worden gemaakt dan gaan bewoners en mantelzorgers erop achteruit maar de zorgkosten dalen harder, waardoor het maatschappelijk saldo verbetert.

Als alle kenmerken van het huidige gebouw (kleine groepen, lokaal gebouwd, grote appartementen, kleine vestiging) ontbreken, dan is sprake van bouw zoals in het nul-alternatief en zijn alle kosten en baten nul en lager dan bij het Hart van complex.

Conclusie

De belangrijkste conclusie is dat de maatschappelijke baten van de Hart van complexen de maatschappelijke kosten overtreffen. Er is een positief maatschappelijk saldo en de complexen vergroten de welvaart. Dat wil niet zeggen dat iedereen profiteert, het lijkt nu de zorgverlener te zijn die door hogere kosten voor de kosten van het concept opdraait, terwijl andere partijen (bewoners, mantelzorgers, de buurt) profiteren. Ook is er als er extra vraag naar opname is een verschuiving van kosten van de gemeente naar het rijk.

Deze conclusie is gebaseerd op schattingen en veronderstellingen. Die wil je als onderzoeker altijd meer en beter onderbouwen dan binnen de kaders mogelijk is. Dit geldt zeker voor de grote effecten als de extra kosten in de zorg door kleine groepen en kleine vestigingen. Maar ook voor de schattingen van de het extra levensgeluk. Het eerste zal makkelijker zijn dan het tweede. Tegelijkertijd is de conclusie in de gevoeligheidsanalyse behoorlijk robuust gebleken voor verandering in aannames en schattingen.

Wat niet in de cijfers zit, zijn niet in geld gewaardeerde effecten, zoals ethische effecten. Het effect wat hier genoemd werd is dat het nu bij zware zorg zo is dat moet ouderen heel vaak de vertrouwde omgeving uit moeten. Dat zou niet moeten in een goede samenleving. Dit effect is niet waardeerbaar (en zit dus niet in bovenstaande cijfers), maar kan uiteraard wel een effect in de afweging spelen. Merk op dat het effect hier dezelfde kant op wijst als de uitkomst van de MKBA.

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het instrument maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA) geïntroduceerd en toegelicht hoe het bepalen van maatschappelijke effecten, kosten en baten van een bijzondere woonvorm (kleinschalig, royaal en lokaal) voor mensen met een zware zorgbehoefte helpt bij het identificeren van succesfactoren.

In Rozenburg en Zuidland zijn recent twee woon-zorgcomplexen voor mensen die zware zorg behoeven (zorgzwaartepakketten 5 en 6) in gebruik genomen: **Het Hart van Rozenburg** en **Het Hart van Zuidland**. Deze complexen hebben een aantal bijzondere kenmerken. Ze zijn *kleinschalig* (zowel wat betreft de grootte van een groep waarvoor een verpleegkundige de verantwoordelijkheid heeft als de totale omvang). De appartementen zijn *royaal* (60m²) – dat is ruim het dubbele van wat gebruikelijk is – en met de uitstraling van een ‘gewoon’ rijtje passend in het straatbeeld. Tot slot zijn de voorzieningen gerealiseerd in het hart van een *kleine kern* en zijn in principe bedoeld voor de *lokale vraag*.

Samengevat: wonen met zorg in de vertrouwde omgeving in een klein complex met kleine groepen en met de nadruk op zich thuis voelen in een volwaardige ruime woning.

Dat is niet alledaags en daarmee aanleiding voor corporaties Ressor Wonen (Rozenburg) en De 6 kernen (Zuidland) alsmede de gemeenten Rotterdam en Nissewaard alsmede zorgverlener Careyn en Rothuizen BouwmeesterPro om gezamenlijk op te trekken bij het laten uitvoeren van een ex post Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) waarin de *Hart van* voorzieningen centraal staan. Beide corporaties exploiteren een van de complexen, de zorg voor beide wordt geleverd door Careyn, beide zijn ontwikkeld onder bouweerschap van Rothuizen BouwmeesterPro en uiteraard hebben beide gemeenten hun rol gehad in de realisatie van de voorzieningen.

De onderzoeksvraag die met de MKBA beantwoord dient te worden is:

Hoe groot zijn kosten en baten voor de hele maatschappij (dus niet alleen bij de investeerders c.q. de besluitvormers) van woonvoorzieningen zoals de “Hart van ..” voorzieningen. En bij welke partijen komen kosten en baten terecht?

Het gaat hierbij dus om alle effecten voor de maatschappij, niet alleen die rechtstreeks samenhangen met de investering en exploitatie.

Om deze vraag goed te beantwoorden is een maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA) opgesteld. Een MKBA toont het maatschappelijke rendement van investeringen¹, ook van zaken die niet vanzelfsprekend in financiële termen zijn te vertalen. Alle effecten worden zoveel mogelijk in euro's omgezet. MKBA's kunnen achteraf (ex post) worden ingezet om het maatschappelijk rendement van bepaalde interventies te onderzoeken of vóór als hulpmiddel om de investeringsbeslissingen te ondersteunen: moet de investering wel of niet gedaan; zo ja, in welke vorm en onder welke voorwaarden? Om een inschatting te maken van potentiële kosten en baten wordt veelal gebruik gemaakt van kengetallen (geleende cijfers uit vergelijkbare projecten elders), vuistregels of daadwerkelijke metingen.

¹ Algemener, MKBA's kunnen van alle soort beleid gemaakt worden, ook van regelgeving, subsidies, belastingen, etc. Omdat de hart van voorzieningen duidelijk investeringen zijn wordt deze terminologie in de tekst gebruikt.

Dit is een ex-post MKBA. Waarbij de initiële investeringen bekend zijn en de eerste effecten in de exploitatie en het beheer ook zichtbaar zijn maar de effecten op langere termijn nog minder zichtbaar zijn. Voor het inschatten van de baten, zeker als die niet terecht komen bij de investeerders of als die zich pas op langere termijn voordoen, is het gebruik van kentallen of observaties uit onderzoek nog steeds nodig.

De te analyseren maatregel of interventie (dat wordt in een MKBA het projectalternatief genoemd) wordt altijd vergeleken met een situatie waarin die maatregel of interventie niet plaatsvindt maar ook niet helemaal niets gebeurt (het zogenaamde nul-alternatief). Het definiëren van nul- en projectalternatief is een belangrijk onderdeel van een MKBA. Zoals reeds opgemerkt het is niet zo dat er anders 'niets' was gebeurd. In dit geval zou er nog steeds zorg zijn aangeboden maar dus niet op de specifieke manier zoals in de twee woonzorgvoorzieningen die nu zijn gerealiseerd.

Door project- en nul-alternatief te vergelijken wordt duidelijk wat specifiek kan worden toegeschreven aan het project. Ieder effect wordt apart beschreven, gekwantificeerd en gewaardeerd. Een ander vast onderdeel van een MKBA is een gevoeligheidsanalyse, waarbij onzekerheden over bepaalde aannames in de berekeningen worden betrokken. De toerekening naar meerdere stakeholders laat vaak zien dat de partijen die investeren (kosten), lang niet altijd de partijen zijn met de hoogste baten. Dat hoeft geen probleem te zijn als het partijen met een maatschappelijke opdracht zijn. Denken in termen van maatschappelijk rendement is geheel anders dan denken in termen van bedrijfsmatig rendement. Door gebruik te maken van een MKBA kan men zien of een project maatschappelijk nuttig is. Vervolgens kan de uitkomst eventueel een basis vormen voor een eerlijke verdeling van lasten en lusten.

Om deze MKBA goed uit te voeren zijn twee werksessies georganiseerd, en zijn diverse interviews gehouden om op onderdelen verder de diepte in te gaan. Achterin staat een lijst geïnterviewden. Literatuurverwijzingen zijn waar relevant opgenomen in de voetnoten.

Hoofdstuk 2 beschrijft de structuur, aanpak en achtergrond van het instrument MKBA. Hoofdstuk 3 beschrijft het projectalternatief en het nul-alternatief waartegen dit wordt afgezet. Hoofdstuk 4 gaat alle effecten na. Hoofdstuk 5 bevat de resultaten, gevoeligheidsanalyse en conclusie.

2 De stappen in een MKBA

Dit hoofdstuk introduceert de belangrijkste stappen in een maatschappelijke kosten-batenanalyse.

2.1 Aanpak en werkwijze

Een maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA) is een beproefd instrument dat inzicht verschaft in de effectiviteit en legitimiteit van investeringen. Aanvankelijk werd de MKBA vooral gebruikt voor infrastructurele en ruimtelijk-economische vragen. Inmiddels wordt de MKBA ook regelmatig ingezet om effecten zichtbaar te maken op het terrein van wonen, welzijn en zorg. In dit hoofdstuk lichten we de MKBA aanpak toe. Naast twee werksessies, zijn diverse interviews en literatuur gebruikt om de nul- en projectalternatieven in te schatten, en effecten te kwantificeren en te waarderen.

MKBA: wegen baten op tegen de kosten?

In Nederland vindt het gebruik van de MKBA zijn oorsprong in de infrastructurele sector. Eind jaren negentig vonden meerdere grote projecten plaats (onder andere de Betuweroute en Hoge Snelheidslijn) waarbij de vraag naar boven kwam wat deze projecten ons land nu eigenlijk opleverden. Om bij de besluiten over dit soort projecten rekening te kunnen houden met hun waarde voor de maatschappij als geheel is de MKBA bij uitstek geschikt. Om de MKBA's in de praktijk uniform te maken werd een leidraad opgesteld, de zogenaamde OEI-leidraad: Overzicht Effecten Infrastructuur.

Inmiddels is de MKBA uitgegroeid tot een instrument dat niet alleen gebruikt wordt in de infrastructurele sector. Ook in het sociale domein worden regelmatig MKBA's uitgevoerd. Omdat de oorspronkelijk opgestelde leidraad hoofdzakelijk gericht was op infrastructurele projecten ontstond hierdoor ook behoefte aan een meer algemene leidraad. Dit heeft geleid tot een nieuwe leidraad, opgesteld door het Centraal Planbureau en het Planbureau voor de Leefomgeving². Daarin ligt het accent op de toepasbaarheid in een breed veld van beleids-terreinen.

De hoofdvraag die een MKBA beantwoordt is of de baten voor de maatschappij opwegen tegen de kosten die gepaard gaan met de investering. Belangrijk hierbij is het feit dat gekeken wordt naar de toename of afname van welvaart van de maatschappij als geheel. Een belangrijke bijvangst is daarnaast dat de MKBA inzicht geeft in wie de vruchten plukt en wie de kosten draagt van de investering.

In een MKBA wordt geprobeerd zo zuiver mogelijk het pad te volgen van investeringen naar effecten en baten. Een objectief opgestelde zo compleet mogelijke effectenanalyse vormt het hart van de exercitie. Om een reële inschatting van de effecten te kunnen maken is het van belang om zoveel mogelijk (wellicht aan elkaar tegengestelde) perspectieven van belanghebbenden mee te nemen bij de analyse (en om draagvlak te verkrijgen voor de resultaten is het ook van belang dat die belanghebbenden het resulterende effectenschema accorderen).

Om de effecten met elkaar te kunnen vergelijken, worden deze eerst gekwantificeerd en vervolgens indien mogelijk in geld uitgedrukt. Met deze werkwijze is het mogelijk te bepalen

² Romijn en Renes (2013), Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse. CPB/PBL.

hoe, voor wie en waardoor en met welk omvang de welvaart toe- of afneemt. Het geeft houvast in een discussie over de resultaten die niet meer alleen op basis van ongefundeerd wens- of doemdenken hoeft te worden gevoerd. Ook kan de MKBA worden gebruikt voor het optimaliseren van de investering door meer accent te leggen op de effecten die maatschappelijk gezien de grootste waarde hebben.

figuur 2 De acht stappen van de MKBA

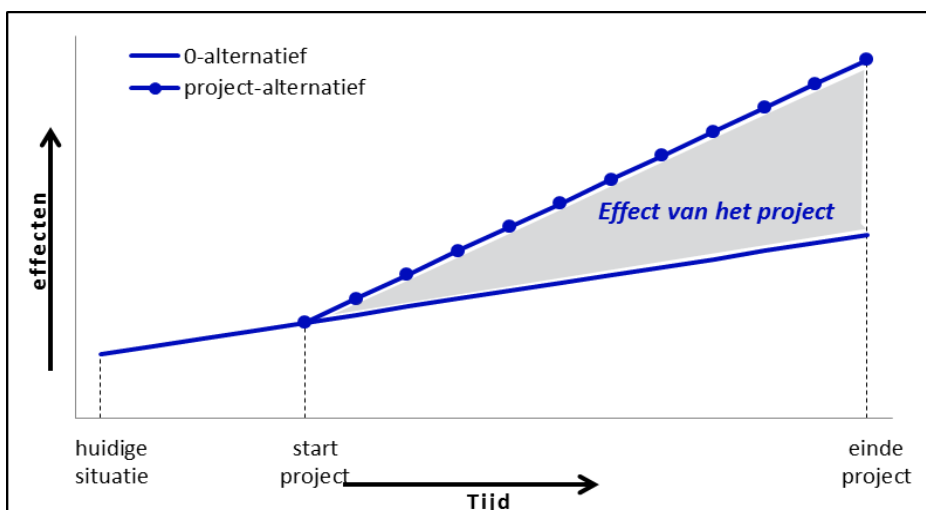


2.2 In acht stappen

Bij het opstellen van een MKBA wordt een achttal vaste stappen doorlopen. In figuur 2 zijn de acht stappen in de MKBA schematisch weergegeven. Stap 1 is de probleemanalyse. Daarin worden de doelstellingen van de interventie waarvoor de MKBA wordt uitgevoerd in kaart gebracht. Deze doelstellingen worden verwerkt in een projectalternatief (waarin de werking van de interventie wordt beschreven) en een nul-alternatief (waar de wereld wordt beschreven in het geval dat de interventie niet wordt uitgevoerd), de stappen 2 en 3.

Het uiteindelijke doel is om het projectalternatief af te zetten tegen een nul-alternatief (zie figuur 3). In het geval van de Hart van voorzieningen is dat de situatie van de bewoner als deze niet in een hart van woonzorgvoorziening zou wonen. Bij het definiëren van het nul-alternatief dient rekening gehouden te worden met de autonome ontwikkeling.

figuur 3 Project- versus nul alternatief



Wanneer de verschillende alternatieven voor de MBKA zijn vastgesteld, kan gekeken worden naar de effecten waarvan verwacht wordt dat zij optreden als gevolg van de aanpak (stap 4). Hiervoor kan worden gewerkt met effectenschema's, waarbij de input (de aanpak) gelinkt wordt aan output (daadwerkelijke resultaat) en outcome (de maatschappelijke waarde van het resultaat).

Het berekenen van de effecten (stap 5) vereist over het algemeen de grootste inspanning. Hierbij gaat het zowel om het meten van de baten als het verzamelen van informatie over de kosten van de aanpak.

Binnen de MKBA wordt geprobeerd om alle effecten in euro's uit te drukken zodat alle effecten onderling vergelijkbaar zijn (stap 6, monetariseren). Hierbij wordt veelal gebruik gemaakt van kengetallen. Wanneer geen kengetal voorhanden is, wordt op basis van aannames en verschillende waarderingsmethoden geprobeerd om een welvaartseffect te berekenen.

Wanneer alle kosten en baten zijn verzameld worden deze gepresenteerd in een overzichtelijke eindtabel met de effecten: de kosten en de baten (stap 7). In de MKBA worden effecten over de looptijd van het project bij elkaar opgeteld. Hierbij worden bedragen die in de toekomst liggen verdisconteerd om rekening te houden met onder andere tijdsvoordeur. Dit is vergelijkbaar met hoe kosten en opbrengsten in een standaard business case worden uitgerekend naar een saldo. Tegelijkertijd zullen ook de jaarlijkse effecten en de waardering ervan gerapporteerd worden voor de begrijpelijkheid. Bij het verdisconteren wordt de standaard discontovoet voor overheids-MKBA's gebruikt. Op 13 november 2015 is een kabinetsreactie³ gepubliceerd over het rapport Werkgroep discontovoet 2015⁴. Hierin worden de standaard discontovoeten voor overheids-MKBA's aangepast: De standaard reële, risicogewogen discontovoet wordt 3%. De discontovoet voor publieke fysieke investeringen met substantiële vaste kosten een discontovoet 4,5 procent. Bij vaste kosten gaat het om kosten die niet of maar zeer beperkt meebewegen met de benutting van het project, zoals de investeringskosten aan het begin van een project (zoals bij de aanleg van een weg) en de onderhoudskosten die niet afhankelijk zijn van het daadwerkelijk gebruik. Door vaste kosten zijn de netto baten van een project gevoeliger voor fluctuaties in het gebruik en daardoor economisch gezien risicovoller, vandaar de hogere discontovoet. Voorbeelden van publieke fysieke investeringen met hoge vaste kosten zijn (transport)infrastructuur, (energie)netwerken, energiecentrales en havens. Een woonzorgcomplex is een fysieke investering waarvan de vaste kosten niet afhangen van het daadwerkelijk gebruik. Tegelijkertijd geldt dit zowel voor het projectalternatief als het nul-alternatief, waardoor de extra fysieke investering in het projectalternatief gering is. Ook hangt de waarde af van de waardering die gegeven wordt aan het risico van de woningbouwcorporaties. Tot slot is het risico van deze woonzorgvoorzieningen laag omdat ze een alternatief gebruik hebben, namelijk verhuur als gewone woningen. Hierdoor is het risico als de vraag tegenvalt lager dan bij bijvoorbeeld een weg die alleen voor vervoer gebruikt kan worden. Daarom wordt hier in de berekening uitgegaan van 3 procent.

Nadat deze tabel is opgesteld worden nog twee extra analyses uitgevoerd (stap 8): een stakeholdersanalyse en een gevoeligheidsanalyse. De eerste dient om inzichtelijk te maken bij wie de kosten en baten terecht komen. In de gevoeligheidsanalyse worden de verschillende aannames in de MKBA getest met de vraag in welke mate deze het eindresultaat beïnvloeden.

³ Minister van Financiën (2015) Betreft Kabinetsreactie bij eindrapport werkgroep discontovoet. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 13 november 2015. IRF/2015/866.

⁴ Werkgroep Discontovoet (2015) Rapport.

Uitvoering MKBA in zorg en preventie van zorg

De wijze waarop MKBA's voor de Rijksoverheid dienen te worden uitgevoerd is in Nederland als een kabinetsbesluit voorgeschreven. In een brief van de minister van Financiën aan Tweede Kamer is dit als volgt verwoord:

‘Als de Rijksoverheid (mede-)opdracht geeft tot het uitvoeren van een MKBA, dan moet deze daarom vanaf nu voldoen aan de leidraad, ongeacht het beleidsterrein. Dit betekent dat een MKBA alleen zo genoemd mag worden als aan de algemene principes en uitgangspunten is voldaan.’

De uitwerking van deze algemene uitgangspunten naar de specifieke beleidsterreinen van de verschillende ministeries zou volgens het kabinet moeten gebeuren in een aantal werkwijzers. Voor dit onderzoek is de werkwijzer MKBA in het sociale domein⁵ het meest relevant, deze is hier dan ook gevolgd.

⁵ SEO (2016) Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein.

3 Het Project- en Nul-alternatief

In een MKBA wordt het projectalternatief (of meerdere projectalternatieven) vergeleken met het nul-alternatief. Een goede beschrijving van de situatie met en zonder het project is daarom van essentieel belang. Deze wordt daarom hier beschreven voordat het volgende hoofdstuk de effecten (verschillen tussen nul en projectalternatief) beschrijft.

3.1 Van probleemanalyse naar alternatieven

Zonder Hart van voorziening in beide kernen is er geen lokaal aanbod voor mensen die zware zorg (ZZP 5 en ZZP 6) nodig hebben. Die mensen zouden uit hun vertrouwde omgeving moeten verhuizen en op grotere afstand komen te wonen van de meeste mantelzorgers. Daarnaast is het voor mensen die vermoeden of vrezen dat ze misschien zware zorg nodig gaan hebben geen geruststellende gedachten te weten dat ze uit hun eigen omgeving zouden moeten vertrekken.

Zonder een samenwerking van corporatie en zorgaanbieder zou het waarschijnlijk niet mogelijk zijn geweest om het project financieel te realiseren. Een zorgverlener concentreert zich steeds meer op die taak en niet op het exploiteren of in bezit hebben van vastgoed. Woningbouwverenigingen wel mits het risico beperkt blijft.

Het nul-alternatief

Met andere woorden Zonder de Hart van voorzieningen zou er geen nieuwe voorziening voor zware zorg (ZZP5) in de beide kernen worden gebouwd. Die zorg zou wel geboden worden maar verder weg en in een grootschaliger voorziening. Het nul-alternatief definiëren we daarom als volgt:

1. Een grootschalige woonzorgvoorziening die voor verreweg het gros van de bewoners niet in de vertrouwde omgeving is gesitueerd. Deze grootschalige voorziening zou het grootste deel van de zorgvraag opvangen. Concreet zijn we ervan uitgegaan dat de grootschalige voorziening voor Rozenburg in Brielle zou zijn, terwijl die voor Zuidland in Spijkenisse zou zijn.
2. Mogelijk blijft een klein deel van de zorgvraag blijft langer thuis wonen, deels met extra mantelzorg, deels met extra thuiszorg. Hierdoor daalt de totale vraag naar intramurale zorg. In het volgende hoofdstuk bij het inschatten van dit effecten gaan we op omvang en waarschijnlijkheid in.
3. De appartementen zouden kleiner zijn (30m²), en onderdeel uitmaken van een grotere groep (12 appartementen per groep). Ieder appartement heeft alles zelfstandig, eigen pantry, eigenbadkamer. Dit wordt meer de norm in de ouderenzorg maar niet alleszelfstandig komt nog wel voor.
4. Op de locaties waar nu de Hart van voorzieningen zijn zou anders een andere ontwikkeling hebben plaatsgevonden. De vraag naar intramurale lichte zorg eenheden is klein en daalt dus die ontwikkeling was niet waarschijnlijk geweest. In Rozenburg is het wel waarschijnlijk dat er na verloop van tijd een sociale bestemming gekomen zou zijn, in Zuidland zouden waarschijnlijk woningen worden gebouwd. Woningen in Rozenburg lijkt geen waarschijnlijke optie is de inschatting van de betrokken corporatie.

We gaan dus niet uit vervangende zorgvraag in beide kernen. Dit heeft als voordeel dat inzichtelijk wordt gemaakt wat het effect is van nabijheid van een zware zorgvoorziening op de welvaart. In praktijk is Het Hart van Rozenburg gebouwd ter vervanging van de zware zorg die eerst in 'Het Baken' werd geleverd. Het Baken was reeds gesloten. In Zuidland was Het Hart van Zuidland bedoeld als vervanging van de zware zorg die werd geboden in het naastgelegen Bernissesteyn. Beide Hart van complexen werden qua omvang gebaseerd op de verwachte zorgvraag volgens het Zorgkantoor. Ondertussen zit de afdeling zware zorg van Bernissesteyn nog steeds vol door de toegenomen vraag, terwijl het de bedoeling was dat deze gesloten zou worden.

Het projectalternatief

Het projectalternatief is gelijk aan de twee nieuwe locaties: Hart van Zuidland en Hart van Rozenburg. Het Hart in de naam is een eerste hint voor wat deze locaties speciaal maakt: de locaties staan namelijk middenin, in het hart van kern en zijn bedoeld voor bewoners die uit Rozenburg en Zuidland komen. De complexen zijn aan een woonstraat en kleinschalig.

De locaties hebben een aantal bijzondere kenmerken ten opzichte van de grootschalige zorgvoorzieningen die in het nul-alternatief zijn meegenomen:

1. De zware zorg (ZZP 5) is lokaal, in de kern. De fietsafstand van partners en mantelzorgers is beperkt (ruwweg 'niet verder dan 10 minuten'). Daardoor komen bewoners meer bekenden of mensen met dezelfde lokale achtergrond tegen wat het thuisgevoel versterkt.
2. Het gaat om een kleinschalige voorziening, met in totaal 28 plaatsen, verdeelt over vier woongroepen met ieder zeven woningen en een gezamenlijke woonkamer. Het totaal aantal plaatsen sluit aan bij de door het zorgkantoor geprognosticeerde zorgvraag.

Kleinschalig is bij zorgcomplexen een lastige term: soms slaat deze op het aantal bewoners per groep en soms op het totaal aantal bewoners per locatie. Het belangrijkste hier lijkt te zijn dat er weinig bewoners per groep zijn. Daar merk je als bewoner het meeste van, dit heeft de meeste invloed op de dagelijkse werkwijze. Als er zonder toelichting sprake is van kleinschaligheid, gaat het om de groepsgrootte. Dit ook omdat de omvang van de complexen min of meer gegeven was (door de prognose van het zorgkantoor), terwijl groepsgrootte een keuze was. Voor de exploiterende zorgorganisatie zou nu een gebouw met meer dan 28 bewoners beter in exploitatie zijn (bijvoorbeeld 45 bewoners) en is het de vraag of zo'n kleine schaal nog financieel haalbaar zou zijn⁶.

3. In de voorziening ligt evenveel nadruk op wonen als zorg. Passend in het straatbeeld en omgeving, daarmee vertrouwd, geen hoogbouw die niet in de omgeving past. Ieder appartement is als een woning ingericht (eigen pantry, eigen badkamer) en heeft ook de oppervlakte van een kleine woning (60m²) wat flink meer is dan de standaard oppervlakte van een zorgappartement (30m²).

⁶ Bijvoorbeeld een extra verpleegkundige in de nacht zou dan vanuit meer groepen betaald kunnen worden.

Deze kleinschalige woonvormen sluiten ook goed aan bij de ontwikkeling in de verpleeghuiszorg voor dementerende ouderen zoals beschreven door Verbeek *et al.* (2011)⁷ naar kleinschalige woonvormen met een beperkt aantal ouderen (doorgaans 6 tot 8) die samenwonen in een huiselijke en herkenbare omgeving. Bewoners voeren zoveel mogelijk eigen regie en worden gestimuleerd om deel te nemen aan dagelijkse activiteiten. Verzorgenden zijn onderdeel van het huishouden, waarbij zij meerdere taken uitvoeren (onder andere verpleegkundige, persoonlijke en huishoudelijke taken).

3.2 Uitgangspunten en werkwijze

Zowel in het nul-alternatief als in het projectalternatief is sprake van een nieuwe voorziening. Beide met state-of-the-art inrichtingselementen en voorzieningen, makkelijk reinigbare materialen en een goede staat van onderhoud. Ook zijn de gebouwen in beide alternatieven tijdens eenzelfde periode 'gebouwd' waardoor een verschil in afschrijving door verandering van zorgstelsel geen invloed op de exploitatie of op andere effecten heeft. We gaan er tevens van uit dat in zowel het nul als het projectalternatief de domotica⁸ in gelijke mate aanwezig is. De grootte van de oppervlakte zijn onderscheidend maar de inrichting met pantry en eigen badkamer is gelijk. Verder is er geen verschil met hoe de zorgorganisatie functioneert⁹ in beide alternatieven.

De afstemming tijdens het bouwproces was met zes (twee gemeenten, een zorgorganisatie, een bouwcoördinator en twee corporaties) betrokken partijen complex maar aangenomen wordt dat de efficiëntie van het bouw en ontwikkeltraject van nul- en projectalternatief gelijk zijn.

Een complicerende factor bij de vergelijking is dat de beide Hart van complexen nog niet zo lang in gebruik zijn. De betrokken partijen moeten nog wennen aan het concept, dat wil zeggen als iedereen aan kleinschalige eenheden en grote appartementen gewend is dat de werkwijze steeds meer kan worden gefinetuned.

In de MKBA rekenen we uit wat de maatschappelijke kosten en baten zijn als een woon-zorgcentrum als een Hart van voorziening wordt gerealiseerd en niet wat het betekent als alle zware zorgvoorzieningen in Nederland als Hart van voorziening worden gerealiseerd. De effecten zijn dus voor een complex met 28 bewoners. Daar waar relevant rekenen we met het gemiddelde van Zuidland en Rozenburg.

⁷ H. Verbeek, E. van Rossum, S.M.G. Zwakhalen, G.I.J.M. Kempen, J.P.H. Hamers (Januari 2011) Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Evaluatie van de invloed op bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Universiteit Maastricht.

⁸ Het is verdedigbaar te veronderstellen dat dezelfde type domotica toepassingen (zoals automatische herkenning bij deuren) een groter effect hebben op de mate waarin verpleegkundigen hun werk kunnen doen in een kleinschalige voorziening met ruime eigen vertrekken en bewoners zich kunnen bewegen tussen hun woning en gemeenschappelijke ruimtes maar in deze MKBA zijn de effecten gelijk verondersteld.

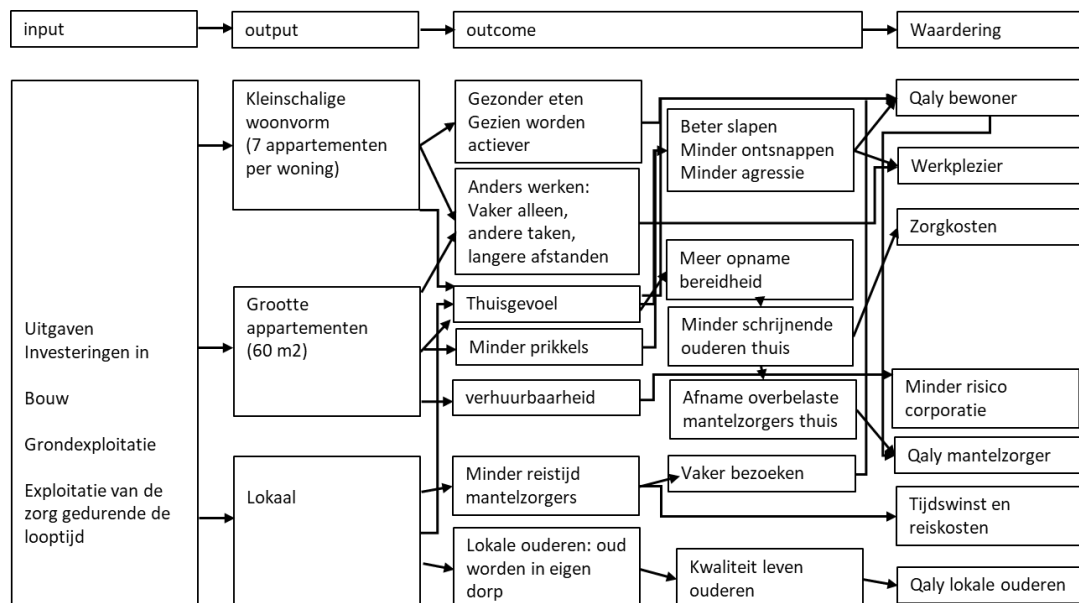
⁹ In dit geval sluiten we aan op de werkwijze van een grote organisatie die beschikt over meerdere locaties waarvan de meeste zoals beschreven in het nul-alternatief. Dus geen organisatievorm die is toegespitst op enkel de exploitatie van één Hart van voorziening.

4 Effectenanalyse

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste effecten van de Hart van voorzieningen geïdentificeerd, beschreven, gekwantificeerd en zo goed als mogelijk in geld gewaardeerd. Effecten zijn steeds het verschil tussen het nul-alternatief en het projectalternatief.

In figuur 4 is weergegeven hoe de effecten samenhangen met de inspanningen. Dus de input (investeringen en uitgaven) hebben een bepaalde output (woonvorm, appartement-grootte, locatie). Dit zorgt weer voor een outcome (een verandering bij mensen zoals ander gedrag of minder reistijd). Elk van de effecten is vervolgens gewaardeerd.

figuur 4 Effectenschema Hart van voorzieningen



4.1 Investeringskosten en exploitatie

Voordat is overgegaan tot de investering hebben de betrokken partijen een businesscase gemaakt voor hun deel van de investerings- en exploitatiekosten. Hieruit kunnen de totale investerings- en exploitatiekosten worden afgeleid. Deels bespreken we deze kosten hier, als het gaat om kosten van het gebouw, deels verder in deze rapportage als het gaat om de zorgkosten. Niet alle kosten zijn van belang (voor de MKBA en de afweging): het gaat immers om het verschil in kosten in het projectalternatief (hart van voorzieningen) ten opzichte van het nul-alternatief (grootschaliger voorzieningen op meer afstand).

Investeringskosten

De investeringskosten bestaan uit een aantal posten:

Opportunitetswaarde van de grond

De grond waar de hart van complexen op gebouwd zijn had ook voor iets anders gebruikt kunnen worden. De schatting hiervoor verschilt sterk. In Rozenburg had de alternatieve aanwending van de grond een hogere waarde (opbrengst) gehad voor de gemeente Rotterdam. Rotterdam heeft voor dit project de sociale grondprijs gehanteerd (€ 300.000). Als er een

maatschappelijke functie was gerealiseerd was de grondprijs € 900.000 geweest. Commerciële functies zouden nog meer betalen, maar dat lijkt hier niet logisch om aan te nemen in het nul-alternatief. De opportuniteitskosten voor de gemeente Rotterdam waren dus € 900.000. Merk op dat deze waarde sterk afhankelijk is van de manier waarop de grondprijs wordt bepaald; de grondprijs is functieafhankelijk en niet locatieafhankelijk.

In Zuidland was de grond al in het bezit van de corporatie. Hier was het alternatief woningbouw, met een hogere waarde, namelijk € 400.000. De basisberekening gaat uit van een opportuniteitswaarde van € 600.000.

Aankoopkosten grond

In Rozenburg heeft de corporatie de grond gekocht voor € 300.000 van de gemeente. Hetgeen maatschappelijk gezien geen kostenpost maar een overdracht is. In Zuidland was, zoals reeds opgemerkt, de grond al eigendom van de corporatie.

Bouwkosten en overige kosten

De bouw in Rozenburg was duurder dan in Zuidland, terwijl daar juist meer overige kosten waren. De totale kosten zijn ongeveer gelijk, dit lijkt vooral een verschil in classificatie te zijn. Daarom worden beide posten hier gezamenlijk genomen, namelijk € 4,3 miljoen.

Inrichtingskosten

Careyn heeft de kale panden moeten inrichten en geschikt moeten maken voor gebruik als zorginstelling. Dit heeft € 900.000 per complex gekost.

Ontwikkelkosten

Overwogen is om ontwikkelkosten op te nemen, omdat het realiseren van een kleinschalige voorziening die afwijkt van wat gebruikelijk is (onder andere qua grootte van appartementen) alle betrokken partijen meer tijd kan kosten. Helemaal als partijen niet regulier met elkaar samenwerken. Echter de hier betrokken partijen hebben aangegeven dat in dit traject geen sprake was van 'extra' ontwikkelkosten en dat de realisatie ook niet meer ontwikkeltijd gekost heeft dan een meer standaard project.

Totaal investeringen in het projectalternatief

De investeringskosten van een Hart van voorziening zijn in tabel 1 samengevat.

tabel 1 Investeringskosten Hart van complex (€)

	wooncorporatie	zorginstelling	gemeente	totaal
opportuniteitswaarde grond		0	-600.000	-600.000
aankoop grond	-300.000	0	300.000	0
Bouw- en overige	-4.300.000	-900.000	0	-5.200.000
Totaal	-4.600.000	-900.000	-300.000	-5.800.000

Kosten in het nul-alternatief

In de MKBA zijn de kosten van het nul-alternatief van belang, daarmee worden de kosten van het projectalternatief immers mee vergeleken. De vraag is dus relevant wat de kosten zijn voor een nieuwe, grootschalige voorziening op een andere locatie met kleinere kamers.

Deze vraag is van twee, relevante kanten te benaderen: de bouwtechnische en de zorg-financieringskant.

Bouwtechnisch is het zo dat sommige kenmerken duurder zijn om te maken dan standaard bouw. Per kenmerk en gezamenlijk is geschat hoeveel de kosten van zo'n nieuwe voorziening lager zijn dan de kosten van de Hart van complexen (tabel 2). De grootste verandering is dat bij een grotere voorziening (56 in plaats van 28 appartementen) de kosten flink (25%) dalen, omdat door meer de hoogte in te gaan flink bespaard kan worden op kosten voor grond en fundering. Bij verdere schaalvergroting zou niet meer de hoogte ingegaan worden waardoor nog groter bouwen niet tot nog meer besparing zou leiden.

Kleinere appartementen (30m² in plaats van 60m²) leidt tot een besparing van 5 tot 10 procent. Kleiner bouwen levert relatief weinig kostenbesparing op omdat sanitaire voorzieningen, domotica en installaties de constante zijn (en daar zitten veel kosten) terwijl de woon/slaapkamer wel kleiner wordt maar niet veel bijdraagt aan lagere kosten. Kleinere appartementen in een grootschaliger voorziening levert een kostenbesparing op die vooral door de grootschaligere bouw wordt bepaald. Waarschijnlijk is de kostenbesparing dan iets groter dan alleen die van grootschaliger bouw: 27,5%.

tabel 2 Kostenverschil met een grootschalige voorziening.

kosten ten opzichte van een grotere voorziening	25%
kosten ten opzichte van kleinere kamers	7,50%
kosten ten opzichte van niet lokaal	0%
kosten ten opzichte van grotere voorziening met kleinere kamers	27,5%

De extra kosten worden hieronder samengevat. Als daarmee de extra kosten ten opzichte van het nul-alternatief worden geschat zijn de kosten 27,5 procent van de kosten van tabel 1 (€1.595.000).

De zorgfinancieringskant gaat hier tegenin. Zorginstellingen hebben een zorgexploitatie en een vastgoed exploitatie. Voor de vastgoedexploitatie krijgen de zorginstellingen in de financiering een normatieve huisvestigingscomponent (NHC) en een vergoeding voor de zorgexploitatie.¹⁰

Het is daarbij niet de bedoeling dat er geld voor huisvesting voor de zorg wordt gebruikt of van de zorg voor het vastgoed. De financiële stroom van vastgoed naar zorg is minder erg dan omgekeerd en komt in praktijk ook voor.¹¹ Er gaat vooral geld van de vastgoedexploitatie naar de zorgexploitatie bij oude, afgeschreven complexen, niet of veel minder bij nieuwbouw.

¹⁰ Het geheel is ingewikkelder dan hier weergegeven met onder andere een extra normatieve inventariscomponent, bedoelt voor de inrichting maar ook de algemene ICT

¹¹ Zo pleit Actiz voor het deels gebruiken van extra middelen voor de verpleeghuis zorg voor huisvesting, omdat er nu een te grote stroom geld van vastgoed naar zorg gaat en het vastgoed daardoor kwalitatief achterblijft en daardoor de zorg hindert. Zie Actiz (juni 2018) Kostendekkende tarieven horen bij kwaliteitsverbetering verpleeghuizen. <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderen-zorg/open/2018/06/kostendekkende-tarieven-horen-bij-kwaliteitsverbetering-verpleeghuizen>

De betrokken zorgonderneming (Careyn) zegt niet duurder te hebben gebouwd per bewoner dan in het nul-alternatief is gebouwd. Extra uitgaven door grotere kamers of kleinere vestigingsgrootte zijn binnen het complex gecompenseerd door besparing op algemene ruimtes (receptie, restaurant) die in een traditionelere vestiging meer aanwezig, nodig en groter waren geweest dan in het projectalternatief. Dus vanuit de zorgfinanciering gezien zijn de extra kosten nul. Let wel: de alternatieven verschillen wel in type ruimtes. Op de effecten daarvan komen we later terug.

In de basisberekening volgen we dit perspectief op de investeringskosten, al zullen we een gevoeligheidsanalyse uitvoeren waarin de hogere investeringskosten niet volledig kunnen worden gecompenseerd.

4.1.1 Exploitatie voor de wooncorporatie

Huur

Voor het complex wordt door Careyn huur betaald aan de wooncorporatie, ruwweg € 240.000 per jaar. In een MKBA is dit een overdracht, die niet uitmaakt voor het saldo, wel voor het saldo per actor. Echter ook voor kleinere appartementen in een grootschaliger voorziening zou de zorgverlener ook huur moeten betalen. Aangenomen is dat de huur van de Hart van complexen gelijk is aan de huur voor kleinere kamers in grotere complexen met meer algemene ruimten. In de gevoeligheidsanalyse rekenen we uit als de bouwkundige kenmerken deels voor hogere investeringskosten leiden; dan worden de extra investeringskosten van de corporaties via de huur uiteindelijk door de zorgverlener betaald.

Risico

Na 15 jaar kan de huurovereenkomst worden beëindigd. Dit verlaagt de huuropbrengsten en zorgt voor extra kosten¹². Het risico verschilt voor de corporaties, dit heeft te maken met de lokale woningmarkt. In Rozenburg is relatief veel aanbod van sociale huurwoningen, waardoor als het niet meer voor de zorg wordt gebruikt er waarschijnlijk een huurverlaging nodig is om het complex te kunnen verhuren. Er zou dan € 400.000 afgeboekt moeten worden. Terwijl dit in Zuidland niet het geval lijkt. De lokale woningmarkt maakt dus veel uit voor het rest-risico. Als dit risico optreedt maakt de corporatie een verlies op de investering van tussen de nul en 4 ton. Tegelijkertijd zou dit risico voor kleinere appartementen veel groter zijn geweest. Het verschil in risico voor de corporatie tussen wat is gebouwd (projectalternatief) en wat anders gebouwd zou zijn (nul-alternatief) nemen we mee in de MKBA en berekenen we in de volgende paragraaf (Waarde van grote appartementen voor de verhuurder).

4.1.2 Exploitatie voor de zorgverlener

Voor de zorgverlener zijn grote appartementen in een kleinschaligere voorziening duurder dan kleine appartementen in een grote voorziening. Echter het budget per bewoner is gegeven, en extra uitgaven moeten elders binnen de begroting weer gecompenseerd worden, al is het de vraag of dat helemaal lukt.

¹² Dit kan voor de eigenaar van een zorgcomplex tot grote kosten leiden als het complex niet al geschikt is op verhuur na gebruik door de zorgverlener. Zie Karin van Dijk (2016) Wat gebeurt er bij het scheiden van wonen en zorg? <https://www.gebiedsontwikkeling.nu/artikelen/wat-gebeurt-er-bij-het-scheiden-van-wonen-en-zorg/>

In de basisberekening zijn er geen extra huur en vastgoedkosten in het projectalternatief ten opzichte van het nul-alternatief, alleen in een gevoeligheidsanalyse zijn er extra vastgoedkosten die de zorgverlener betaalt via een hogere huur. In dat geval probeert Careyn dit te compenseren door op de exploitatie te bezuinigen. Het is de vraag of dat lukt, daarom is hier gerekend met een verlies op de extra investering van de corporaties en van Careyn van 20% (als er sprake is van een extra investering). Dit hoeft niet strijdig te zijn met het principe dat er geen geld van zorg naar vastgoedexploitatie gaat maar kan bijvoorbeeld doordat in het nul-alternatief iets van het vastgoedbudget naar de zorgexploitatie gaat.

Er zijn een aantal posten die voor kleinschalige voorzieningen tot extra kosten leiden. De zorgverlener zou nu liever grotere afdelingen bouwen qua exploitatie. Grotere afdeling, dus voor meer dan 28 bewoners, eerder 45. Dat kan nog steeds in kleine eenheden, maar dan met meer eenheden per gebouw. Dit maakt bijvoorbeeld het inroosteren van een extra verzorgende in de nacht efficiënter en beter betaalbaar. Ook zou een grotere keuken financieel gezien efficiënter zijn, gegeven de werkwijze van een grote zorgverlener met ook centrale voorzieningen.

Grotere appartementen betekenen meer werk voor de zorgverlener. Er is meer ruimte die moet worden schoongemaakt. Tegelijkertijd zijn de extra vierkante meters die schoongemaakt moeten worden niet de moeilijkste, intensiefste schoonmaakklassen, dus als het sanitair. Het feit dat de Hart van complexen nieuw zijn met nieuwe materialen en technieken (gladde vloeren, vloerverwarming) maakt niet uit, in het nul-alternatief is de alternatieve voorziening ook nieuw. De oppervlakte is meer dan tweemaal zo groot als standaard, de schoonmaakkosten nemen echter minder dan evenredig toe. Daarbij is het totale budget voor schoonmaak per bewoner binnen de zorgverlener een vaste post. Daarom is aangenomen dat er geen extra schoonmaakkosten zijn. Dit is ook logisch gegeven dat het totale bouwbudget gelijk is. Er zijn op complexniveau dus waarschijnlijk niet meer meters, of althans niet zoveel als het op appartementsniveau lijkt.¹³

De grootste exploitatiepost is de verzorging en verpleging. Kleine afdelingen van zeven bewoners zijn financieel lastiger qua bemensing dan grotere groepen.¹⁴ Er zijn nog geen echt harde minimum bezettingsnormen maar er is een maatschappelijke tendens om te komen tot 2 gekwalificeerde medewerkers voor 16 van de 24 uur per etmaal voor een groep van 8 personen. Beleidsmatig moet daarvoor nog geld vrij moeten worden gemaakt. Ook de nacht-

¹³ Als we dit effect zouden schatten dan zou het als volgt kunnen: Modria (2011; De knoppen van kleinschalig wonen. Spelen met de variabelen die de exploitatie van een kleinschalig.) gaat uit van vier uur schoonmaak per appartement. Nu is aangenomen dat die tijd met 25% toeneemt. De oppervlakte is meer dan twee maal zo veel als standaard, de schoonmaak kosten nemen minder dan evenredig toe, het zijn niet de bewerkelijkste extra meters en er zijn schaalvoordelen in schoonmaak. Met 28 appartementen een uur extra schoonmaak is de extra schoonmaak 1456 uur per jaar, ruwweg een FTE. Uitgaande van €30.000 euro per FTE schoonmaker, zijn de jaarlijkse extra kosten voor de zorgverlener €30.000 per jaar. Dit effect is dus niet meegenomen.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld Penny Senior (2017) De ontwikkeling van kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie. Van verpleeghuis naar dementievriendelijk ontwerp. NED TIJDSCHR GENEESKD. 2017;161: C3612. P 2-6

bezetting zou omhoog moeten gaan. De meerkosten voor de totale verpleegzorg in Nederland zijn door het Centraal Planbureau¹⁵ varianten doorgerekend van 0,5 tot 2 personen in de nacht op een groep van 8 personen. In totaal zou daarmee de bezetting de komende jaren kunnen uitkomen op 5 fte per 24 uur (daar staat wellicht wel een nieuwe en hogere vergoeding per dag per bewoner tegenover dan nu het geval is). Zorgaanbieder Careyn laat echter nu al 2 personen in de nacht aanwezig zijn op de vestigingen.

Dat is meer dan in het recente verleden als voldoende werd beschouwd. Er is lang uitgegaan van 1 persoon verpleging in de nacht voor 4 groepen van 8 en verder is het algemeen aanvaard dat 1 persoon in een dienst van 8 uur maximaal verantwoordelijk kan zijn voor 8 personen. Een benadering voor de meerkosten van kleinere groepen zou dan zijn aan te nemen dat op een kleinere groep dan 8 (in dit geval dus 7) een medewerker 1/8ste 'teveel' aanwezig is gedurende een dienst van 8 uur per dag. Omdat zorg alle dagen in het jaar wordt geboden geldt dat voor 1,825 FTE op jaarbasis voor elk van de vier groepen. Per vestiging is daarom 0,91 FTE ($1,825 \times 1/8 \times 4$) 'teveel' verpleging. Uitgaande van €45.000 per FTE zijn de extra kosten dan €41.062,50 per jaar. Dit effect is hier meegenomen ook al moet in principe iedere vestiging zijn eigen financiële huishouding kloppend hebben. Tekorten op het ene onderdeel moeten elders worden opgevangen binnen de vestiging. We nemen voor deze MKBA aan dat dit voor de kleine groepsgröße - anders dan ten tijde van de investering verwacht werd - niet lukt. Althans, we hebben geen vuistregels voor wat als een efficiënte kostenstructuur kan worden aangenomen voor behandelingen, verblijfskosten en met name de bedrijfskosten van de zorgaanbieder waardoor er geen tekort hoeft te ontstaan. We kunnen ons wel voorstellen dat er organisatievormen zijn die zijn geoptimaliseerd voor het aanbieden van deze en alleen deze kleinschalige zorg waardoor de bedrijfskosten lager uitvallen (omdat er geen redundante voorzieningen zijn als een centrale keuken bijvoorbeeld).

Voor kleine vestigingen geldt mutatis mutandis dat de nachtdiensten eveneens relatief duur zijn, zeker als er per vestiging per nacht twee verzorgenden aanwezig zijn. Dit is in een vestiging van 60 bewoners eenvoudiger te financieren dan in een vestiging van 28 bewoners. Dit laatste effect is geschat, namelijk als een extra nachtverpleegkundige per nacht. De kosten van een nachtdienst zijn in Modria (2011)¹⁶ geschat op € 115.000 per jaar (een waak- en een slaapdienst), deze zijn met 10 procent verhoogd om het hedendaagse kosten te maken (€ 126.500). Aan nachtdiensten worden hogere eisen gesteld, daardoor stijgen de kosten met 25% (€ 158.125). In een grotere vestiging worden deze kosten door tweemaal zoveel bewoners gedragen. De extra kosten voor een kleine vestiging zijn daardoor € 79.062,5. Deels kan dit worden opvangen door binnen het zorgbudget te schuiven van dag-begeleiding naar nachtzorg, maar waarschijnlijk nemen de kosten voor de zorgverlener toch toe. Aanname is 50 procent, € 39.531,25 per jaar. Dit is het jaarlijks exploitatieverlies dat de Zorgverlener maakt door de kleinere vestiging.

¹⁵ CPB notitie 16 februari 2017, Bezettingsnormen voor de verpleeghuiszorg

¹⁶ Mondria (2011) De knoppen van kleinschalig wonen. Spelen met de variabelen die de exploitatie van een kleinschalig.

4.2 Waarde van grote appartementen

Voor bewoners ...

Een groter appartement heeft als voordeel dat veel vertrouwde meubels en spullen van thuis kunnen worden meegenomen waardoor een bewoner zich ook in de nieuwe situatie snel en zonder stress thuis voelt; thuis in een woning in plaats van een verzorgingskamer. Het wonen voelt daardoor waardiger. Het bed staat niet langer in de woonruimte.

Mensen gaan 's nachts niet de gang op, ook niet als ze naar de wc moeten, dus doen ze in hun eigen appartement, daar zijn ze duidelijk thuis. De gang op gaan is dan geen logisch gedrag. Bij ouderwetse grootschalige eenheden met gedeelde sanitair komt dit juist wel voor.

Een ander voordeel van grote appartementen is dat bewoners die bezoek hebben zich makkelijk naar hun eigen appartement kunnen begeven, waardoor de groepsruimte prikkelarmer wordt voor bewoners die last van prikkels hebben. Omgekeerd kunnen bewoners die snel last van prikkels hebben zich eerder terugtrekken naar een vertrouwde ruimte. Dit vermindert de last die bewoners van prikkels of overprikkelde bewoners hebben.

Kullberg (2010)¹⁷ schrijft over mantelzorgunits, tijdelijke woonruimte die achter een huis geplaatst kan worden, dat de belangstellenden hiervoor minstens over 60m² willen beschikken. Hierbij gaat het wel over fittere ouderen.

Kleinschaligere woonvormen voor zware dementiezorg zijn meestal kleiner dan de hier gekozen 60 m². Zie bijvoorbeeld de nieuwbouw beschreven in 'Fame magazine nummer 7' waar per woning 43 m² beschikbaar is. Dit is met een eigen slaapkamer en een separate woonkamer¹⁸. Een eigen gescheiden slaap- en woonkamer is lang niet altijd gebruikelijk bij nieuwe, kleinschalige zorgcomplexen.¹⁹ De standaard lijkt eerder 30 m² te zijn. Er is nog nergens onderzocht wat het effect van grootte appartementen is op bewoners en mantelzorgers.

Het aantal mantelzorgers en vrijwilligers dat op bezoek komt ligt in Hart van Rozenburg beduidend hoger dan in de oude situatie (Het Baken). In Hart van Zuidland blijft het aantal vrijwilligers vooralsnog achter, de vrijwilligers die in het naastgelegen Bernissesteyn actief zijn, zijn op hun eigen afdeling actief gebleven. Voor de Hart van voorziening moeten nieuw vrijwilligers geworven worden. Vooralsnog is een groter beroep op familie gedaan, een deel helpt als vrijwilliger. De familie is duidelijk meer aanwezig zowel in de gezamenlijke huiskamer als op de eigen appartement, ten opzichte van de situatie in Bernissesteyn (kleine kamers en een groep met 11 bewoners). Als het te druk is kunnen bezoekers nu veel makkelijker naar het eigen ruime appartement. In Rozenburg zijn bezoekers daartoe opgeroepen omdat de gezamenlijke ruimte anders te druk werd.

¹⁷ Jeanet Kullberg (2010) Gepaste afstand. Over ruimtelijke nabijheid van ouders en kinderen. In SCR 2010. SCP. Den Haag. Zie p. 191.

¹⁸ Zie vooral het interview: EIGENTIJDs kleinschalig wonen in de praktijk. https://www.fame-groep.nl/_uploaded/Fame-Magazine-7.pdf

¹⁹ <https://www.dagelijks-leven.nl/het-abtswoudehuis-delft/>. Merk op dat appartementencomplexen van deze particuliere aanbieder lang niet altijd kleinschalig zijn, hiervoor ligt vaak de grens op 8 appartementen per woongroep.

Naast de bovenstaande voordelen zijn er ook een aantal nadelen: bewoners kunnen afgaande op beoordelingen van familieleden in een eigen woning gedesoriëteerd raken²⁰ en de loopafstanden worden groter voor verzorgenden. Per saldo lijkt het effect van de grootte positief te zijn voor veruit de meeste bewoners.

Gezondheidseffecten worden (in de curatieve zorg) gemeten in 'quality adjusted life years' (qaly's). Een jaar in perfecte gezondheid staat gelijk aan een waarde van 1, terwijl hetzelfde jaar in slechte gezondheid een lagere waarde krijgt, bijvoorbeeld 0,7. Bij overlijden is de waarde nul.

De bewoners hebben per geleefd jaar een qaly van minder dan 1, er is al sprake van ernstige dementie of andere kwalen. Idealiter zou met vragenlijsten de qaly per geleefd jaar in een zorginstelling van het project en van het nul-alternatief bepaald moeten worden. Dit is echter zeer lastig en viel buiten de opdracht. Hier is geschat dat de bewoners er door de grotere kamers 0,002 qaly per bewoner per jaar op vooruitgaan. Dit komt overeen met minder dan een dag (17,5 uur) in goede gezondheid in plaats van niks. De schatting is gebaseerd op het effect op de gemoedsrust van bewoners in combinatie met wat wordt aangenomen hoe onrust en onzekerheid de gezondheid beïnvloeden.

De MKBA handleiding voor het sociale domein geeft aan dat in een MKBA met twee standaardwaardes voor een qaly gerekend moet worden: € 50.000 en € 100.000. Deze waarden nemen niet toe in de tijd (zijn reëel constant).²¹ Voor 28 bewoners is de welvaartswinst dan €2.800 tot €5.600²². De waarde van een grotere woning is dan €100 tot € 200 per bewoner per jaar.

... mantelzorgers

Voor mantelzorgers neemt de kwaliteit van leven toe als ze zien dat hun naasten zich beter thuis voelen en door meer ruimte een beter leven hebben. Dit schatten we op 0,001 qaly per mantelzorger en gaan daarbij uit van één betrokken mantelzorger per bewoner. Dit geeft een jaarlijkse baat van $28 * 0,001 * 50.000$ of $28 * 0,001 * 100.000$. Dit is € 1.400 tot € 2.800 per jaar.

²⁰ <https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-careyn-hart-van-rozenburg-rozenburg-3063293/waardering>

²¹ SEO (2016) Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein. Hoofdrapport, p. xi. De handleiding suggereert gevoeligheidsanalyses met een nog bredere bandbreedte: namelijk € 20.000 t/m € 200.000.

²² Alternatieve berekening ter controle van de berekening in de hoofdttekst. Stel de extra huur is 150 euro per appartement extra vanwege de extra ruimte. Hier wordt een consumenten surplus op gerealiseerd van 8 % (net als hij de MKBA De Reiger; waarbij dat deels gebaseerd was op een enquête over tevredenheid onder bewoners). Dit geeft hier een waarde van €4.032 per jaar ($28 * 12 * 150 * 8\%$). Echter de bewoners betalen geen huur die van de omvang van het appartement afhangt. Edgar Wever, Peter Berkhout (2015) MKBA Seniorenhuisvesting De Reiger. In opdracht van de Provincie Noord-Holland. Twynstra Gudde, RIGO.

... en voor de verhuurder

Voor de betrokken wooncorporaties was de mogelijkheid van ombouw tot gewone woningen belangrijk. Het verhuren van woningen en woonruimte is de kerntaan en grote appartementen zijn als een verzekering tegen transformatiekosten als de zorgverlening het pand verlaat. Het initiatief voor grote appartementen bij de ontwikkeling van het project kwam van de corporaties en niet van de bewoners/gebruikers of zorgaanbieders. Een toevoeging aan de specificaties met achteraf positieve maatschappelijke baten voor een deel van de belangenhouders.

Bij oplevering hadden de twee Hart van complexen een huurcontract van 15 jaar, met uiteraard de mogelijkheid tot verlenging. De zorgvraag blijft waarschijnlijk bestaan (gegeven de demografische ontwikkeling de komende jaren). De vraag is vooral hoe de financiering van de zorg vanuit Den Haag zich ontwikkeld. Zonder financiering is intramurale zorg niet vol te houden. Daar komt bij dat de ouderen weinig verhuisgeneigd zijn. De kernen zijn vergrijsd met veel eengezinswoningen (uit de 70-er jaren). Deze bewoners blijven in eerste instantie graag in hun huidige woning en in ieder geval graag in hun eigen kern wonen.²³

Als een pand niet langer als zorginstelling wordt gebruikt moet het omgebouwd worden tot reguliere verhuurbare woningen. Bij eenheden kleiner dan 65 vierkante meter voorzagen de corporaties dat dat later tegen (te) hoge kosten zou moeten gebeuren (of dat het risico van leegstand te hoog zou zijn), omdat er geen marktvraag is naar appartementen kleiner dan 65 vierkante meter. Dit was ook een reden om voor tweekamerappartementen te kiezen. Bij het ontwerp zijn wel compromissen nodig geweest: zo was voor de zorg een tussengang noodzakelijk, die is voor latere verhuurbaarheid juist slecht. De corporatie had graag nog grotere woningen gehad en de zorgverlener graag kleinere. Voor de corporaties was 65 m² de ondergrens. Er zit een grotere lift in dan je voor gewone woningen zou doen. Het balkon is gemaakt voor de ombouw en zit nu bij de appartementen op slot (bezoek vertrouwd met de regels mag het balkon openen).

Bij kleinschalig bouwen is rekening houden met later ombouwen makkelijker dan bij groot-schalige bouw. Het complex viel nu onder het bouwbesluit woningen. Deze vorm van risico-beheersing is bij grotere complexen dus lastig.

Het waarden van dit risico is lastig. De waarde is ruwweg gelijk aan kans dat afwaardeerden nodig is maal de schade bij afwaardeerden.²⁴ Beide zijn niet bekend. Deels blijft de zorgvraag voor zware zorgvraag (ZZP5 en ZZP6) bestaan, de vraag is hoe de financiering blijft, en of intramuraal op dezelfde schaal en manier mogelijk is in de toekomst. Aangenomen is dat de kans dat de zorg uit dit pand gaat omdat de zorg anders geregeld wordt 10 procent is. Bij kleine appartementen had de corporatie dan 25% van het oorspronkelijke investeringsbedrag niet terugverdient. Merk op dat eventuele schade pas optreedt nadat de eerste 15 jaar verhuur al hebben plaatsgevonden, de schade gaat dus niet over de heel periode.

Merk op dat het risico van kleine appartementen ook afhangt van de lokale woningmarktsituatie. Zo staat in Nijmegen een verpleeghuis met zelfstandige appartementen, die later

²³ Merk op dat de ervaring nu is dat een heel hoog percentage (94%) van de verhuisbewegingen in Rozenburg binnen de eigen kern zijn.

²⁴ Er kan met meerdere kansen en schades per gebeurtenis worden gewerkt. Dit verfijnt de methode, het inschatten van kansen en schade per gebeurtenis blijft even lastig.

zelfstandig verhuurbaar zijn, maar dan met een kleinere oppervlakte (43 meter). Het gebouw is van de woningcorporatie die het aan de zorgverlener verhuurt. De opzet is zo dat zelfstandig wonen mogelijk is en zo dat de woningen zonder bouwkundige- en installatietechnische ingrepen omgebouwd worden tot volwaardige driekamerappartementen. Het wooncomplex is daarmee toekomstbestendig gemaakt.²⁵

De investeringen zijn € 4.600.000, maal de 10% kans maal de 25% schade, geeft een waarde van € 115.000 aan vermeden risico.

4.3 Waarde van kleinschalige groepen voor bewoners en mantelzorgers

Kleinschaligheid is zowel van toepassing op het aantal woningen in het complex, als op het aantal woningen per groep met gedeelde leefruimte. Rond kleinschaligheid zijn diverse onderzoeken gedaan naar kwaliteit. Echter de interpretatie is lastig, door de verschillen in definities (wat is kleinschalig precies: omvang van de woongroep van of van het complex of gaat het meer om de zorgfilosofie²⁶) het meenemen van verschillende soorten zorg of juist een type zorg, het veranderend zorglandschap (veel mensen die rond 2011 toen veel onderzoek gedaan werd voor intramuraal wonen en zorg in aanmerking kwamen zouden dat nu niet meer komen). De lagere zorgzwaartes die in een deel van de onderzoeken een rol spelen zijn voor de hart van complexen niet relevant.²⁷ Wat de interpretatie verder ingewikkeld maakt is dat tevredenheid, levenskwaliteit van bewoners ook afhangt van de verslechterende gezondheidssituatie van de bewoner. Ook hangt de tevredenheid af van personeel, zowel het aantal en de kwaliteit. Personeelskeuzes en beleid van de zorgverlener spelen hier een rol, maar ook de arbeidsmarktsituatie en de algemene financiering van de zorg.

Het Trimbos Instituut interpreteert de studies over het effect van kleinschaligheid op tevredenheid als volgt: “Uit promotieonderzoek van Verbeek is bekend dat familieleden van mensen met dementie die in een kleinschalige woonvorm wonen, meer tevreden zijn over de zorg voor hun naaste en zich minder belast voelen dan binnen traditionele afdelingen (Verbeek, 2011). Voor wat betreft de kwaliteit van leven van bewoners, zijn er geen of slechts kleine positieve verschillen tussen ‘gewone’ kleinschalige woonvormen en traditionele verpleegafdelingen (te Boekhorst, 2011; Verbeek, 2011).”²⁸ Verbeek ea (2011) formuleert de belangrijkste bevindingen over de effecten op de bewoners uitgebreider:²⁹

“De algemene kwaliteit van leven van bewoners is gelijk in beide settings en slechts op enkele subschalen zijn verschillen tussen beide groepen gevonden. Zowel verzorgenden als

²⁵ Aedes-Actiz Kenniscentrum wonen (2017) Juliana. Alternatief voor het verpleeghuis.

²⁶ Hilde Stoop (2009) Kleinschalig wonen in Brabant. Hoofdstuk 2 in: Grote kwaliteit op kleine schaal. Is kleinschalig wonen voor mensen met dementie een succesvolle parel in de ouderenzorg? Redactie: Hilde Stoop en mr. Ietje de Rooij. Tilburg, mei 2009

²⁷ Zie bijvoorbeeld: Dort Spierings (2014) De Wenselijke Schaal. Fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen. Radboud Universiteit Nijmegen

²⁸ Nivel (2018). Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg. Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg, p. 48

²⁹ H. Verbeek, E. van Rossum, S.M.G. Zwakhalen, G.I.J.M. Kempen, J.P.H. Hamers (Januari 2011) Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Evaluatie van de invloed op bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Universiteit Maastricht.

mantelzorgers geven aan dat bewoners in kleinschalige woonvormen meer om handen hebben dan bewoners op gewone afdelingen. Daarbij beoordeelt familie de kwaliteit van leven met betrekking tot zich thuis voelen en sociale relaties ook hoger voor bewoners in kleinschalig wonen dan voor bewoners van gewone afdelingen. Verzorgenden geven daarentegen aan dat bewoners in kleinschalige woonvormen een lagere kwaliteit van leven hebben met betrekking tot negatief affect (zoals angstige of verdrietige gevoelens tonen). Daarnaast zijn gemengde resultaten gevonden voor de uitkomstmaat gedrag. Bewoners in kleinschalige woonvormen lijken meer sociaal betrokken te zijn, hoewel dit effect over de tijd verdwijnt. Wel vertoonden zij meer doeleloos gedrag in vergelijking met bewoners op een gewone afdeling, en na een jaar ook meer symptomen van fysiek non-agressieve agitatie (bijvoorbeeld ijsberen en algemene rusteloosheid). Bewoners in kleinschalige woonvormen kregen gemiddeld minder vrijheidsbeperkende maatregelen en psychotrope medicatie (psychofarmaca) voorgeschreven dan bewoners op een gewone afdeling. Deze verschillen bestonden al bij aanvang van de studie en bleven constant gedurende de tijd.”

Elders lijkt het Trimbos positiever over het effect op de bewoners. Trimbos signaleert een toename van het aantal activiteiten waaraan een bewoner deelneemt, en deelname aan activiteiten werkt voor dementie patiënten positief uit. Bewoners van kleinschalige zorg zijn meer dan gemiddeld betrokken bij algemene activiteiten en activiteiten die hun voorkeur hebben, ook doen ze meer uiteenlopende activiteiten mee. Die toename aan activiteiten wordt deels verklaart door een toename van kleinschalige woonvormen.³⁰

Kleinschalige zorgt kan in veel elementen onderverdeelt worden, deels komen deze ook in grootschalige zorg voor, maar beduidend meer in kleinschalige zorg (waarbij dat is gedefinieerd als minder dan 36 bewoners).³¹

Senior (2017) beschrijft de opkomst van kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie, waarbij deze woonvorm populair werd tussen 2005 en 2010, mede gestimuleerd door een subsidieregeling. Oorspronkelijk was de groepsgrootte 5 tot 6, dit is vanaf 2010 ter discussie gekomen en toegenomen. Dit heeft zowel bedrijfseconomische redenen als welzijnsmotieven voor bewoners die in kleine groepen anders tot elkaar veroordeeld zijn. In de begintijd van het kleinschalig wonen lag de nadruk op de gemeenschappelijke ruimte en was de oppervlakte van de eigen woning klein, terwijl nu ook kleine tweekamer appartementen worden aangeboden (tot zo’n 45 m²).³² Van de 685 verpleeg- en verzorgingshuizen met afdelingen voor bewoners met dementie die op dit moment op Zorgkaart Nederland staan, zegt de helft de zorg kleinschalig te organiseren.³³

³⁰ Trimbos (2018) Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, p. 49

³¹ Trimbos (2018) Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, p. 11 ev.

³² Penny Senior (2017) De ontwikkeling van kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie. Van verpleeghuis naar dementievriendelijk ontwerp. NED TIJDSCHR GENEESKD. 2017;161: C3612. P 2-6

³³ Trimbos (2018) Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, p. 11 ev.

Het effect van een kleine woonvorm past ook in de landelijke trend om bewoners te activeren, waarbij nu meer nadruk ligt op eigen initiatief en minder daginvulling wordt aangeboden. Dit verschil werd ook duidelijk tussen bewoners die uit een oud verzorgingstehuis in een nieuwe kleinschalige woonvorm kwamen in vergelijking met nieuwe bewoners.³⁴

Het blijkt dat familieleden zich in kleinschalige zorg meer partner in de zorg voelen, een hoger waarderingsrapport cijfers geven. Gerelateerd is de bevinding dat kleinschaligheid en het meer een partner in de zorg voelen de kans vergroten dat een familielid de zorgvoorziening aan anderen zal aanraden.³⁵

UMCG (2015) heeft 75 bewoners van kleinschalige psychogeriatrische verpleeghuizen vergeleken met 75 bewoners van een “gewoon” psychogeriatrisch verpleeghuis. Ook hun conclusie was voor wat betreft de bewoners betreft gematigd positief:

“Kleinschaligheid in de zorg voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners is een interventie gebleken die op punten meerwaarde lijkt te hebben voor de bewoners én voor de verzorgende staf. Het duidelijkst komt de meerwaarde van kleinschaligheid tot uiting gekomen in een geringere mate van verbale agressie onder de bewoners en een grotere werksatisfactie bij de persoonlijk begeleiders. Op het gebied van welbevinden kon echter géén meerwaarde ten opzichte van de grootschalige woon-zorgaccommodatie worden aangetoond. Nadere analyse suggereert dat de marges voor verbetering van welbevinden gering zijn. Het moeilijk te beïnvloeden cognitieve vermogen van de dementerende bepaalt namelijk voor een groot deel het welbevinden, apathie, lichamelijke agressie en disfunctioneel gedrag. Dat neemt niet weg dat aanvullende interventies als *snoezelen* (zintuigactivering), heldere verlichting, ongestoorde nachtrust en zorgvuldig medicatiebeleid de marges om gewenste verbeteringen na te streven ten volle benut zouden moeten worden. In kleinschalige woonvormen is dit waarschijnlijk makkelijker te realiseren.”³⁶

Voor de hart van complexen is het de vraag of al dit soort interventies volledig uitgenut kunnen worden en het zal ook wennen zijn aan het zorgen voor mensen die meer bewoner zijn met een eigen woning dan patiënt in een verzorgingsomgeving.

In de kleinschalige units wordt zelf gekookt in tegenstelling tot in de grotere units in oudere tehuizen waarmee kon worden vergeleken. Het blijkt dat bewoners van een Hart van voorziening beter eten en minder ondervoed zijn. Soms is dusdanig dat bijna een dieet nodig werd. Er wordt ook beter gedronken. Dit heeft effect op dieetvoeding en medicatie.

Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers ook vanwege de mogelijkheden tot maatwerk. Echter, grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd door bewoners en beslissers vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod

³⁴ Zie vooral het interview: EIGENTIJDs kleinschalig wonen in de praktijk. https://www.fame-groep.nl/_uploaded/Fame-Magazine-7.pdf

³⁵ Trimbos Instituut (2018) Informele zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Monitor Woonvormen Dementie, p. 34

³⁶ UMCG (2005) Hillamahofje: zorg voor dementerende ouderen. DEEL B. Klein- versus grootschalige woonvormen voor demente ouderen. L.M. Schure, G.J. Dijkstra, R.H. Bakker, W. Lok, J.W. Groothoff. Universitair Medisch Centrum Groningen

aan activiteiten.³⁷ Kleine voorzieningen hebben vaak meer moeite om welzijnsactiviteiten voor bewoners te organiseren. Deels kunnen beide hart van voorzieningen bij de grotere faciliteiten ernaast. De vraag is of hiervan gebruik gemaakt wordt? En deels is bij kleinschalige zorg de activiteiten georganiseerd door de bewoners meer bij de dagelijkse gang te betrekken. Deels mist een ruimte met een ontmoetings- of recreatiefunctie waar bijvoorbeeld een muzieksessie kan worden georganiseerd. Dat gebeurt nu in de woonkamer, wat lastig is voor prikkelgevoelige bewoners.

Gezien de spreiding van voorkeuren van ouderen is er niet één optimale waarde voor de fysieke schaalgrootte.³⁸

Verbeek³⁹ vond dat mantelzorgers in kleinschaliger woonvormen zich minder belast voelen dan mantelzorgers op een gewone afdeling, en dat ze meer tevreden zijn over het contact met de verzorgenden. Het kleinschaligheid heeft geen invloed op betrokkenheid bij de zorg of de tevredenheid over het contact met de naaste.

De ervaring van mantelzorgers met kleinschalig wonen zijn overwegend positief:⁴⁰ “De huiselijkheid, herkenbaarheid, het gevoel van eigen regie en het hebben van invloed op de dagelijkse gang van zaken zijn hierbij van grote betekenis. Verzorgenden en mantelzorgers vinden het prettig dat zij zelf, samen met bewoners, de dag kunnen indelen en hierbij niet afhankelijk zijn van regels en routines van de organisatie. Tevens vormt de persoonlijke aandacht van verzorgenden naar zowel bewoners als mantelzorgers een belangrijk aspect. Enkele knelpunten worden ook ervaren. Deze hebben voornamelijk betrekking op het alleen werken en de hieraan gerelateerde kwetsbaarheid van de personele bezetting. Enkele mantelzorgers gaven aan dat ze bepaalde gezamenlijke activiteiten en voorzieningen misten (zoals een restaurant en gezamenlijke tuin).”

Het zorg verlenen in kleine groepen maakt het makkelijker mensen meer zelf te laten doen, ze minder patiënt te maken en meer te laten wonen. Uiteraard met de zorg die ze nodig hebben, maar ze niet de dingen uit handennemen die ze nog wel kunnen en ze betrekken bij wat ze kunnen.

Mantelzorgers lijken nu ook meer toe te komen aan leuke dingen doen met bewoners in plaats van alleen de zorg ondersteunen. Mantelzorgers kennen door de kleine groepsgrootte ook de andere bewoners goed, dat is beter te doen bij 6 andere bewoners in plaats van bij 10 andere bewoners. Ook kennen ze het vaste personeel beter. Hierdoor is er meer saamhorigheid bij de mantelzorgers.

³⁷ Dort Spierings (2014) De Wenselijke Schaal. Fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen. Radboud Universiteit Nijmegen. P. 404

³⁸ Dort Spierings (2014) De Wenselijke Schaal. Fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen. Radboud Universiteit Nijmegen. P.408

³⁹ H. Verbeek, E. van Rossum, S.M.G. Zwakhalen, G.I.J.M. Kempen, J.P.H. Hamers (Januari 2011) Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Evaluatie van de invloed op bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Universiteit Maastricht

⁴⁰ H. Verbeek, E. van Rossum, S.M.G. Zwakhalen, G.I.J.M. Kempen, J.P.H. Hamers (Januari 2011) Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Evaluatie van de invloed op bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Universiteit Maastricht

De enige uitdrukking van een behandeloptie voor dementie uitgedrukt in qaly in de onderzochte literatuur is een onderzoek naar de kosten en de opbrengsten van een geïntegreerde aanpak bij dementie in de vorm van een diagnostisch onderzoekscentrum psychogeriatric (doc-pg). Hier werd een qaly toename van 0,05 per patiënt gevonden.⁴¹

Op basis van bovenstaande literatuur en de interviews is de kleinschaligheid voor bewoners hier van een kleine plus voorzien. Tegelijkertijd is die plus zo klein dat deze lastig te meten zal zijn. We gaan uit van 0,002 extra qaly per bewoner per jaar. Met de qaly waarden van €50.000 tot €100.000 zoals hierboven, is de waarde per jaar €2.800 tot €5.600.

Voor mantelzorgers neemt de kwaliteit van leven ook toe als ze zien dat hun naasten beter verzorgd zijn. We schatten dit op 0,001 qaly per mantelzorger en gaan uit van een betrokken mantelzorger per bewoner. Dit geeft een jaarlijkse baat van $28 \times 0,001 \times 50.000$ of $28 \times 0,001 \times 100.000$. Dit is € 1.400 tot € 2.800 per jaar. Een alternatieve schatting⁴² komt hoger uit.

Waarde van kleinschalige groepen en grote appartementen

De combinatie van kleinschalige groepen en grootte appartementen biedt een extra meerwaarde boven beide los van elkaar. Het is dan makkelijker voor bewoners om even een eigen plek op te zoeken, zeker als het druk is, bijvoorbeeld als er een activiteit is in de gezamenlijke ruimte. Bij grotere groepen is er vaak een activiteiten ruimte.

We gaan uit van 0,002 extra qaly per bewoner per jaar. Met de qaly waarden van € 50.000 tot € 100.000 zoals hierboven, is de waarde per jaar €2.800 tot € 5.600.

4.4 Thuisgevoel: effect op problematisch gedrag en vermijding hogere ZZP's.

Een 'thuisgevoel' zorgt voor minder probleemgedrag en daardoor uitstel/ afstel van overgang naar ZZP7. Hierdoor duurt het langer voordat iemand ZZP 7 krijgt gediagnosticeerd of is dit helemaal niet nodig. Een ZZP7 vergoeding is €78.750 per jaar, wat € 13.750 meer is dan de vergoeding voor ZZP5 (€ 65.000 per jaar).⁴³

Een latere verzwaring van de zorgvraag sluit aan bij Trimbos (2018)⁴⁴ die constateert dat de zorgzwaarte van bewoners in instellingen niet is toegenomen, de mogelijke verklaring die ze hiervoor geven is de toegenomen persoonsgerichte houding van zorgmedewerkers. Dit kan

⁴¹ C.A.G. Wolfs, C.D. Dirksen, J.L. Severens, A. Kessels, M. Verkaaik, F. R. J. Verhey (2011) De kosten en opbrengsten van een geïntegreerde aanpak bij dementie. Tijdschrift voor psychiatrie 53 (2011) 9, 657-665

⁴² Een alternatieve benadering zou zijn om per bewoner uit te gaan van een aanwezige mantelzorger op twee vier dagen per week, gemiddelde verblijfsduur 2 uur. Met een waarde van tijd van €10 per uur (verderop leiden we deze waarde af in de paragraaf effect van eerdere opvang), en als door de kleinschaligheid het nut (consumentensurplus) met 5 procent toeneemt, dan is voor 28 appartementen de jaarlijkse baat voor de mantelzorgers dan € 5.840.

⁴³ Deze is berekend op basis van uitgaven en volume (dagen) per jaar. CBS (2018) monitor Langdurige zorg. <http://mlzstatline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=40030NED&D1=a&D2=0-1,6,8,12,43&D3=0-1&D4=2-6&HDR=T,G3&STB=G2,G1&VW=T>

⁴⁴ Trimbos (2018) Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, p. 24

ertoe bijdragen dat dat verzorgenden steeds meer op zoek zijn naar wie de bewoners werkelijk zijn, wat die zelf kunnen (wat hun mogelijkheden (nog) zijn) en hoe zij daarop kunnen aanvullen. Mogelijk zien de verzorgenden hierdoor minder als beperkt, of mogelijk zijn ze minder beperkt doordat ze beter worden gestimuleerd.

Deze persoonsgerichte houding is een werkwijze in de zorg die steeds meer algemeen ingang krijgt, en die het makkelijkst toepasbaar is in kleinschalige woongroepen.

Ruwweg lijkt door de grotere appartementen het probleemgedrag richting medebewoners en personeel de helft minder voor te komen dan bij kleine appartement. Onder andere omdat eerder terugtrekken op het eigen appartement makkelijker goed te doen is.

Ook is het in de Hart van complexen relatief makkelijk om flink over de gang te dwalen zonder andere tot last te zijn en zonder zelfs steeds te ervaren dat deuren dicht zitten, dit ten opzichte van de oude situatie met 11 bewoners en kleine appartementen. Door de grote appartementen zijn de gangen namelijk relatief lang.

Als van de 28 bewoners één later een ZZP7 indicatie krijgt per jaar en dit ongeveer een half jaar scheelt. Dan is de jaarlijkse baat € 6.875 in vermeden zorgkosten. Dit lijkt een bovengrens te zijn.

Hier zit dan nog geen baat bij voor de betere levenskwaliteit (minder problematisch gedrag) voor de bewoner zelf, als voor mantelzorgers en medebewoner. Deze wordt hier niet separaat geschat omdat elders al de baat voor bewoners en voor mantelzorgers wordt geschat, en dit daarmee waarschijnlijk een dubbeltelling zou opleveren.

4.5 Waarde van lokaal aangeboden zorg

Zonder de investering in nieuwe zorgvoorzieningen in de kernen zou iemand die zware zorg nodig heeft uit het gebied moeten vertrekken. Dit heeft voor drie groepen mensen een na-deel (dus een voordeel van een Hart van voorziening): Bewoners van de voorziening, Mantelzorgers, Overige bewoners en ouderen rond de Hart van voorziening

Bewoners van de voorziening

Deze weten misschien dat ze nog in hun woonplaats wonen. Wat ze in ieder geval merken is dat het voor mantelzorgers, oude burens, vrienden, familie, kennissen minder lastig is om langs te komen. Doordat de zorg lokaal is komen er meer mensen op bezoek. Meer bezoek vergroot de kwaliteit van leven, dit is geschat als een qaly winst van 0,002 per bewoner.

Mantelzorgers

Mantelzorgers hebben twee baten, namelijk minder reistijd en ze hebben beter contact met hun naaste. De reistijd is elders geschat, de waarde van lokale zorg en makkelijker meer contact hebben niet.⁴⁵

We schatten dat op 0,001 qaly per mantelzorger en gaan uit van een betrokken mantelzorger per bewoner. Dit geeft een jaarlijkse baat van $28 \cdot 0,001 \cdot 50.000$ of $28 \cdot 0,001 \cdot 100.000$. Dit is € 1.400 tot € 2.800 per jaar.

⁴⁵ Bij de extra reistijd zit een deelwaardering voor de toename van het bezoek (via de rule of half), echter de duur van het verblijf speelt daarbij geen rol (bezoek blijft lang in verhouding tot de reistijd), en het *weten* dat je naaste goed verzorgd is, is ook waardevol, los van bezoek.

Overige dorpsbewoners en ouderen rond de Hart van voorziening

Doordat er een Hart van voorziening is moet je als je zware zorg nodig hebt niet het gebied uit, terwijl dit zonder hart van voorziening wel nodig zou zijn. De Hart van voorziening houdt de zorg dus bereikbaar en beschikbaar voor het gebied. Dit is voor bewoners van Rozenburg en Zuidland die ouder worden en mogelijk dergelijk zorg nodig hebben een geruststelling.

Het gebied uit moeten zou ook identiteit van de beide kernen aantasten; je kan er dan niet je hele leven terecht terwijl veel bewoners er sterk geaard zijn. Een lokale voorziening voor ouderenzorg maakt het gebied maakt het gebied als het ware 'levensloopbestendig'.

De hart van voorzieningen hebben betekenis voor de wijk, niet voor de bewoners: rust dat bij ouder worden/ verergeren kwalen (het zorg nodig hebben), verhuizen uit de eigen wijk en plaats niet nodig is. Dit is een baat voor ouderen in de wijk en de familie alsmede mantelzorgers erom heen.

De aantrekkingskracht van een zorgvoorziening in de eigen kern blijkt ook uit het feit dat mensen soms wachten op een plek in het Hart ook als ze elders eerder een plek kunnen krijgen. Bij de opening is tenminste een oud dorpsbewoner die elders zaten teruggehaald om in de eigen kern te wonen.

De meerwaarde is als volgt geschat. In Rozenburg wonen 2.670 66-plussers (22% van het totaal aantal inwoners, 12.372). Aangenomen is dat het alleen rust geeft voor de minder vitale ouderen, de anderen zijn er nog niet mee bezig: 1/4 van de ouderen (geschat als resterende verwachte levensduur bij 65 jaar is 20 jaar, waarvan een kwart in slecht gezondheid). Deze krijgen er 0,001 qaly extra bij per jaar. Dat is 0,6675 qaly per jaar voor heel Rozenburg. De welvaartswinst is dan € 33.375 tot € 66.750 per jaar. Dit is € 50 tot € 100 per mindere vitale oudere per jaar.

Zuidland heeft 5.200 inwoners, als ook hier 22% ouder is dan 66, dan zijn er 1.122 66-plussers. Een kwart hiervan is 281 ouderen waarvoor het relevant is. Dit geeft een welvaarts-winst van € 14.028 tot € 28.055. In de MKBA berekening is de gemiddelde waarde voor Rozenburg en Zuidland aangehouden (€ 23.701 tot € 47.403).

Deze benadering kent diverse onzekerheden. Zo is er wel sprake van gemoedsrust omdat oud worden in eigen kern kan maar geen de zekerheid (de Hart van voorziening kan vol zijn). Ook is geen waarde voor mantelzorgers meegenomen. Het is tevens de vraag hoe bekend de Hart van voorziening is. Deze waardering is alleen te verbeteren met een veldonderzoek dat buiten de scope van het huidige onderzoek viel.

Een grotere groep ouderen die gerustgesteld is bij de gedachte terecht te kunnen in de voorziening mochten ze zware zorg nodig hebben vergroot de maatschappelijke waarde, tegelijkertijd neemt deze toename af als er meer mensen gebruik van zouden willen maken: dan wordt duidelijk dat er ter zijner tijd een capaciteitsissue zou kunnen zijn.

4.6 Werkplezier verpleegkundigen

Het werkplezier van verplegend personeel lijkt in de Hart van complexen groter te zijn dan in grootschaliger complexen. In de interviews wordt gesteld dat er meer een thuisgevoel is. Ook wordt opgemerkt dat de families van bewoners tevreden zijn en dat dat zorgt voor een goede verhouding tussen zorgverleners en bezoekers.

Voor mantelzorgers is het plezieriger. Dat maken we op uit de observatie van de verzorgende dat ze veel vaker op bezoek komen. Dat is makkelijk voor de verpleging en goed voor

de bewoners. Mensen die hier werken hebben het volgens de interviews vaker naar hun zin door de kleinschaligheid. Plus ze hebben meer tijd per klant. Het is persoonlijker: als verzorgende ken je de bewoners en de collega's en de mantelzorgers. Personeel dat eenmaal aan kleinschalige zorg is gewend wil niet meer naar grootschalige zorg.

Er zijn ook nadelen. Deels is hoger opgeleid personeel nodig omdat er meer zelfstandigheid wordt gevraagd, deels doen de medewerkers ze taken onder of in ieder geval anders dan hun opleidingsniveau, zoals koken. Dat wordt niet altijd als positief ervaren. Het werken gebeurt veel meer solo, dat is soms eenzaam. De overlegmogelijkheden en de mogelijkheden voor kleine pauzes in een groter team worden gemist. Overdrachtsruimte mist waar dingen vertrouwelijk besproken kunnen worden. Deels mist de tijd om dat niet op de groep te doen, omdat er maar een persoon per groep staat. Kleinschalig werken is duidelijk anders, iedereen die uit grootschalige eenheden kwam moest eraan wennen. Die gewenning treed wel steeds meer op wordt opgemerkt en de werkwijze past zich steeds meer aan, aan de omstandigheden.

Voor het werkplezier is het vooral van belang hoe de organisatie staat maar het concept helpt wel. Het is mogelijk dat personeel dat kleinschalig prettig vindt daarvoor kiest, terwijl personeel dat grootschalig beter ligt juist in grootschalig gaat werken. Er treedt dan een selectie-effect op. Dat zou op lange termijn betekenen dat er steeds minder een plus is te verwachten. Per saldo lijkt er wel een positief effect te zijn (los van het feit dat het een nieuwe locatie is).

Verbeek is het uitvoerigste onderzoek naar arbeidstevredenheid onder personeel in kleinschalige complexen.⁴⁶

Op arbeidstevredenheid en werkmotivatatie zijn geen duidelijke verschillen gevonden tussen verzorgenden in beide condities. In subgroepanalyses waarbij verzorgenden uit de meest typische kleinschalige woonvormen zijn vergeleken met de meest gewone afdelingen, kwamen echter wel significante verschillen naar voren. Verzorgenden in de meest typische kleinschalige woonvormen hebben gemiddeld een hogere arbeidstevredenheid en motivatie op alle meetmomenten dan verzorgenden werkzaam op de meest typische gewone afdelingen. Ditzelfde patroon werd ook gevonden voor de uitkomstmaat burn-outklachten. Op enkele andere aan werkkenmerken gerelateerde uitkomstmaten werden eveneens significante verschillen gevonden, welke bij aanvang van de studie al bestonden en constant bleven in de tijd. Verzorgenden in kleinschalige woonvormen gaven op alle metingen gemiddeld meer autonomie, minder werkdruk en fysieke inspanning te ervaren dan verzorgenden op gewone afdelingen. In de totale groep verzorgenden rapporteerde men in beide typen verpleeghuiszorg een vergelijkbaar gevoel van sociale steun. Echter, in de subgroepanalyses gaven verzorgenden werkzaam in de meest typische kleinschalige woonvormen meer ervaren sociale steun aan dan verzorgenden werkzaam op de meest typische gewone afdelingen.

De huiselijkheid, herkenbaarheid, regie kunnen voeren over het eigen leven binnen de mogelijkheden van de bewoner en het hebben van invloed op de dagelijkse gang van zaken zijn hierbij van grote betekenis. Verzorgenden en mantelzorgers vinden het prettig dat zij zelf, samen met bewoners, de dag kunnen indelen en hierbij niet afhankelijk zijn van regels en

⁴⁶ H. Verbeek, E. van Rossum, S.M.G. Zwakhalen, G.I.J.M. Kempen, J.P.H. Hamers (Januari 2011) Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Evaluatie van de invloed op bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Universiteit Maastricht

routines van de organisatie. Tevens vormt de persoonlijke aandacht van verzorgenden naar zowel bewoners als mantelzorgers een belangrijk aspect. Enkele knelpunten worden ook ervaren. Deze hebben voornamelijk betrekking op het alleen werken en de hieraan gerelateerde kwetsbaarheid van de personele bezetting. Enkele mantelzorgers gaven aan dat ze bepaalde gezamenlijke activiteiten en voorzieningen misten (zoals een restaurant en gezamenlijke tuin). Kortom het lijkt hier positief te zijn, dit is lijn met Verbeek, tegelijk zijn grote effecten niet gekwantificeerd. Dit maakt waarderen lastiger.

Op basis van “knoppen van kleinschalig wonen” gaan we uit van 1 FTE verpleging per bewoner. Als dit het arbeidsplezier evenveel vergroot als 15 euro netto meer salaris per maand, dan zijn de baten $28 \times 12 \times 15 = €5.040$ per jaar. Een alternatieve berekening gaat uit van 28 verzorgenden, met een bruto jaarsalaris van €45.000, een belastingpercentage van 33 procent, waardoor een netto jaarsalaris overblijft van €30.150. uitgaande van 1 procent meer consumentensurplus hierover voor de verpleging geeft een baat van €8.442. Hier is lagere schatting van €5.040 aangehouden.

Eventueel zou een vergelijkbaar bedrag aan lagere kosten voor de zorgorganisatie opgenomen kunnen worden, als er minder verzuim is, of als er minder wervingskosten zijn. Echter de totale kosten liggen vast, meer zorg door minder verzuim of minder wervingskosten is al meegenomen in een hogere qaly voor de bewoners.

4.7 Effecten van eerdere opvang: zorgkosten, nut bewoner en mantelzorger

Als meer mensen eerder opgevangen worden in intramurale instellingen omdat het zo aantrekkelijk is dan thuis blijven met (overbelaste) mantelzorgers en thuiszorg, veranderen en aantal dingen:

- De kosten van intramurale zorg nemen toe
- De kosten van thuiszorg nemen af: *per extra opgevangen persoon*
- De kosten van de overige zorg (onder andere ziekenhuiszorg) neemt toe.
- De kwaliteit van leven van de bewoner neemt toe: de nieuwe opvang is aantrekkelijker dan de oude en dan thuis blijven.
- De kwaliteit van leven van de mantelzorger neemt toe: de patiënt naar een opvang brengen gebeurt meestal laat, en alleen als het niet echt anders kan. Als het eerder naar een zorgvoorziening verhuizen gebeurt uit eigen keuze, dan is dat een welvaartsverbetering. Dit heeft een aantal effecten:
 - Geluk: betere opvang voor een naaste.
 - De tijd die een mantelzorger aan zorg kwijt is daalt: deze zorg wordt nu immers door de instelling gegeven. Dit scheelt tijd. Gemiddeld geeft een mantelzorger van een dementie patiënt 20 uur mantelzorg per week. Merk daarbij wel op dat vlak voor een opname in een intramurale instelling de behoefte aan mantelzorg maximaal zal zijn, en dus waarschijnlijk boven de 20 uur per week zit.

Hoe groot het effect van extra zorgvraag is, is lastig in te schatten. De capaciteit is gebaseerd op de door het zorgkantoor ingeschatte vraag (28 appartementen voor beide complexen). De vraag lijkt onder andere door sterke vergrijzing groter te zijn dan verwacht. Dus of er ruimte is voor mensen die zich eerder melden is de vraag? Hier is de schatting voor de extra vraag door kleinschaligere woongroepen met grote appartement in de eigen kern gemiddeld 3 extra personen is. Dit is ongeveer gelijk aan een gemiddelde verblijfsduur van een jaar waarbij door grotere opnamebereidheid iedere nieuwe bewoner gemiddeld een maand eerder wordt opgenomen.

Echter bij mensen die op de wachtlijst voor opname in een instelling staan treedt een *zorgval* op. Omdat ze op de wachtlijst voor een opname staan wordt de zorg uit de Wlz gefinancierd. Daarvoor kregen ze huishoudelijke hulp en dagbesteding vanuit de Wmo 2015 en casemanagement vanuit de Zvw. Althans, in de meeste gevallen maar er zijn in zorgfinancieringsland ook constructies waarin de thuishulp wordt gefinancierd uit de WLZ. In onderstaande kwantificatie gaan we er echter van uit dat er over het algemeen een kostenverschuiving kan optreden van gemeente naar rijk.

De Wlz gaat uit van een vast bedrag per persoon. Hierdoor kunnen ze er tot 5 uur zorg er week op achteruitgaan.⁴⁷ Weil van zorgorganisatie Amsta geeft aan dat 24 uren zorg geclusterd moet zijn, dus intramuraal, omdat het anders veel te duur is.⁴⁸

Extra kosten intramurale zorg: per extra opgevangen persoon is de gemiddelde ZZP 5 vergoeding in Nederland € 65.000 Dit is hier aangehouden als extra kosten per persoon die eerder intramuraal wordt opgevangen. Bij drie extra opgenomen personen per jaar zijn de extra Wlz kosten € 195.000 per jaar.

Besparing kosten thuiszorg: Personen die langer thuis wonen met ZZP 5 indicatie kunnen daarbij gebruik maken van thuiszorg, het budget hiervoor per persoon is € 49.553⁴⁹. We gaan ervan uit dat dit maximaal wordt benut. Wederom bij drie extra opgenomen personen per jaar is de besparing op WMO kosten € 148.659.

Wong et al. (2018)⁵⁰ hebben onderzocht wat met de zorgkosten gebeurd voor de groep ouderen die een verpleeghuiszorgindicatie aanvragen en dat niet of wel krijgen afhankelijk van welke indicatiesteller ze treffen. Ze vinden dat het voor deze groep niet uitmaakt of er thuiszorg komt of verpleeghuiszorg. Thuiszorg is weliswaar goedkoper dan verpleeghuiszorg,

⁴⁷ Nivel (2018). Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg. Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg, p. 44: “De zorgval verwijst naar het fenomeen dat mensen met dementie die op een wachtlijst staan voor een verpleeghuis, minder zorg dan daarvoor krijgen. Die mensen hadden vaak eerst huishoudelijke hulp en dagbesteding vanuit de Wmo 2015 en casemanagement vanuit de Zvw gekregen. Wanneer thuis wonen niet meer gaat, krijgen zij van het CIZ een indicatie voor 24-uurs verblijfszorg. Als iemand eenmaal een dergelijke indicatie heeft, wordt zorg gefinancierd vanuit de Wlz, ook als die persoon nog op de wachtlijst voor een opname staat. De Wlz gaat uit van een vast budget per persoon. Daardoor krijgen mensen die op de wachtlijst staan soms minder zorg dan ze eerst kregen, terwijl de behoefte aan zorg in de periode van de overgang van thuis naar het verpleeghuis juist meestal groter en dringender is dan voorheen. Dit fenomeen wordt de zorgval genoemd. In een enquête van het tv-programma De Monitor onder 360 casemanagers dementie, gaf ruim 68 procent aan dat de overgang naar de verpleeghuiszorg problematisch verliep. Volgens die enquête moeten mensen gemiddeld vijf uur zorg per week inleveren als ze onder de Wlz vallen en moeten zij soms ook stoppen met casemanagement (Trouw, 9 december 2017).”

⁴⁸ Zie het verslag van de Dag van het Zorgvastgoed. Wonen en zorg scheiden slechts beperkt mogelijk Door Kees Hagendijk. <https://www.gebiedsontwikkeling.nu/artikelen/wonen-en-zorg-scheiden-slechts-beperkt-mogelijk/>

⁴⁹ Tarieventabel 2018 PGB-Wlz | Zorginstituut Nederland | november 2017.

⁵⁰ Albert Wong, Pieter Bakx, Bram Wouterse, Eddy Van Doorslaer (juli 2018) Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg. ESB

maar dit gaat gepaard met hogere zorgkosten elders, zoals in het ziekenhuis waar mensen die niet voor het verpleeghuis in aanmerking komen door wie ze treffen als indicatiesteller, vaker terecht komen. Hier kijken we naar een vergelijkbare groep mensen, namelijk komt wel in aanmerking voor intramurale instelling maar vraagt wel of niet aan vanwege de kwaliteit of locatie van de instelling. Daarom denken we dat de er niet echt sprake is van extra kosten door een verschuiving van WMO naar WLZ, maar dat er elders nog kosten zitten. Per persoon gaat het om € 15.447 (€ 65.000 - € 49.553), bij drie eerder opgenomen personen dus € 46.341 per jaar.

Dit rekenen we aan de overheid toe. We nemen daarom aan dat er geen extra kosten of besparing is door eerdere opname, het netto effect is waarschijnlijk nul. Tegelijkertijd is dit nooit precies hard te maken, zoals Wong et al. ook al aangeven, is hun conclusie deels gebaseerd op een oudere populatie in de zorg (2009-2013), daarna zijn er nog een aantal grote wijzigingen en bezuinigingen en extra uitgaven geweest waardoor het plaatsje weer verandert kan zijn. Duidelijk is wel dat de verschuiving tussen budgetten veel groter is dan het netto effect.

Kwaliteit voor de bewoners

Eerder naar een goede lokale voorziening gaan dan later naar een verafgelegen minder goede voorziening is een verbetering van het leven van iemand met dementie. Immers deze keuze wordt of uit vrije wil gemaakt, of door een liefhebbende mantelzorger die het beste voor zijn geliefde wil, of door een overbelaste mantelzorger. In alle gevallen lijkt het aannemelijk dat een nieuwe bewoner er op vooruit gaat. Hoeveel is lastig in te schatten, hier ontbreekt ook literatuur over. Aangenomen is dat de verbetering van leven even groot is voor eerder opgenomen bewoners als voor bewoners die er al wonen. De effecten van grotere appartement, lokale zorg en kleinere groepen zijn dus als eerder beschreven.

Kwaliteit voor de mantelzorger

De schatting van het aantal mantelzorgers per persoon met dementie is lastig: Alzheimer Nederland^{51, 52} geeft een totaal aantal mantelzorgers, waarbij onduidelijk is voor hoeveel van de mensen met dementie ze zorgen: alle mensen met alzheimer (270.000), de gediagnosticeerden (170.000) de thuiswonende gediagnosticeerden (100.000). De mantelzorgers geven gemiddeld 20 uur mantelzorg gedurende 5 dagen. De helft van de mantelzorgers combineert deze mantelzorg met een baan en/of de zorg voor kinderen. Afhankelijk van de schatting van het aantal alzheimer patiënten waarvoor wordt gezorgd is het aantal mantelzorgers 1 tot 3. We gaan hier uit van 1,75 mantelzorgers per persoon.

⁵¹ Alzheimer Nederland (2017) Cijfers en feiten over dementie. Factsheet | datum: 11-07-2017 | www.alzheimer-nederland.nl

⁵² Voor een inschatting van het aantal alzheimerpatiënten zie tevens: Nivel (2018). Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg. Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg, p18

Voor een beschrijving van de belasting van mantelzorgers voor mensen met dementie, zie NIVEL 2018. Hier is tevens aandacht voor het effect van de mantelzorg op werk (meestal niet minder werken, wel vaker langdurig verzuim), participatie en sociale relaties.⁵³

Ruim de helft (54%) van de mantelzorgers van mensen met dementie is zwaar belast. Vier procent van deze mensen is zelfs overbelast. Als de mantelzorger de ondersteuning van iemand met dementie niet meer aankan, is dat een belangrijke reden voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.⁵⁴ De indicatiestelling van verzorgingstehuizen hangt onder andere af van of er familie in de buurt woont.⁵⁵

In de kostenhandleiding wordt aanbevolen om informele zorg te waarderen op basis van de vervangingskosten voor huishoudelijke zorg. Deze wordt gelijkgesteld aan een standaarduurtarief zoals gebruikt door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Dit standaard uurtarief bedroeg € 14,00 in 2014.⁵⁶ De Handleiding MKBA in het Sociaal Domein (SEO, 2016) raadt juist aan om uit te gaan van het netto minimumloon: een mantelzorger zou nog (of meer) kunnen werken maar kiest ervoor dat niet te doen. Het netto minimumloon is €9,11 per uur voor mensen van 22 jaar en ouder⁵⁷. Bij een marginale belastingheffing van 50 procent⁵⁸ is het netto uurloon van iemand die zou kunnen gaan werken maar in plaats daarvan mantelzorgt, €4,50. Het gemiddeld uurloon in Nederland is €22, met een marginale belastingheffing van 50 procent blijft dan een netto uurloon over van €11. Tegelijk geeft de Handleiding MKBA in het Sociale Domein ook aan dat het netto uurloon een imperfecte maat is: het geven van mantelzorg geeft ook nut, je kiest er zelf voor. Tegelijkertijd ligt er bij die keuze ook flinke druk op om de mantelzorg te leveren. Dit nut schatten is lastig, gezien dat mantelzorgers vaak overbelast zijn als hun naaste wordt opgenomen in een woonzorgcomplex is schatten we deze baat niet zo hoog in. Daarom rekenen we met €10 per uur als netto kosten van mantelzorg voor de mantelzorgers voor mensen die iets eerder worden opgenomen omdat het complex zo goed is.

De tabel hieronder geeft de berekening van de waarde voor de mantelzorger weer per jaar. Hierbij is aangenomen dat het aantal uren mantelzorg in de nieuwe situatie daalt met 6 uur per week (van 20 naar 14).

⁵³ Nivel (2018). Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg. Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg, p. 56, 59.

⁵⁴ Alzheimer Nederland (2017) Cijfers en feiten over dementie. Factsheet | datum: 11-07-2017 | www.alzheimer-nederland.nl

⁵⁵ Heleen Boex (2016) 'We wonen te ver om ma te helpen met aankleden' 26-01-16, Algemeen Dagblad.

⁵⁶ Institute for Medical Technology Assessment. Erasmus Universiteit Rotterdam (2015) Van goede zorg verzekerd. Bijlage 1. Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Auteurs: Leona Hakkaart-van Roijen, Naomi van der Linden, Clazien Bouwmans, Tim Kanters, Siok Swan Tan

⁵⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/minimumloon/bedragen-minimumloon/bedragen-minimumloon-2018>,

⁵⁸ Koot Vlekke (2018) Marginale belastingdruk niet altijd lager door regeerakkoord. ESB.

tabel 3 Waarde tijdsbesparing mantelzorgers door eerdere opname

aantal bewoners	3
aantal mantelzorgers per bewoner	1,75
aantal mantelzorgers	5,25
uren per week oud	20
uren per week nieuw	14
tijdsbesparing per jaar (uren)	1638
Uurtarief (€/uur)	10
totale besparing mantelzorgers (€ per jaar)	16.380

4.8 Reistijds winst mantelzorger

Een verzorgingsvoorziening dichtbij heeft ook het voordeel dat het deel van de mantelzorgers dat dichtbij woont minder ver hoeft te reizen ten opzichte van een verzorgingsvoorziening ver. Omdat een deel van de mantelzorgers partner zijn van de patiënt, en een deel buren of familie (inclusief kinderen) en het twee sterk geconcentreerde gemeenschappen zijn, is het waarschijnlijk een voordeel voor veel mantelzorgers. Dit scheelt tijd en geld (reiskosten).

De reistijds waarde is berekend door de waarde van het Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid (KIM)⁵⁹ te nemen voor autoverkeer, overige motieven (€7,50 in 2010), en deze te corrigeren voor inflatie (HCIP van het CBS)⁶⁰. Voor extra reizen is de baat conform de rule of half berekend.⁶¹

Het aantal bezoeken van mantelzorgers inschatten is lastig. Het weinig dat erover geschreven is, is dat de eerste contactpersoon van iemand met dementie in een woonvoorziening (dit kan een partner, kind maar ook anders zoals een vriend of kennis zijn) gemiddeld drie maal per week op bezoek komt waarbij een gemiddeld bezoek ongeveer twee uur duurt. In totaal 5.3 uur per week.⁶² Dit is het totaal van diegene die het dichtste bij staat, bij meer familieleden en vrienden loopt het totaal aantal uur en aantal bezoeken op. Merk op dat dit fors minder is dan de 20 uur die een mantelzorger voor iemand met dementie zorgt volgens Alzheimer Nederland.⁶³

Als de zorg op grotere afstand zit van de oorspronkelijke woonsituatie is het voor veel mantelzorgers en familie op leeftijd vaak moeilijk om te komen. Zelf komen kan dan vaak niet terwijl er dan afhankelijkheid van vervoer van anderen is. Dit kost meer, is lastiger en is minder prettig.

Als uitgangspunt nemen dat in de situatie met een Hart van complex mantelzorgers 4 van de 7 dagen komen, terwijl als ze verder moeten reizen ze 2 van de 7 dagen komen. In deze

⁵⁹ Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid | KiM (2013) De maatschappelijke waarde van kortere en betrouwbaardere reistijden. Ministerie van infrastructuur en milieu

⁶⁰ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83133NED/table?ts=1527583221661>

⁶¹ Romijn en Renes (2013)

⁶² Trimbos (2018) Informele zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, p. 25

⁶³ Alzheimer Nederland (2017) Cijfers en feiten over dementie. Factsheet | datum: 11-07-2017 | www.alzheimer-nederland.nl

schatting is rekening gehouden met het feit dat avondbezoek lastig is, omdat veel bewoners vroeg gaan slapen.

In tabel 4 hieronder is de schatting weergegeven voor het berekenen van reistijdsvoordeel en reiskostenbesparing. Hierbij is uitgegaan van 10 minuten enkele reis over 8 kilometer. Dit lijkt een beetje de minimale afstand en tijd te zijn tussen de hart van voorzieningen en de alternatieven in Brielle en Nisselande.

tabel 4 Berekening reiskosten en reistijdsvoordeel van een lokale zware zorg voorziening

	Blijvende vraag	Extra vraag	totaal jaarlijkse baat
reistijd			
Aantal bewoners	25	3	
Aantal mantelzorgers / bezoekers veraf verzorgingshuis per persoon per dag	0,29	0,29	
Aantal bezoekers / mantelzorgers bij lokaal verzorgingshuis per persoon per dag	0,57	0,57	
reistijds winst (enkele reis)	0,17	0,17	
van enkele reis naar retour	2,00	2,00	
Waarde tijd (€/uur)	8,34	8,34	
aantal dagen per jaar	365,00	365,00	
rule of half	0,50	0,50	
totaal reistijdsvoordeel	10.868	869	11.738
reiskosten			
kilometers enkele reis	8	8	
kosten €/ km	0,19	0,19	
totaal reiskostenvoordeel	11.889	1.427	13.315

Het reistijd- en reiskostenvoordeel van lokale zorg is daarmee € 25.053 per jaar.

5 Resultaten, gevoeligheidsanalyse en conclusie

Dit hoofdstuk presenteert de belangrijkste uitkomsten. Eerst wordt het overzicht van alle effecten gegeven (steeds het verschil tussen het nul-alternatief en het projectalternatief). De gevoeligheid van de uitkomst voor aannames wordt besproken, gevolgd door de conclusies.

5.1 Resultaten

Tabel 5 geeft de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek weer. Ieder getal is het verschil tussen nul- en projectalternatief gedurende de looptijd (50 jaar), waarbij toekomstige bedragen naar nu zijn omgerekend (verdisconteerd) met de gebruikelijke discontovoet van 3 procent. Hieronder bespreken we de belangrijkste inzichten uit deze tabel. In de volgende paragraaf worden voor de belangrijkste elementen een gevoeligheidsanalyse gedaan (ook voor de discontovoet en de looptijd).

Effecten zijn uitgesplitst naar welke partij ermee te maken heeft (zoals de wooncorporatie, de zorgverlener, gemeente en bewoners). Hierdoor zijn de verdelingseffecten goed inzichtelijk te maken. De laatste kolom bevat het totaal van een effect. De onderste rij bevat het totaal per partij en het totaal voor de maatschappij als geheel.

Sommige effecten hebben een hoge en een lage waarde (gescheiden door '/'), dit komt door de hoge en lage waarde van een qaly (Quality adjusted life year) die in de handleiding MKBA in het sociale domein worden voorgeschreven.

De belangrijkste bevindingen zijn:

- Het maatschappelijk saldo is positief (zowel voor de lage als de hoge schatting). Dat wil zeggen dat maatschappelijke baten groter zijn dan de maatschappelijke kosten. De keuze om de hart van complexen te bouwen zoals ze gebouwd zijn heeft de welvaart vergroot.
- Het saldo is echter niet gelijk over de partijen verdeeld. Sommige partijen gaan erop vooruit (hebben meer baat dan kosten), zoals de gemeente, bewoners, mantelzorgers en buurtbewoners. Terwijl andere partijen zoals het rijk en de zorgverlener per saldo meer kosten dan baten hebben. Dit zijn bij uitstek twee partijen die cruciaal zijn om dergelijke complexen te realiseren. Deze verdeling is van belang om het positieve maatschappelijke saldo te kunnen realiseren.
- De extra investeringen zijn verwaarloosbaar. De keuzes binnen het budget lijken belangrijker te zijn.
- De grootste kostenpost is de lagere zorg efficiëntie door de kleinere groepen en de kleinere vestiging.
- Bewoners gaan er veel op vooruit, doordat hun levenskwaliteit toeneemt. Mantelzorgers gaan er nog meer op vooruit. Deels is dat immateriële welvaart doordat het voor de naaste beter is en deels is dat reiskosten winst en tijdswinst bij eerder opname.
- Als een nieuwe lokale vestiging voor meer vraag zorgt (wat niet zeker is), dan nemen de kosten van de zorg waarschijnlijk niet toe. De verdeling van de kosten verandert wel waarbij de gemeente een voordeel heeft en het rijk een nadeel.

- Buurtbewoners profiteren flink van het vooruitzicht om in de eigen omgeving te kunnen blijven als zware zorg nodig blijkt. Het bedrag per persoon is relatief gering, maar het aantal mensen waar het voor geldt is groot (waarbij alleen naar de ouderen is gekeken die waarschijnlijk kwetsbaar zijn).

tabel 5 Tabel MKBA Hart van complex (Bedragen maal 1000 €)

	corporatie	Zorginstelling	gemeente	bewoner	Mantelzorger	Rijk	overige (dorpsbewoners)	Totaal
Extra Investeringskosten	-	-	-	-	-	-	-	-
Huur	-	-	-	-	-	-	-	-
Vermeden risico kleine appartementen	115	-	-	-	-	-	-	115
Exploitatiebesparing	-	-	-	-	-	-	-	-
Extra schoonmaakkosten door grote appartementen	-	-	-	-	-	-	-	-
Extra zorgkosten door kleine groepen	-	-1.088	-	-	-	-	-	-1.088
Extra zorgkosten door kleine vestiging	-	-1.048	-	-	-	-	-	-1.048
Reistijdswinst mantelzorgers door lokale zorg	-	-	-	-	311	-	-	311
Reiskostenvoordeel mantelzorgers door lokale zorg	-	-	-	-	353	-	-	353
Waarde levensgeluk bewoner (grootte, kleinschaligheid en lokaal)	-	-	-	297/594	-	-	-	297/594
Waarde levensgeluk mantelzorger (grootte, kleinschaligheid en lokaal)	-	-	-	-	111/223	-	-	111/223
Waarde tijdsbesparing/extra inzet mantelzorgers	-	-	-	-	434	-	-	434
Besparing WMO kosten	-	-	3.940	-	-	-	-	3.940
Extra WLZ kosten	-	-	-	-	-	-5.168	-	-5.168
Extra kosten overige zorg	-	-	-	-	-	1.228	-	1.228
Waarde lokale zorg voor de buurt	-	-	-	-	-	-	628/1.256	628/1.256
Vermeden kosten zorg (later een ZPP7 indicatie)	-	-	-	-	-	182	-	182
Extra werkplezier verpleegkundigen	-	-	-	-	-	-	224	224
Totaal	115	-2.136	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1.480	519/1.556

5.2 Gevoeligheidsanalyse

De uitkomst van de MKBA zoals in de vorige paragraaf gepresenteerd is, hangt van een aantal aannames af. Hierin is onmogelijk totale zekerheid te krijgen over de precieze waarde, daarom geeft tabel 6 de gevoeligheidsanalyse weer. Hierin is voor de variabelen/effecten die het meeste invloed op de uitkomst hebben gekeken wat het effect op de uitkomst is als de aanname of het effect verandert.

De tabel bevat per rij de totalen per actor. De eerste rij is het totaal van de basisberekening en komt overeen met de laatste regel van tabel 5.

De belangrijkste bevindingen is dat het saldo, zeker de hoge schatting met de hoge qaly waarde (de laatste kolom), weinig van teken verandert en de uitkomst dus robuust lijkt.

In meer detail (en in volgorde van de tabel):

- Een kortere tijdshorizon verlaagt bijna alle kosten en baten in gelijke mate (de meeste kosten en baten komen ieder jaar in gelijke mate terug) en een andere tijdshorizon leidt dan ook niet tot een andere conclusie.
- Een hogere discontovoet verandert wel de hoogte van de huidige waarde maar niet de conclusies.
- Als de Hart van complexen extra bouwkosten hebben veroorzaakt en dit maar deels gecompenseerd kan worden via het zorgbudget verslechtert de uitkomst voor de zorgverlener en het totaal. Als 50% van de extra kosten niet via het zorgbudget gecompenseerd kunnen worden dan wordt het maatschappelijk saldo negatief.
- Zonder extra zorgvraag (3 van de 28 plekken in de basisberekening) veranderen twee dingen. De kostenverschuiving van de gemeente naar het rijk verdwijnt en de mantelzorgers worden minder ontlast (er komt daar minder tijd vrij).
- Een dubbel zo grote extra zorgvraag werkt precies andersom.
- Lagere kosten voor de zorgverlener voor de kleine groepen of kleine vestiging maakt het concept aantrekkelijker. Pas als deze kosten helemaal verdwijnen (of gecompenseerd zouden worden) is het voor de zorgverlener financieel aantrekkelijk.
- Als de zorgkosten voor de kleine vestiging of kleine groepen twee maal zo groot zijn als geschat, wordt het maatschappelijk saldo in de lage schatting negatief. Als deze zorgkosten beide dubbel zo groot zijn als geschat dan is het maatschappelijk saldo negatief in de hoge schatting.
- Een grote vestiging is aantrekkelijker dan een kleine, waarbij wel de aanname is dat deze voor de lokale markt is. Dus eigenlijk is de vergelijking dat een groot verzorgingstehuis aantrekkelijker is dan twee kleine in dezelfde kern.
- Als er kleine appartementen worden gebouwd, is het saldo lager: bewoners en mantelzorgers gaan erop achteruit. Tevens is de extra vraag kleiner waardoor de verschuiving van kosten van de gemeente naar het rijk kleiner is.
- Als de vestiging niet lokaal is dan gaan bewoners en mantelzorgers erop achteruit (meer reistijd, minder contact), de buurt weet dat ze mogelijk minder goed oud kunnen worden in de eigen kern. En de extra zorgvraag wordt kleiner met gevolg voor de kostenverschuiving van gemeente naar het rijk.
- Als er grotere groepen worden gemaakt dan gaan bewoners en mantelzorgers erop achteruit maar de zorgkosten dalen harder, waardoor het maatschappelijk saldo verbetert.
- Als alle kenmerken van het huidige gebouw (kleine groepen, lokaal gebouwd, grote appartementen, kleine vestiging) ontbreken, dan is sprake van bouw zoals in het nulalternatief en zijn alle kosten en baten nul.
- Een lagere of hogere waarde voor het levensgeluk van bewoners en mantelzorgers verandert wel de hoogte van de schattingen maar niet de tekens.
- Hetzelfde geldt voor een hogere of lagere schatting voor de waarde van een lokale vestiging voor de buurt.

tabel 6 Tabel gevoeligheidsanalyse (Bedragen maal 1000 €)

	Wooncor- poratie	Zorgin- stelling	gemeente	bewoner	Mantelzor- ger	Rijk	overige (dorpsbe- woners)	Totaal
Basis	115	-2.136	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	519/1.556
30 jaar looptijd	115	-1.660	3.062	231/461	940/1.027	-2.921	662/1150	429/1.235
15 jaar looptijd	115	-1.043	1.923	145/290	590/645	-1.834	416/723	312/818
4,5 % discontovoet	115	-1.664	3.070	231/463	942/1.029	-2.928	664/1153	430/1.238
Extra bouwkosten (27,5%) die voor 80% gecompenserd wordt via het zorgbudget	83	-2.438	3.857	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	103/1.139
Extra bouwkosten (27,5%) die voor 50% gecompenserd wordt via het zorgbudget	83	-2.892	3.857	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	-351/685
Geen extra zorgvraag	115	-2.136	0	297/594	787/898	182	852/1480	97/1.133
Extra zorgvraag dubbel zo groot (6 ipv 3)	115	-2.136	7.879	297/594	1.632/1.743	-7.697	852/1480	942/1.978
Extra zorgkosten kleine vestiging half zo groot	115	-1.612	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	1.043/2.079
Extra zorgkosten kleine vestiging nul	115	-1.088	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	1.567/2.603
Extra zorgkosten kleine vestiging dubbel zo groot	115	-3.184	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	-528/508
Extra zorgkosten kleine groepen half zo groot	115	-1.592	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	1.063/2.100
Extra zorgkosten kleine groepen nul	115	-1.048	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	1.608/2.644
Extra zorgkosten kleine groepen dubbel zo groot	115	-3.224	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	-569/467
Extra zorgkosten kleine vestiging en kleine groepen nul	115	0	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	2.655/3.691
Extra zorgkosten (kleine vestiging en kleine groepen) dubbel zo groot	115	-4.272	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	-1.617/ -580
Geen kleine vestiging	115	-1.088	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	852/1480	1.567/2.603
Geen grote appartementen	0	-2.136	2.626	148/297	1.031/1.106	-2.535	740/1368	-125/726
Niet lokaal gebouwd	115	-2.136	2.626	223/445	364/438	-2.490	168/168	-1.130/-833
Geen kleine groepen	115	-1.048	2.626	148/297	1.031/1.106	-2.535	740/1368	1.078/1.929
Grote vestiging, grote groepen, niet lokaal, kleine appartementen (het 'nulalternatief')	0	0	0	0	0	0	0	0
Waarde levensgeluk bewoners, mantelzorgers half zo groot	115	-2.136	3.940	148/297	1.154/1.209	-3.758	852/1480	315/1.147
Waarde levensgeluk bewoners, mantelzorgers dubbel zo groot	115	-2.136	3.940	594/1.187	1.321/1.543	-3.758	852/1480	927/2.372
Waarde buurt half zo hoog	115	-2.136	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	538/852	205/927
Waarde buurt dubbel zo hoog	115	-2.136	3.940	297/594	1.209/1.321	-3.758	1480/2736	1.147/2.812

5.3 Conclusie

De belangrijkste conclusie is dat de maatschappelijke baten van de Hart van complexen de maatschappelijke kosten overtreffen. Er is een positief maatschappelijk saldo en de complexen vergroten de welvaart. Dat wil niet zeggen dat iedereen profiteert, het lijkt nu de zorgverlener te zijn die door hogere kosten voor de kosten van het concept opdraait, terwijl andere partijen (bewoners, mantelzorgers, de buurt) profiteren. Ook is er als er extra vraag naar opname is een verschuiving van kosten van de gemeente naar het rijk.

Deze conclusie is gebaseerd op schattingen en veronderstellingen. Die wil je als onderzoeker altijd meer en beter onderbouwen dan binnen de kaders mogelijk is. Dit geldt zeker voor de grote effecten als de extra kosten in de zorg door kleine groepen en kleine vestigingen. Maar ook voor de schattingen van de het extra levensgeluk. Het eerste zal makkelijker zijn dan het tweede. Tegelijkertijd is de conclusie in de gevoeligheidsanalyse behoorlijk robuust gebleken voor verandering in aannames en schattingen.

Wat niet in de cijfers zit, zijn niet in geld gewaardeerde effecten, zoals ethische effecten. Het effect wat hier genoemd werd is dat het nu bij zware zorg zo is dat moet ouderen heel vaak de vertrouwde omgeving uit moeten. Dat zou niet moeten in een goede samenleving. Dit effect is niet waardeerbaar (en zit dus niet in bovenstaande cijfers), maar kan uiteraard wel een effect in de afweging spelen. Merk op dat het effect hier dezelfde kant op wijst als de uitkomst van de MKBA.