



Sociaal en Cultureel Planbureau

Wonen met zorg

Verkenning van particuliere
woonzorg voor ouderen



Wonen met zorg

Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen

Inger Plaisier en Maaïke den Draak

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2019

SCP-publicatie 2019-11

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Vertaling samenvatting: AVB-vertalingen, Amstelveen

Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag

Foto omslag: Jaco Klamer | Hollandse Hoogte

ISBN 978 90 377 0919 3

NUR 740

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

SCP-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via DANS www.dans.knaw.nl.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting en beschouwing	5
1 Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen	16
1.1 Inleiding	16
1.2 Doel verkenning en vragen	19
1.3 Werkwijze	19
1.4 Opzet van de rapportage	21
Noten	22
2 Particuliere woonzorg voor ouderen in Nederland	23
2.1 Schets van de particuliere woonzorg voor ouderen	23
2.2 Waarin onderscheiden ‘particuliere’ en ‘reguliere’ woonzorg zich van elkaar?	28
2.3 Samenvatting	37
Noten	38
3 De praktijk van particuliere woonzorg voor ouderen	39
3.1 Ondernemers van particuliere woonzorg voor ouderen	39
3.2 Bewoners van particuliere woonzorgcentra	48
3.3 Knelpunten in de praktijk van particuliere woonzorg voor ouderen	57
3.4 Samenvatting	63
Noten	65
4 Kwesties en vraagstukken rond particuliere ouderenwoonzorg	66
4.1 Kwaliteit van zorg	66
4.2 Mogelijke meerwaarde van particuliere woonzorg voor ouderen	69
4.3 Mogelijke risico’s van de ontwikkelingen in particulier woonzorgaanbod voor ouderen	73
4.4 Vraagstukken	78
4.5 Samenvatting	82
Noten	82
Summary and discussion	83
Literatuur	94
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	98

Voorwoord

Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft een lange traditie in het doen van onderzoek naar zorggebruik bij ouderen. Daarin gaat het vooral over de reguliere zorg. Aandacht voor particuliere zorg was beperkt. We weten tot nu toe weinig over dat terrein, terwijl mensen meer dan voorheen worden gestimuleerd om eigen middelen in te zetten als zij zorg en ondersteuning nodig hebben. Signalen dat de particuliere zorgsector groeit en een wezenlijk deel van het zorgaanbod begint te vormen, waren dan ook aanleiding om deze verkenning van particuliere zorg uit te voeren. De keuze om ons daarbij te beperken tot particulier woonzorgaanbod voor ouderen was voor een deel pragmatisch: het is een sector die vrij goed in beeld te krijgen is door bijvoorbeeld zijn locaties (woonzorgvilla's) en het bestaan van brancheverenigingen. Daarnaast lijkt de particuliere woonzorg voor ouderen illustratief voor enkele vraagstukken die van maatschappelijk belang zijn: hoe richten we het zorgstelsel in en wat verstaan we onder goede ouderenzorg? In hoeverre ontwikkelen zich door de groei van particulier woonzorgaanbod scheidslijnen naar sociaal-economische status van ouderen, in kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg? En leidt de ontwikkeling in particuliere zorg tot kwesties die om nader onderzoek vragen en opgepakt kunnen worden door kennisinstituten?

Voor deze verkenning is gesproken met mensen die in de praktijk met particuliere woonzorg te maken hebben, zoals medewerkers van toezichthoudende instanties, brancheverenigingen en enkele particuliere woonzorgaanbieders. Ik dank hen hartelijk voor hun bereidwillige medewerking aan het onderzoek en de informatieve gesprekken die zij met de onderzoekers voerden. Ook bedank ik prof. dr. Martin Boekholdt en drs. Annelies Versteegden MBA voor hun constructieve adviezen bij het schrijven van het rapport.

Kim Putters,
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting en beschouwing

S.1 Doel en werkwijze van de verkenning

In de particuliere woonzorg wonen welgestelde ouderen met een zorgvraag die niet langer zelfstandig willen of kunnen wonen tussen gelijkgestemden in welgelegen villa's, waar zij luxe maaltijden nuttigen, klassieke concerten bijwonen en 24/7 zorg tot hun beschikking hebben. Dat is het stereotype beeld van deze sector.¹ Maar is dit ook de werkelijkheid? En is het waar dat het particuliere woonzorgaanbod groeit nu het aantal bemiddelde ouderen toeneemt en het beleid eigen verantwoordelijkheid en marktwerking in de zorg stimuleert? Over de particuliere woonzorg in Nederland is nog weinig uit wetenschappelijke literatuur bekend, terwijl het raakt aan maatschappelijke vraagstukken zoals de inrichting van ons zorgstelsel en scheidslijnen in de samenleving. In deze verkenning proberen we daarom meer zicht te krijgen op dit onderwerp: wat is particuliere woonzorg voor ouderen, wie zijn de ondernemers erachter en wie wonen er? Ook bekijken we waarin *particuliere* woonzorg zich onderscheidt van het *reguliere* woonzorgaanbod voor ouderen. En gaan we na wat mogelijke gevolgen zijn van de (verdere) ontwikkeling van het particuliere woonzorgaanbod. Het doel is niet om een uitpuittend beeld van de particuliere woonzorgsector te geven, maar wel beter zicht te bieden op wat deze sector behelst en welke vraagstukken er spelen.

Ten behoeve van de verkenning spraken we met in totaal negentien personen in twaalf interviews. We spraken met tien sleutelpersonen van organisaties die zicht hebben op de particuliere woonzorgsector: brancheorganisaties, toezichthoudende instanties (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en een zorgkantoor) en kenniscentra waar burgers en organisaties informatie kunnen krijgen. Daarnaast spraken we met negen ondernemers en (locatie- of zorg)managers van vijf particuliere woonzorgorganisaties die langdurige zorg bieden aan ouderen en bezochten we in totaal vijf van hun locaties. Deze organisaties (sleutelorganisaties en particuliere woonzorgorganisaties) kwamen we op het spoor via internet, publicaties en de sleutelpersonen. Bij de keuze voor de te interviewen personen streefden we naar diversiteit van invalshoeken (ondernemers, toezichthouder, belangenvereniging) en kenmerken (grootschalig, kleinschalig). De particuliere woonzorgorganisaties die meededen aan het onderzoek bieden alle zorg die binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt geboden. Dit betekent dat we dus geen beeld kunnen geven van woonzorgvormen waar geen of alleen lichte zorg wordt geboden. Ook spraken we niet met bewoners zelf, omdat we met deze verkenning eerst een beeld van het veld wilden krijgen. Het beeld van bewoners baseren we op wat sleutelpersonen, ondernemers en (locatie- of zorg)managers vertelden en op onze indrukken op de locaties. Bij de geïnterviewde personen ligt de nadruk op sleutelpersonen en ondernemers uit de particuliere sector. De verkenning biedt daarvoor geen zicht op hoe men in de reguliere sector aankijkt tegen de ontwikkeling van het particuliere woonzorgaanbod.

S.2 Welk beeld kan geschetst worden van het aanbod en het gebruik van particuliere woonzorg voor ouderen in Nederland?

Het beeld dat het in de particuliere woonzorg gaat om statige panden met chique diners voor de allerrijkste ouderen blijkt maar ten dele te kloppen. Het aanbod is meer divers en varieert van nieuwbouwpanden tot verbouwde schoolgebouwen en monumentale villa's. Meestal is sprake van kleinschalige locaties. Er is wel aanbod dat expliciet is bedoeld voor welgestelde ouderen, maar ondernemers richten zich ook op ouderen met een (hoog) middeninkomen en een enkeling richt zich eveneens op ouderen met een laag inkomen of alleen aow. De huur en de servicekosten kunnen oplopen tot wel 8500 euro per maand, maar er zijn ook ouderen die daarvoor slechts 500 euro betalen, al komt dit laatste nog weinig voor. Meestal liggen de kosten voor huur en services, zoals maaltijden, activiteiten en de infrastructuur voor het leveren van zorg (ongeacht of men die gebruikt) tussen 2000 en 3000 euro per maand. De kosten voor zorggebruik komen daarbovenop, en bewoners bekostigen deze vrijwel altijd uit publieke middelen (bv. een persoonsgebonden budget – pgb –, of een volledig of modulair pakket thuis – vpt of mpt).² Eventuele winst voor ondernemers, investeerders of beleggers komt uit het verhuren van het vastgoed en de geboden aanvullende services, niet uit de zorg die er wordt geleverd.

De sleutelpersonen en ondernemers bevestigen dat sprake is van een sterke groei van de particuliere woonzorgsector in Nederland, vooral in de afgelopen vijf jaar (zie hoofdstuk 2). Deze groei is in lijn met het overheidsbeleid, dat uitgaat van eigen kracht en verantwoordelijkheid (eerst zelf organiseren en betalen alvorens een beroep kan worden gedaan op publiek gefinancierde zorg en ondersteuning) en het idee dat mensen langer zelfstandig (willen) blijven wonen. Het beleid om wonen en zorg te scheiden, de sluiting van verzorgingshuizen, de mogelijkheid van het pgb, de verschuiving van aanbodgericht- naar meer vraaggestuurd denken en de toename van het aantal ouderen dat financieel meer te besteden heeft, hebben daaraan volgens de geïnterviewden bijgedragen. De precieze omvang van het huidige aanbod is onbekend, maar naar verwachting telt Nederland minimaal 300 particuliere woonzorglocaties voor ouderen, die naar schatting huisvesting bieden aan minimaal 5.400 ouderen (zie hoofdstuk 2). Dit betekent dat het aandeel ouderen dat hier wordt bediend nog erg klein is; in totaal wonen zo'n 108.000 65-plussers in een verzorgings- of verpleeghuis.³

De geïnterviewde personen geven aan dat op dit moment vooral ouderen met hogere middeninkomens van het aanbod gebruikmaken. Kinderen zouden daarbij vaak de doorslag geven: zij vinden langer thuis wonen van hun ouder niet langer verantwoord, maar hebben een negatief beeld van reguliere verpleeghuizen. Een particulier huis voelt 'goed'. Doorgaans hadden de ouderen op de locaties die voor deze verkenning werden bezocht al een redelijke zorgvraag toen zij hiernaartoe verhuisden – vaak een Wlz-indicatie. Aan de zorgzwaarte lijkt een ondergrens te zitten, maar ook een bovengrens.⁴ Bewoners met een hoge zorgzwaarte en complexe zorgvragen lijken meer op hun plek in reguliere verpleeg-

huizen, waar de expertise en de mogelijkheden om complexe zorg te bieden beter zijn gewaarborgd. Sommige particuliere organisaties richten zich op specifieke doelgroepen, zoals ouderen met dementie. Ook mensen die (nog) geen of slechts een lichte zorgbehoefte hebben, kunnen soms terecht in de particuliere woonzorghuizen, maar slechts een klein deel van de bewoners heeft geen zorgvraag. Het gaat dan vaak om echtparen, van wie één partner een zorgvraag heeft en de ander niet.

De initiatiefnemers van particuliere woonzorg zijn deels bevlogen zorgprofessionals en deels ondernemers uit het bedrijfsleven met een passie of (negatieve) ervaring met familieleden in een zorginstelling. Vaak willen zij laten zien dat het anders en ‘beter’ kan en willen zij meer nadruk leggen op wonen en welzijn. Er zijn ook ondernemers met vooral een winst oogmerk, wat niet betekent dat zij geen zorg van goede kwaliteit bieden – hun zorg moet evengoed aan wettelijke kwaliteitseisen voldoen.

Voor het rond krijgen van de financiering van een woonzorglocatie zijn voldoende inkomsten uit de huur en de services nodig. Om op rendabele wijze voldoende (24 uren)zorg te kunnen bieden, is een minimumaantal bewoners met een Wlz-indicatie nodig (rond twintig bewoners).⁵ Bij de start van een nieuwe zorgonderneming vragen ondernemers de bewoners vaak om de zorg bij hen in te kopen via het persoonsgebonden budget (pgb). Bij de geïnterviewde ondernemingen, die al een aantal jaar bestaan, lijkt echter sprake van een trend om over te stappen op vpt, waarvoor een contract met het zorgkantoor nodig is. Dit betekent voor bewoners mogelijk minder regie, maar ook minder administratieve lasten omdat zij niet langer zelf de zorgkosten bij het zorgkantoor hoeven te declareren – dat doet de ondernemer voortaan. Voor een ondernemer biedt een contract met het zorgkantoor erkenning en vaak meer financiële zekerheid. Het zorgkantoor kan op deze wijze bovendien meer toezicht op de organisatie houden.

5.3 Waarin onderscheidt particuliere woonzorg voor ouderen zich van reguliere woonzorg voor ouderen?

Hoewel vrijwel alle geïnterviewden de term ‘particuliere woonzorg’ herkennen en gebruiken, blijkt het moeilijk *particuliere* van *reguliere* woonzorg voor ouderen met een Wlz-zorgbehoefte te onderscheiden en te definiëren (hoofdstuk 2). Het scheiden van wonen en zorg lijkt wel een belangrijk kenmerk van particuliere woonzorg: cliënten betalen de huur van hun appartement en de kosten van bijbehorende services apart van de kosten voor zorg. Veel reguliere zorgorganisaties bieden inmiddels echter ook varianten aan die met pgb of vpt/mpt kunnen worden bekostigd en het scheiden van wonen en zorg is dan ook geen uniek kenmerk (meer) van de particuliere sector. Vrijwel altijd wordt de zorg in de particuliere woonzorgsector bekostigd vanuit publieke budgetten (meestal Wlz: pgb, vpt of mpt) en, zoals hiervoor genoemd, particuliere ondernemers lijken steeds vaker overeenkomsten met zorgkantoren aan te gaan. Het volledige pakket van Wlz-zorg met verblijf in natura, waaruit zowel de zorg als het verblijf en medische behandelingen worden bekostigd, is alleen mogelijk bij reguliere instellingen. De andere zorgcultuur met vernieuwende

uitgangspunten die de particuliere woonzorg zichzelf toedicht – kleinschalig, meer cliëntgericht en persoonlijker – is ook geen exclusief kenmerk (meer), want ook dit aanbod wordt door reguliere aanbieders (verder) ontwikkeld.

Kleinschalige particuliere woonzorg vraagt iets andere competenties van het personeel dan reguliere woonzorg: werknemers moeten zelfstandig kunnen werken en meer allround taken verrichten. Aan de kwaliteit van de zorg worden in beide sectoren dezelfde eisen gesteld, maar als zorg alleen wordt gefinancierd uit pgb's is minder toezicht mogelijk (hoofdstuk 4). Een verschil wat betreft de kwaliteit van zorg bestaat vooral voor hoog complexe zorgvragen: volgens enkele sleutelpersonen van toezichthoudende instanties schieten particuliere aanbieders daarin vooralsnog vaak tekort (hoofdstuk 3). Zorgkantoren sluiten contracten voor hoog complexe zorg daarom vooral met 'reguliere' aanbieders van traditionele verpleeghuiszorg. Particuliere zorgaanbieders geven vaak aan dat bewoners bij een hoog complexe zorgzwaarte en ernstige (gedrags)problematiek niet langer kunnen blijven.

Concluderend kunnen we stellen dat de ingeburgerde begrippen 'particuliere' en 'reguliere' woonzorg voor ouderen eigenlijk niet goed passen. De particuliere en de reguliere woonzorg zijn niet duidelijk van elkaar af te bakenen, overlappen elkaar deels en groeien naar elkaar toe. Daarbij merken we op dat het hier woonzorg betreft waar ouderen met een Wlz-indicatie terecht kunnen. De verkenning biedt geen zicht op een eventuele particuliere sector voor ouderen zonder zorgbehoefte.

5.4 Wat is de betekenis (positief en negatief) van particuliere ouderenwoonzorg voor bewoners, de zorgsector en de samenleving?

Respondenten zien meerwaarde van het particuliere woonzorgaanbod voor de ouderen zelf, de zorgsector en de samenleving, maar signaleren ook risico's en vraagstukken (hoofdstuk 4).

Voor bewoners

Volgens de sleutelpersonen en ondernemers hangt de meerwaarde voor bewoners van particulier woonzorgaanbod vooral samen met de kleinschaligheid, de cliëntgerichtheid en het vooropstellen van wonen en welzijn. Een meerwaarde is ook dat er meer keuzeruimte komt in het aanbod, dat daardoor beter kan aansluiten bij persoonlijke wensen van ouderen – bijvoorbeeld aanbod voor mensen met een bepaalde culturele achtergrond of de mogelijkheid echtgenoten bij elkaar te huisvesten, wat in reguliere tehuizen vaak niet mogelijk is.⁶

Er zijn echter ook grenzen aan wat particuliere, kleinschalige woonzorgaanbieders kunnen bieden. Van tevoren is niet te voorspellen hoe de gezondheid van de bewoners zich ontwikkelt, behalve dat de kans groot is dat de zorgbehoefte zal toenemen. Volgens de sleutel-

personen zijn ondernemers zich daarvan niet altijd bewust als zij een vestiging starten. Bovendien, zeggen medewerkers van toezichthoudende instanties, signaleren zij medische ontwikkelingen bij bewoners niet altijd voldoende omdat zij de deskundigheid daarvoor – het specialisme ouderengeneeskunde – meestal niet in huis hebben. Als de zorgbehoefte van een bewoner heel complex wordt en bijvoorbeeld om een gesloten setting vraagt of als specialistische medische zorg nodig is, kunnen particuliere aanbieders van kleinschalig wonen die meestal niet bieden. De daarvoor benodigde specialistische deskundigheid ontbreekt vaak, maar ook de huisvesting is niet altijd geschikt om hoog complexe zorg te bieden, vinden medewerkers van toezichthoudende instanties. Dan moeten bewoners alsnog verhuizen naar een regulier verpleeghuis. Enkele ondernemers vertelden dat zij hierover met nieuwe bewoners van tevoren afspraken maken. Verschillende sleutelpersonen zien het als onwenselijk dat ouderen opnieuw moeten verhuizen. De vraag wat kleinschalige particuliere zorgaanbieders nodig hebben om wel complexe zorg te kunnen bieden, werd als een uitdaging voor vervolgonderzoek benoemd.

Een ander knelpunt speelt bij echtparen: als na het overlijden van een van hen een partner zonder zorgindicatie overblijft, kan deze niet altijd in de woonzorgvoorziening blijven wonen. Daarnaast signaleerden enkele sleutelpersonen dat bij pgb-gefinancierde zorg de kwaliteit van de zorg risico kan lopen, omdat het zorgkantoor hierbij minder toezicht kan houden. Verder noemen medewerkers van toezichthoudende instanties het een risico dat het belang dat een bewoner hecht aan de woonomgeving zijn beoordelingsvermogen kan vertroebelen en dat hij daardoor mogelijk genoeg neemt met zorg van mindere kwaliteit.

Voor de zorgsector

Het particuliere aanbod met zijn vaak nieuwe zorginhoudelijke of organisatieconcepten heeft mogelijk een innovatief effect op reguliere zorgaanbieders, waardoor de sector in beweging raakt en bijvoorbeeld beter inspeelt op wensen van ouderen of goedkopere organisatievormen ontwikkelt. Respondenten ervaren als knelpunt dat de bewoners van particuliere woonzorgcentra voor medische vragen doorgaans zijn aangewezen op de huisarts, omdat zij worden beschouwd als ‘zelfstandig wonend’. Dit betekent dat huisartsen vaker met complexe zorgvragen te maken krijgen, en zich daardoor extra belast kunnen voelen. Om bewoners met complexe zorgvragen specialistische zorg te kunnen bieden, maken veel particuliere woonzorgaanbieders afspraken over consultatie van een specialist ouderengeneeskunde met reguliere zorgaanbieders waar dat specialisme wel aanwezig is. Er zou volgens enkele respondenten dan ook meer moeten worden nagedacht over de inbedding van particulier woonzorgaanbod in een regionale en lokale zorginfrastructuur waarbinnen zij ook gebruik kunnen maken van specialistische ouderenzorg en beter kunnen inspelen op de toenemende, vaak complexe zorgbehoeften van hun bewoners. Daarnaast is sprake van een vraagstuk wat betreft de (krapte op de) arbeidsmarkt in de zorg. Het particuliere aanbod heeft een aantrekkingskracht op een bepaald type zorgpersoneel (denk aan mensen met behoefte aan autonomie), wat mogelijk ten koste kan gaan van reguliere zorgaanbieders. Anderzijds kan een particuliere ondernemer met een

kleinschalige organisatie extra gevoelig zijn voor wisselingen in bewonersaantal en verloop in personeel. Eén bewoner minder betekent minder financieringsruimte voor de zorg, en doordat er minder dan in een grote instelling ruimte is om ‘te schuiven’ met personeel heeft een oningevulde vacature veel impact op de capaciteit. Sommigen particuliere ondernemers werken daarom graag met flexibel inzetbaar personeel, bijvoorbeeld zzp’ers. Het is de vraag of het aantal zzp’ers in de zorg daardoor toeneemt en of dat een wenselijke ontwikkeling is.

De ontwikkelingen in het aanbod van particulier woonzorg vragen voorts om meer sturing vanuit gemeenten en zorgkantoor als een particuliere woonzorgaanbieder zich ergens wil vestigen: hoe zit de markt in elkaar en wat betekent een eventuele vestiging voor andere aanbieders?

Voor de samenleving

Het is hier niet onderzocht⁷, maar mogelijk voorziet het particuliere woonzorgaanbod voor de samenleving in een behoefte, namelijk die van mensen met relatief lichte zorgvragen die nog niet in aanmerking (willen) komen voor een verpleeghuis, maar wel behoefte hebben aan een beschermde omgeving. Particuliere, kleinschalige woonzorg lijkt echter minder goed te realiseren voor ouderen met een kleine beurs, waardoor zij in deze sector minder goed worden bediend. Het aanbod voor deze groep is veel kleiner dan dat voor ouderen met een hoger inkomen. Er zijn wel enkele initiatieven voor ouderen met een laag inkomen, maar meestal betreft dat slechts enkele kamers in een woonzorgvoorziening. Een vraag is dan ook wat de gevolgen zijn van de opkomst van het particuliere woonzorgaanbod voor eventuele sociale scheidslijnen in de zorg (daarop komen we hierna terug).

5.5 Beschouwing

Grenzen binnen de langdurige zorg vervagen

Van echte, volledig zelf betaalde particuliere woonzorg voor ouderen is in Nederland eigenlijk geen sprake. In de woonzorg waarop deze verkenning focust, wordt het zorgdeel vrijwel altijd betaald uit publieke middelen (Wlz). Financieringsvormen als pgb en vpt maken dit mogelijk. Tegelijkertijd scheiden reguliere aanbieders wonen en zorg steeds verder, organiseren zij hun zorg in toenemende mate kleinschalig (met name voor mensen met dementie) en verdienen zij steeds vaker op services en maaltijden. Particuliere woonzorg en reguliere woonzorg groeien daarmee naar elkaar toe. Alleen de levering van het volledig pakket ‘zorg met verblijf’ in natura en van hoog complexe zorg is vooralsnog voorbehouden aan reguliere zorgaanbieders. Dit betekent dat ouderen met de meest complexe zorgvragen vooralsnog blijven aangewezen op reguliere zorg.

Heeft het dan nog wel zin om te spreken van particuliere versus reguliere woonzorg voor ouderen? Misschien is het beter om onderscheid te maken tussen ‘nieuwkomers’ en ‘traditionele aanbieders’, waarbij vooral verschillen in ervaring en innovatie centraal staan? Of tussen ‘kleinschalig wonen met gescheiden wonen en zorg’ en ‘verpleeghuiszorg met het

volledige pakket', waarbij vooral het verschil tussen 'wonen met zorg' en 'zorg met verblijf' tot uitdrukking komt? Ook dan zullen de verwachte grenzen uiteindelijk vaag blijken te zijn.

Onze bevindingen vormen een illustratie van de vele dynamische ontwikkelingen in de langdurige zorg in Nederland. Door nieuwe woon- en financieringsvormen verdwijnt het 'harde' onderscheid tussen zelfstandig en intramuraal wonen, particulier en regulier en kleinschalig en grootschalig (zie ook Zantinge et al. 2011). Ouderen die Wlz-zorg ontvangen in een particulier woonzorghuis op grond van een indicatie en een pgb of vpt worden binnen de publieke financiering als zelfstandig wonend beschouwd, maar zijn ze dat eigenlijk wel wanneer ze geclusterd in één pand wonen en daar allen zorg van dezelfde organisatie ontvangen?

Beleidsmakers zullen rekening moeten houden met een sector die steeds gevarieerder en diffuser wordt. Hoe nieuw beleid voor alle groepen zal uitpakken, is niet altijd eenduidig te voorspellen. Ook in opleidingen en bijscholing voor zorgpersoneel zou daarop (nog) beter geanticipeerd kunnen worden.

Input voor het debat over mogelijke tweedeling in de zorg

De vrees voor een tweedeling in de ouderenzorg tussen rijk en arm is een terugkerend thema in het politieke en maatschappelijke debat in Nederland (zie Bannenbergh en Boekholdt 2000; Kant 2000; Duk 2008; Landeweer en Kraaijeveld 2013; Leupen 2014). Brengt particuliere woonzorg inderdaad een tweedeling teweeg waar het ouderenzorg op Wlz-niveau betreft, en is dat dan een risico voor de samenleving? Uit ons onderzoek komen enkele punten naar voren die als input kunnen dienen voor het politieke en maatschappelijke debat rond dit thema.

In het debat wordt de vrees geuit dat door het ontstaan van particuliere woonzorgvoorzieningen de onderlinge solidariteit onder druk komt te staan (*de Volkskrant* 2000; Kant 2000), bijvoorbeeld doordat mensen met een hoog inkomen de bereidheid zouden verliezen om premie te betalen voor een volksverzekering waarvan ze vervolgens geen gebruikmaken. Dit blijkt voor de particuliere woonzorg niet te kloppen; vrijwel alle bewoners van particuliere woonzorghuizen bekostigen de genoten Wlz-zorg met budgetten vanuit de overheid (pgb of vpt) en maken dus gebruik van de volksverzekering. Het is dus ook niet zo dat door een toename van het aantal gebruikers van particuliere Wlz-zorg (veel) meer overheidsgeld beschikbaar komt voor de ondersteuning van minder bedeelde ouderen.⁸ Er zijn mogelijk ook mensen die vrezen dat de solidariteit juist onder druk komt te staan doordat de overheid meebetaalt aan (luxe) zorg voor welgestelde ouderen. De overheidsbudgetten voor particuliere Wlz-zorg zijn echter de gangbare budgetten voor zorg waarop iedereen recht heeft en waarvoor een eigen bijdrage, mede afhankelijk van inkomen en vermogen, wordt gerekend. Woonkosten en aanvullende services worden betaald door de bewoners zelf. Particuliere woonzorg biedt op dit moment wel meer keuzemogelijkheden voor ouderen met een hoger inkomen. Bovendien zijn duurdere particuliere woonzorghuizen fraaier en mooier gelegen, bieden ze meer luxe services of duurdere maaltijden en zijn ze mogelijk vaker kleinschalig dan reguliere woonzorgcentra. De mensen die wij interviewden (ook de

sleutelpersonen) vinden dat over het algemeen geen groot probleem. Onderscheid in leefomstandigheden bestaat immers ook op jongere leeftijd, waarbij bijvoorbeeld de één in een huurwoning in een volksbuurt woont en een ander in een eigen villa in het groen. Ook uit ander onderzoek blijkt dat de meeste mensen er geen grote problemen mee hebben dat ouderen die meer te besteden hebben ook luxere zorg ontvangen, zolang de basiszorg maar van voldoende kwaliteit en voor iedereen toegankelijk is (Kooiker et al. 2012). Zoals Bannenberg en Boekholdt (2000) schrijven: ‘Tweedeling is immers pas echt tweedeling als de reguliere zorg maatschappelijk als onvoldoende wordt ervaren.’

Het is niet gezegd dat particuliere zorg van hogere kwaliteit is dan reguliere zorg en dat kleinschaligheid altijd beter is. In onze verkenning vonden we geen duidelijke aanwijzingen dat de zorg in particuliere woonzorghuizen beter dan wel slechter is dan die in reguliere verpleeghuizen. Wat we wel vonden, is dat particuliere woonzorgorganisaties vaak niet in staat zijn om complexe zware zorg te bieden, waardoor in het geval van een steeds verder toenemende zorgbehoefte de oudere uiteindelijk nogmaals moet verhuizen, nu naar een regulier verpleeghuis.

Naast de voorwaarde van een basiszorg van voldoende kwaliteit zijn er mogelijk andere voorwaarden die particuliere woonzorg ten behoeve van welgestelde ouderen voor burgers acceptabel maken. Een door ons geïnterviewde sleutelpersoon refereerde hieraan: ‘blijft er voldoende aanbod en voldoende variatie in het aanbod voor mensen met een lager inkomen?’ (S5: medewerker kenniscentrum, hoofdstuk 4). Voldoende aanbod zal onder meer betekenen dat ouderen met een lager inkomen niet met langere wachttijden te maken krijgen dan welgestelde ouderen, ongeacht of zij voor reguliere of particuliere woonzorg kiezen. Voor ouderen die zijn aangewezen op de reguliere sector dienen ook enige variatie en keuzemogelijkheden in het aanbod te worden gewaarborgd om een tweedeling op dit aspect te voorkomen. Dat sluit bovendien aan bij de verwachting dat de ouderenpopulatie in de toekomst een grotere diversiteit zal vertonen (De Klerk et al. 2019).

Tot slot zien wij twee punten waarop ons onderzoek geen antwoord geeft, maar die wel aandacht behoeven en eventueel verder onderzocht kunnen worden. Het eerste punt betreft welzijn en de kwaliteit van leven. Zoals gezegd zijn er geen aanwijzingen voor verschillen in kwaliteit van zorg tussen de particuliere en de reguliere woonzorgsector, maar op eventuele verschillen in welzijn en kwaliteit van leven zijn we in dit rapport niet ingegaan. Mogelijk bestaan er verschillen in de ervaringen en de mate waarin de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van individuele bewoners of zijn er verschillen in het oordeel dat bewoners over de kwaliteit van hun leven geven. Welzijn is echter ook relatief. Een oudere die voorheen in een grote woning met mooi uitzicht woonde, kan een eenkamerappartement in een stadsvilla als een achteruitgang ervaren. Onderzoek naar ervaringen van bewoners met de zorg en de door hen ervaren kwaliteit van leven en welzijn zou aan de kennis op dit terrein kunnen bijdragen. In bestaand onderzoek naar ouderen in instellingen⁹ komen bewoners van particuliere woonzorg mogelijk niet goed aan bod; zij worden

immers officieel gezien als ‘thuiswonend’, omdat zij zelf een woning huren. Kortom, het bewonersperspectief van ouderen in particuliere woonzorgvoorzieningen zou zeker aandacht verdienen in onderzoek.

Een tweede aandachtspunt wordt gevormd door ouderen die (nog) niet in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie, maar wel behoefte hebben aan een wat meer beschermde omgeving. Door de extramuralisering verdwijnen de vroegere verzorgingshuizen en de daarbij aangesloten aanleunwoningen. Verschillende partijen, waaronder particuliere ondernemers, ontwikkelen nieuwe woonvormen, maar met name in het goedkopere segment is het nieuwe aanbod beperkt (Van Klaveren et al. 2018; De Klerk et al. 2019). Het risico op tweedeling tussen de lagere en hogere inkomensgroepen, waarbij het wonen in een passende woning niet voor iedereen is weggelegd, is hier mogelijk meer urgent dan onder ouderen die voor een Wlz-indicatie in aanmerking komen.

Behoeftte aan kennis over voorkeuren van potentiële bewoners

Het perspectief van (potentiële) bewoners is in de verkenning onderbelicht gebleven, omdat wij niet met ouderen zelf hebben gesproken. De verkenning maakt wel duidelijk dat de diversiteit van de gebruikers groeiende is: er is niet alleen aanbod voor vermogende ouderen, maar er bestaan ook woonzorgorganisaties die zich richten op ouderen met een midden- of zelfs een laag inkomen, zij het beperkt. Het ligt voor de hand te denken dat ondernemers meer moeite hebben om aanbod voor die groep rendabel te maken, maar in deze verkenning hebben wij dit aspect niet onderzocht. Wellicht is sprake van een kennisleemte over de mogelijkheden om ouderen met een midden- of een laag inkomen te bedienen. Ook van belang is de vraag in hoeverre de behoeften van ouderen met een hoger en ouderen met een lager inkomen van elkaar verschillen.

Naast meer diversiteit in inkomen, is er volgens een brancheorganisatie voor particuliere woonzorg ook een trend in ontwikkeling van woonzorgaanbod naar culturele herkomst, bijvoorbeeld ouderen van Indonesische, Surinaamse, Turkse of Marokkaanse herkomst. Daaraan ligt de gedachte ten grondslag dat ouderen, als zij niet meer zelfstandig kunnen blijven, graag met gelijkgestemden willen wonen. Dit aspect is in deze verkenning niet aan bod gekomen; we hebben geen woonzorgorganisaties bezocht die zich op een specifieke groep gelijkgestemden richten.

In deze verkenning kregen wij de indruk dat vooral ouderen die al een zorgvraag hebben naar een particuliere woonzorgvoorziening willen verhuizen, maar ons beeld kan vertekend zijn omdat wij woonzorgorganisaties selecteerden waar Wlz zorg mogelijk was. Er zijn mogelijk ook woonzorgvormen die zich meer op ouderen zonder of met lichte zorgvragen richten. Bestaan dergelijke voorzieningen en wie wonen daar? Kan particuliere woonzorg een alternatief voor de voormalige verzorgingshuizen bieden? Hoeveel, of welk deel van de ouderen zou willen verhuizen naar een woonzorgcomplex als deze in hun vertrouwde omgeving beschikbaar zou zijn, en onder welke voorwaarden? Willen ouderen wonen tussen leeftijdsgenoten zonder dat zij zelf zorg nodig hebben, maar waar zorg mogelijk is? Dit zijn vragen voor (vervolg)onderzoek.

Beleidsvragen

De particuliere woonzorg heeft inmiddels een structurele positie ingenomen waarvan een (nu nog) bescheiden aandeel ouderen met zorgbehoefte gebruikmaakt, en dat vraagt om structurele aandacht in beleid. We benoemen hier enkele aandachtspunten.

Nieuwe aanbieders van particuliere woonzorg voor ouderen realiseren zich vaak onvoldoende dat zorgvragen van ouderen in de loop der tijd heel complex kunnen worden. Daarvoor is voldoende expertise nodig, bijvoorbeeld van specialisten ouderengeneeskunde en gespecialiseerd verpleegkundig personeel, en moet de huisvesting geschikt zijn. Starters zouden daarop beter voorbereid kunnen worden, zodat zij hiermee van tevoren rekening houden. Wellicht is in dit kader ook enige sturing vanuit de lokale overheid mogelijk als een nieuwe ondernemer plannen voor bestaand of nieuw vastgoed maakt. Ook kan nagedacht worden over de vraag hoe bestaande woonzorgaanbieders die tegen dit knelpunt aanlopen geholpen kunnen worden, zodat zij in staat blijven hun bewoners een goede kwaliteit van leven en goede zorg te bieden.

Daarnaast is een aanbeveling van enkele sleutelpersonen om goed na te denken over de regionale afstemming van vraag en aanbod en zich af te vragen of reguliere en particuliere aanbieders elkaar niet verdringen. Gemeenten en zorgkantoren zouden daar beter alert op moeten zijn. Als een nieuwe aanbieder met het zorgkantoor afspreekt om een bepaald aantal plaatsen met Wlz-zorg te leveren, kan dit betekenen dat een andere, bijvoorbeeld een grote reguliere organisatie, minder plekken en dus ook minder financiering krijgt. Dat zou ten koste kunnen gaan van het specialistische aanbod, dat vaak alleen in grote reguliere settings kan bestaan.

Ouderen die bij een particuliere woonzorgorganisatie wonen, worden door de overheid beschouwd als 'thuiswonend' en zijn aangewezen op de huisarts. Huisartsen kunnen de complexe zorgvragen van deze ouderen niet altijd aan en er is dan ook behoefte aan een betere beschikbaarheid van specialistische ouderengeneeskunde waarvan ook bewoners van particuliere woonzorg gebruik kunnen maken. Dit is ook in het belang van ouderen die nog helemaal zelfstandig wonen en die – doordat ouderen langer thuis blijven wonen – complexere zorgvragen kunnen hebben. In een kennissynthese over de zorg aan thuiswonende ouderen werd dit benoemd als een van de knelpunten in de huidige ouderenzorg (De Klerk et al. 2019). Dat vraagt ook om goede inbedding in de lokale zorgketen.

Tegelijkertijd zou particulier aanbod kunnen inspelen op regionale behoeften als een leemte ontstaat in het voorzieningenniveau, bijvoorbeeld in krimpregio's en gebieden met veel vergrijzing. Enkele ondernemers in deze verkenning stellen dat zij door hun kleinschalige en innovatieve organisaties in staat zijn om voor minder geld dezelfde of zelfs betere zorg te bieden dan reguliere organisaties. Als dat zo is, zou de ouderenzorg zeer gebaat zijn bij deze organisaties. Er moet dan ook aandacht worden besteed aan de kosten-effectiviteit van particuliere woonzorg, bijvoorbeeld in een onderzoek naar wenselijkheid en haalbaarheid van kleinschalige woonzorg.

Noten

- 1 Zie onder andere de volgende krantenartikelen: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/ouderen-wonen-heerlijk-in-een-zorghuis-maar-de-huisarts-is-er-maar-druk-mee~bcfaabff/> en <https://www.nrc.nl/nieuws/2013/09/21/hier-gaan-de-gesprekken-ergens-over-1295760-a547117>.
- 2 Een pgb is een budget dat de persoon die zorg heeft zelf kan besteden aan zorgkosten. De hulpbehoevende sluit daarvoor een contract met een zorgorganisatie en declareert de kosten zelf (via de Sociale Verzekeringsbank) bij een zorgkantoor. Een vpt of mpt is een leveringsvorm voor zorg van een organisatie die men in een instelling zou krijgen, maar dan bij de hulpbehoevende thuis. De organisatie die de zorg levert, sluit daarover een contract met een zorgkantoor. De hulpbehoevende hoeft de zorg niet zelf bij het zorgkantoor te declareren; de zorgorganisatie doet dit namens hem.
- 3 Gegevens van CBS StatLine, mei 2019.
- 4 De ondergrens lijkt te liggen bij vv Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (voorheen zzp vv 4) en de bovengrens bij vv Beschermd wonen met intensieve begeleiding en verpleging (voorheen zzp vv 6).
- 5 Volgens een medewerker van een kenniscentrum zijn minimaal achttien bewoners met een Wlz-indicatie nodig om nachtzorg te kunnen financieren. Zie ook Thaens 2015.
- 6 Ook bij reguliere zorginstellingen heeft een partner die geen (Wlz-)zorg nodig heeft het recht om mee te verhuizen, maar in de praktijk gebeurt dat niet vaak.
- 7 Deze verkenning concentreert zich op particuliere woonzorg voor mensen met een Wlz-indicatie en mensen die daarvoor in aanmerking komen.
- 8 Wel zijn de tarieven voor pgb en vpt lager dan de tarieven voor zorg met verblijf in natura, maar dat geldt ook voor de gevraagde eigen bijdragen.
- 9 Zoals het onderzoek naar Ouderen in instellingen (oii) van het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Bureau voor de Statistiek.

1 Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen

1.1 Inleiding

Het Nederlandse zorgbeleid gaat uit van burgers die zo veel mogelijk zelfredzaam kunnen en willen zijn, ook als zij beperkingen hebben. Van mensen die overwegen een beroep op de overheid te doen voor zorg of ondersteuning wordt verwacht dat zij eerst kijken wat zij zelf kunnen doen, eventueel met behulp van het sociale netwerk of door het inhuren van zelf betaalde particuliere hulp (Kromhout et al. 2018). Over de inzet van informele hulp en mantelzorg in Nederland zijn diverse onderzoeksrapporten verschenen (o.a. De Klerk et al. 2017). Over de inzet van particuliere hulp is veel minder bekend. Ramingen van het SCP op basis van gegevens uit 2007 en 2008 tonen een verwachte groei in het gebruik van particuliere zorg onder zelfstandig wonende 30-plussers (Eggink et al. 2012). Deze wordt verklaard door een toenemend aandeel mensen met een zorgbehoefte (ouderen) en een hoog inkomen. In 2016 ontvingen circa een op de acht zelfstandig wonende 75-plussers en ruim 10% van de volwassenen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen particuliere – zelf bekostigde – hulp (Putman et al. 2017; De Klerk et al. 2019). Dergelijke hulp betreft voornamelijk huishoudelijke hulp. Mensen in de hoogste inkomensgroep ontvingen vaker zorg en ondersteuning van een particulier gefinancierde hulpverlener dan van een publiek gefinancierde professional (Putman et al. 2017).¹ Voor mensen met een hoog inkomen kan het vanwege de relatief hoge eigen bijdrage die zij voor publiek gefinancierde hulp betalen, gunstig zijn om particuliere hulp in te schakelen (Plaisier en De Klerk 2015).

Aan zowel gebruikers- als aanbodzijde is particuliere huishoudelijke hulp al langer een vertrouwde optie. Maar ook andere vormen van hulp en ondersteuning lijken in toenemende mate particulier te worden aangeboden, van gezelschap tot verpleging (zie bv. Saar aan Huis en GrandCare). Daarnaast is sprake van een groeiend aanbod van woonvormen als alternatief voor het zelfstandig thuis wonen, voor het afnemende aantal verzorgingshuizen en voor de reguliere verpleeghuissector, die met een slecht imago kampt. Deze nieuwe vormen worden onder meer geboden door private partijen (De Bruin et al. 2018; Van Klaveren et al. 2018; Verenso 2018; Van Bockxmeer 2019).

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar deze recente ontwikkelingen en evenmin naar de mogelijke gevolgen hiervan voor individuen, de zorgsector en de samenleving. De inzet van particuliere zorg en ondersteuning raakt aan vraagstukken over de kwaliteit van leven van mensen met een zorgbehoefte, scheidslijnen in de samenleving en de inrichting van ons zorgstelsel (Fiscella et al. 2000; Van Doorselaer et al. 2006; Da Roit en Thomése 2016). Met dit verkennend onderzoek beogen we daarom meer inzicht te verschaffen in het aanbod en gebruik van particuliere zorg en de mogelijke consequenties daarvan. Om te voorkomen dat het onderzoek te breed uitwaaiert, maken we twee keuzes: de keuze voor de doelgroep ouderen en de keuze voor woonzorg.

Wij richten ons in deze verkenning op de doelgroep *ouderen* omdat dit de grootste groep zorggebruikers is, maar ook omdat ouderen vaker dan jonggehandicapten een hoog

inkomen of een vermogen hebben waarmee zij zelf zorg kunnen inkopen. Bovendien neemt het aantal ouderen in Nederland toe en hiermee groeit ook de vraag naar ouderenzorg (De Klerk et al. 2019). Daarnaast stegen over een langere periode bezien (1995-2015) het gemiddelde inkomen en het doorsnee vermogen van 65-plushuishoudens (CBS 2017), waardoor zij tegenwoordig mogelijk beter in staat zijn om zelf hulp te bekostigen. De keuze voor *woonzorg of (langdurig) verblijf voor ouderen*² is ingegeven door de gedachte dat de aanbieders van woonzorg relatief gemakkelijk op te sporen zullen zijn. De markt voor particuliere thuiszorg is diffuus en meer gedifferentieerd, en hierop wordt lang niet altijd alleen om gezondheidsredenen een beroep gedaan. Bovendien worden er verschillende functies aangeboden (van huishoudelijke hulp en begeleiding tot persoonlijke verzorging en verpleging) en zijn er naast particuliere organisaties ook veel individuele zzp'ers actief. We laten daarom de particuliere zorg thuis buiten beschouwing en richten ons op de particuliere woonzorg voor ouderen.

Particuliere woonzorg voor ouderen

Onder particuliere woonzorg voor ouderen verstaan we woonvormen waar ouderen zelf een kamer of appartement huren of kopen en naar behoefte zorg kunnen ontvangen. Dat ligt in lijn met hoe Thaens (2015) het begrip particuliere woonzorgvoorziening omschrijft, namelijk als 'een woongebouw waar zorgbehoevende mensen wonen en waar ondersteunende diensten voor zorg, welzijn en services structureel worden aangeboden' (p. 5). Het onderscheid met reguliere zorginstellingen blijkt nog niet zo eenvoudig te maken en is een centrale vraag van deze verkenning (onderzoeksvraag 2, zie § 1.2). We gaan hierop in hoofdstuk 2 uitvoerig in, maar het is nuttig om nu alvast te weten dat mensen bij een particuliere zorgaanbieder in principe zorg kunnen afnemen zonder tussenkomst van een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. Een indicatie voor zorg is niet per se nodig, maar zonder indicatie komen de kosten van de zorg helemaal voor rekening van de gebruiker. Voor reguliere – door de overheid gefinancierde – zorg is altijd een indicatie nodig.

Aanbod en gebruik van particuliere woonzorg

Een eerste, korte zoektocht op het internet geeft de indruk dat het bij particuliere woonzorg voor ouderen vooral lijkt te gaan om kleinschalige woonvoorzieningen die over heel Nederland zijn te vinden. Op websites bevelen particuliere woonzorgorganisaties zichzelf aan met beloften als kunnen wonen met gelijkgestemden, een chef-kok die het eten bereidt en begeleiding bij uitjes naar theater en concert (De Wilde 2017). Het aanbod van particuliere instellingszorg lijkt vooral gericht te zijn op welgestelde ouderen, die vaak maandelijkse bedragen voor wonen en zorg moeten betalen die (veel) hoger zijn dan de maximale eigen bijdrage in een regulier verpleeghuis. Fins onderzoek laat zien dat particuliere instellingszorg vaker wordt gebruikt door hoogopgeleide mensen die werkzaam waren in administratieve en adviserende functies en het minst door mensen die tijdens hun arbeidzame leven zwaar lichamelijk werk verrichtten (Enroth et al. 2017). Over het gebruik van particuliere woonzorg voor ouderen in Nederland is weinig bekend, maar het is denkbaar dat het aanbod ook hier door een selecte groep wordt gebruikt. Onderzoek

onder vermogende klanten van een bank laat zien dat twee derde van hen zich zorgen maakt over de kwaliteit van de zorg en de regie in eigen hand wil nemen, bijvoorbeeld door middel van zorgvilla's (Van Lanschot 2015). Uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) komt naar voren dat zelfstandig wonende ouderen met een particuliere thuis-hulp relatief vaak hoogopgeleid zijn en een groot sociaal netwerk hebben en dat hun kinderen vaak ver weg wonen (Van Vliet et al. 2010). Wellicht geldt dit ook voor ouderen die in een particuliere zorginstelling verblijven. Aan de hand van deze verkenning beogen wij meer inzicht te krijgen in het karakter van de woonzorghuizen (aanbod), de kenmerken van de gebruikers (gebruik) en de ontwikkelingen in aanbod en gebruik (onderzoeksvraag 1, zie § 1.2).

Wat zijn de mogelijke gevolgen van de inzet van particuliere woonzorg?

Onderzoek naar gebruik van particuliere woonzorg of de effecten ervan in Nederland, op micro- of macroniveau, is ons niet bekend. Wij kunnen hier dus enkel speculeren over de mogelijke gevolgen van de inzet van particuliere woonzorg.

Voor de gebruiker zou particuliere woonzorg positieve gevolgen kunnen hebben: mogelijk zijn de zorg en de leefomgeving beter afgestemd op het individu (meer passend), met als gevolg meer kwaliteit van leven. Mogelijk wordt door de meer cliëntgerichte setting in particuliere organisaties ook een betere kwaliteit van zorg geboden. Aan de andere kant is het echter denkbaar dat organisaties die winst willen maken ervoor kiezen om hun uitgaven aan zorg. In een internationale systematische review werd gevonden dat de kwaliteit van zorg in zogenoemde non-profitorganisaties gemiddeld beter is dan die in *for-profit*-organisaties (Comondore et al. 2009). Het is de vraag of dit ook geldt voor particuliere woonzorgorganisaties in Nederland en in hoeverre zij met wettelijke kwaliteitseisen te maken hebben.

Voor de reguliere woonzorgsector in Nederland zou een (innovatief) particulier aanbod een stimulans kunnen vormen het eigen aanbod te vernieuwen. Er bestaat echter vrees dat het – bij krapte op de arbeidsmarkt – voor reguliere organisaties lastig zal zijn om geschikt personeel te vinden indien particuliere zorginstellingen meer loon en betere arbeidsvoorwaarden kunnen bieden (zie ook *de Volkskrant* 2000; Kant 2000). Op het niveau van de samenleving zouden dan verschillen in toegang tot woonzorg kunnen ontstaan, bijvoorbeeld wanneer potentiële gebruikers van particuliere woonzorg sneller geholpen worden, zonder wachtlijsten. Verschillen in toegang tot woonzorg kunnen daarnaast ontstaan wanneer particuliere woonzorgorganisaties geen 'zorgplicht' kennen en daardoor 'moeilijke' of 'lastige' cliënten kunnen weigeren. Deze mensen zullen dan terecht komen in de reguliere woonzorgsector, wat weer van invloed kan zijn op zowel de werkomstandigheden en de kwaliteit van zorg als de sfeer in reguliere zorginstellingen.

De mogelijkheid om met behulp van overheidsgeld zelf zorg in te kopen bij een particuliere aanbieder zou ertoe kunnen leiden dat welgestelden meer zorg en een betere kwaliteit van zorg krijgen dan mensen die zijn aangewezen op regulier zorgaanbod. Dit zou ten koste kunnen gaan van de onderlinge solidariteit (zie ook Van der Lippe 2017). Burgers wijzen het idee van voorrang in de zorg en luxere zorg voor hogere inkomens niet categorisch af, maar

men vindt wel dat de basiszorg voor iedereen beschikbaar moet zijn en niet ten koste mag gaan van het feit dat welgestelden extra zorg mogen inkopen (Kooiker et al. 2012). Aan de andere kant is het mogelijk dat wanneer meer vermogende ouderen zelf voor hun zorg betalen, er meer geld overblijft voor de ondersteuning van ouderen die daartoe niet in staat zijn (RVZ 2012).

Kortom, wat betreft de inzet van particuliere woonzorg zijn verschillende gevolgen in verschillende richtingen denkbaar. Met dit onderzoek willen we hierop meer zicht krijgen (onderzoeksvraag 3, zie § 1.2).

1.2 Doel verkenning en vragen

Over particuliere woonzorg in Nederland voor ouderen is nog weinig bekend. Dit onderzoek biedt daarom een verkenning. We beogen beter zicht te krijgen op wat het fenomeen behelst en op de doelgroep(en) ervan. Daarnaast willen we zicht krijgen op de gevolgen en vraagstukken die met dit fenomeen samenhangen en die vanuit het burgerperspectief en voor de samenleving relevant zijn. De onderzoeksvragen luiden dan ook:

1. *Welk beeld kan geschetst worden van het aanbod en gebruik van particuliere woonzorg voor ouderen in Nederland?*
2. *Waarin onderscheidt particuliere woonzorg voor ouderen zich van reguliere woonzorg voor ouderen?*
3. *Wat zijn de gevolgen (positief en negatief) van particuliere ouderenwoonzorg voor de betrokkenen, de zorgsector en de samenleving?*

We beogen hiermee geen uitputtend beeld te schetsen van de particuliere woonzorg voor ouderen van dit moment, maar een indruk te geven van wat zich op dat terrein afspeelt en waarin de particuliere woonzorg zich onderscheidt van de reguliere instellingszorg.

1.3 Werkwijze

Voor deze verkenning maakten we gebruik van kwalitatieve methoden. Via een korte verkenning van de literatuur en het internet kregen we een idee van het aanbod van particuliere woonzorg voor ouderen, de betrokken organisaties en de kennis die hierover bestaat. Vervolgens spraken we met sleutelpersonen van verschillende organisaties: twee brancheorganisaties, twee toezichthoudende instanties (een zorgkantoor en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) en twee kenniscentra die ondernemers en gebruikers informeren en adviseren. Tot slot spraken we met aanbieders van particuliere woonzorg en bezochten we vijf particuliere woonzorglocaties, elk met een eigen karakter en doelgroep. In totaal namen we twaalf interviews af waarin we met negentien personen spraken (tabel 1.1).

De interviews vonden plaats in de periode van juli tot en met december 2018.

Omdat uit eerdere onderzoeken en publicaties al meer bekend is over de reguliere sector, hebben we ervoor gekozen om dit verkennende onderzoek op de particuliere aanbieders te concentreren. We spraken daarom niet met vertegenwoordigers van de reguliere sector,

behalve met enkele medewerkers van een brancheorganisatie die naast reguliere instellingen ook particuliere woonzorgorganisaties vertegenwoordigt. We hebben daardoor vrijwel geen zicht op hoe de reguliere sector aankijkt tegen de ontwikkeling van het particuliere woonzorgaanbod. Ook spraken we niet met de bewoners of gebruikers van particuliere woonzorg, op een enkel informeel gesprek op de bezochte locaties na. Met deze verkenning willen we een eerste beeld van het veld verkrijgen en de interviews met de sleutelpersonen en de aanbieders van particuliere woonzorg brachten voldoende relevante informatie en nieuwe inzichten op. De in het rapport gepresenteerde informatie over de bewoners en hun motieven en ervaringen is dan ook van deze respondenten afkomstig, al beseffen we dat we daarmee het perspectief en de ervaringen van de bewoners waarschijnlijk tekortdoen.

Tabel 1.1

Aantal interviews en respondenten naar type en achtergrond, 2018

type ^a	interviews	respondenten
sleutelpersonen (S) ^b	6	10
medewerker brancheorganisatie (S2, S8, S9)	2	3
medewerker kenniscentrum (S3, S4, S5)	2	3
medewerker toezichthoudende instantie ^c (S6, S7, S10)	2	3
lid brancheorganisatie (S1)	1	1
particuliere woonzorgorganisaties (pwzo) ^d	6	9
PWZO1	1	2
PWZO2	1	1
PWZO3	1	1
PWZO4	2	3
PWZO5	1	2
totaal	12	19

a De individuele sleutelpersonen en particuliere woonzorgorganisaties zijn genummerd in volgorde van interviews.

b Een interview betrof een gecombineerd gesprek met een medewerker en een lid van een brancheorganisatie.

c Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en een zorgkantoor.

d De functies van de respondenten waren: directeur/ondernemer (twee respondenten), bestuurder/ondernemer (één respondent), directeur (één respondent), staffunctionaris (één respondent), locatiemanager (twee respondenten) en zorgcoördinator (twee respondenten).

Bij de keuze voor de te interviewen (vertegenwoordigers van) organisaties streefden we naar diversiteit aan invalshoeken (ondernemers, toezichthouder) en organisatiekenmerken (grootschalig, kleinschalig). Wel bieden de betrokken particuliere woonzorgorganisaties alle (ook) zorg die binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt geboden. Dit betekent dat we geen beeld kunnen schetsen van woonzorgvormen waar geen zware zorg wordt

geboden. Een deel van de woonzorgorganisaties kwamen we op het spoor via de sleutelpersonen. We benaderden de beoogde interviewrespondenten per mail of telefoon, waarbij zij schriftelijke of mondelinge uitleg kregen over het thema en het doel van het onderzoek.

De interviews waren semigestructureerd en verliepen aan de hand van een topiclijst. Terugkerende thema's in de vragenlijst waren: de vormen waarin particuliere woonzorg voor ouderen voorkomt, verschillen met de reguliere zorg en ondersteuning voor ouderen, de doelgroepen waarop ondernemers zich richten, de motieven die een rol spelen bij ondernemers, vraagstukken op het gebied van toegang tot en kwaliteit van zorg, vraagstukken op het gebied van personeelsbeleid, kenmerken van ouderen die gebruikmaken van particuliere woonzorg en motieven die een rol spelen bij gebruikers. De kwalitatieve werkwijze heeft als voordeel dat we verkennend te werk konden gaan, maar levert geen generaliseerbare informatie op – daarvan zijn we ons bewust. Het onderzoek biedt dan ook geen dekkend beeld van de particuliere woonzorgsector voor ouderen, maar schetst wel de ontwikkelingen in de sector en de ervaringen en opvattingen van betrokkenen. De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen en vervolgens letterlijk uitgetypt. De transcripten zijn geanalyseerd met behulp van Atlas.ti, een softwarepakket voor de analyse van kwalitatieve gegevens. De interviews werden gecodeerd aan de hand van de topiclijsten, aanvullende thema's die uit het materiaal naar boven kwamen en de beoogde hoofdstukindeling van dit rapport. De geïnterviewden en hun organisaties zijn in het rapport geanonimiseerd en worden aangeduid met een code voor het type respondent (S of pwzo, zie tabel 1.1) en een algemene benaming voor hun functie (bv. ondernemer, locatiemanager) en/of een algemene benaming voor de organisatie (bv. brancheorganisatie, toezichthoudende instantie).

1.4 Opzet van de rapportage

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) schetsen we een beeld van de particuliere woonzorgsector voor ouderen en de ontwikkelingen in deze sector. In hetzelfde hoofdstuk komt ook de vraag aan bod waarin de particuliere woonzorgsector voor ouderen zich onderscheidt van de reguliere sector. Vervolgens beschrijven we de praktijk van particuliere woonzorg voor bewoners, en ondernemers en medewerkers (hoofdstuk 3). Daarbij gaan we niet alleen in op de kenmerken van initiatiefnemers en gebruikers, maar ook op hun motieven en ervaringen en op de knelpunten die zij (mogelijk) ondervinden. Het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 4) behandelt de betekenis en de gevolgen van particuliere ouderenwoonzorg voor de betrokkenen, de zorgsector en de samenleving. Hierbij komen de kwaliteit van de zorg, de mogelijke meerwaarde en de mogelijke risico's aan bod. Tot slot geven we een overzicht van de vraagstukken die sleutelinformanten en particuliere zorgondernemers noemen.

Noten

- 1 Maar nog altijd fors minder dan informele hulp (Putman et al. 2017).
- 2 We richten ons niet op privéklinieken of organisaties die uitsluitend curatieve zorg bieden. Het gaat ons om het zorgaanbod voor ouderen die vanwege ouderdom en de daaruit voortkomende beperkingen (langdurige) ondersteuning of zorg nodig hebben.

2 Particuliere woonzorg voor ouderen in Nederland

Veel mensen zullen een bepaald beeld hebben bij de term ‘particuliere woonzorg voor ouderen’, bijvoorbeeld woonzorgvilla’s voor ouderen in een lommerrijke wijk of statige panden waarin ouderen chique diners en klassieke concerten voorgeschoteld krijgen. In dit hoofdstuk bespreken we of dat beeld klopt. Hoe ziet de particuliere woonzorg sector eruit? En hoe ontwikkelt deze zich? Waarin onderscheidt particuliere woonzorg zich van reguliere woonzorg? In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling van de particuliere woonzorg voor ouderen in Nederland op basis van verschillende bronnen. Daarbij blijkt dat het onderscheid met reguliere verpleeghuizen bij nader inzien niet zo eenduidig is.

2.1 Schets van de particuliere woonzorg voor ouderen

Particuliere woonzorg voor ouderen lijkt een relatief nieuw fenomeen, maar gaat al veel langer terug. Particuliere en kerkelijke initiatieven – denk aan begijnhofjes, volkslogementen en gasthuizen – liggen aan de basis van de grote reguliere zorginstellingen zoals wij die tegenwoordig in Nederland kennen (Thaens 2015). Ook de moderne variant van particuliere woonzorg voor ouderen bestaat al langer. Zo is de Nederlandse Vereniging van Particuliere ondernemers in wonen met zorg (NEVEP) al in 1970 opgericht (www.maatschappelijkvastgoedkenniscentrum.nl). Heden ten dage komen bij een zoektocht op het internet al snel verschillende aanbieders in beeld. De omvang van het huidige aanbod is niet precies bekend, omdat de aanbieders in het Handelsregister niet worden geregistreerd als ‘particuliere woonzorgaanbieder’. Bovendien zijn er meerdere brancheorganisaties waarbij particuliere woonzorgorganisaties zich kunnen aansluiten, zoals NEVEP, SPOT en ActiZ. ZorgkaartNederland bevatte begin 2018 291 particuliere woonzorgcentra en, ter vergelijking, 2172 verpleeg- en verzorgingshuizen. Het particuliere woonzorgaanbod is echter groeiende; in mei 2019 bevatte ZorgkaartNederland 315 particuliere woonzorgcentra (bron: ZorgkaartNederland).

Met gegevens van eind 2014 heeft Thaens (2015) enkele kenmerken van de particuliere woonzorgsector voor ouderen in kaart gebracht. Destijds waren circa 150 locaties bekend. Gezien de sterke toename van het aantal locaties in de tussenliggende periode zijn deze gegevens inmiddels verouderd. Een meer recent overzicht ontbreekt echter en omdat wij op basis van de interviews verwachten dat de kenmerken niet al te veel zullen afwijken van de huidige situatie, gebruiken we ze hier – in combinatie met informatie uit de interviews en aanvullende bronnen – om een beeld van de sector te schetsen.

Het karakter van de woonzorglocaties

Het karakter van de particuliere woonzorghuizen is divers, maar doorgaans betreft het kleinschalige locaties. Eind 2014 lagen de meeste particuliere woonzorgvoorzieningen in de Randstad en het midden en oosten van het land (Thaens 2015). Gemiddeld beschikten de

locaties over achttien wooneenheden. Twee derde van de huizen had niet meer dan 16 kamers of appartementen en slechts 13% had meer dan 32 wooneenheden (Thaens 2015). Sindsdien zijn er veel kleinschalige locaties bij gekomen, maar ook een aantal groot-schalige, zoals De Leyhoeve in Tilburg met 200 appartementen voor 55-plussers en 85 zorg-suites voor senioren. Het aantal vierkante meters per bewoner verschilt per locatie, mede vanwege de diversiteit in panden. Zo is in nieuwbouwpanden vaak meer ruimte beschikbaar dan in bestaande monumentale gebouwen, omdat investeerders zo willen bouwen dat een pand in de toekomst mogelijk ook voor andere doeleinden gebruikt kan worden (Thaens 2015).

Een aantal locaties richt zich met een exclusief en luxe woonaanbod expliciet op wel-gestelde ouderen met een potentiële of lichte zorgbehoefte. Daarnaast zijn er tehuizen die verpleeghuiszorg (Wlz) bieden¹ en locaties die zich richten op een specifieke doelgroep, zoals ouderen met dementie (zie ook hoofdstuk 3). Met name kleinschalige huizen voor mensen met dementie waren de afgelopen jaren in opkomst (zie ook Thaens 2015). De door ons geïnterviewde personen hebben de indruk dat de particuliere woonzorgsector zich tot circa tien tot vijftien jaar geleden met name op de meest welgestelde ouderen richtte. Tegenwoordig zijn het aanbod en de bewoners meer divers – zo is sprake van huren variërend van 500 tot 8500 euro per maand, exclusief de zorgkosten. Het beeld dat tijdens de interviews geschetst werd, komt overeen met wat Thaens (2015: 12-13) schreef:

Wat de bewoner per maand betaalt is divers. In de praktijk zien we dat de meeste particuliere woonzorghuizen tussen de € 3.000,- en € 4.500,- per maand vragen van hun bewoners. Ongeacht hun zorgvraag of zorgindicatie. Het bedrag kan trouwens oplopen tot wel € 7.500,- per maand. Overigens neemt ook het aantal voorzieningen dat inspeelt op het 'lagere' segment (tussen de circa € 1.000,- en € 2.500,-) in rap tempo toe. [...] De prijsdiversiteit stijgt met het jaar.

Particuliere aanbieders breiden uit met kleinschalige zorg

Hoewel kleinschaligheid een belangrijk kenmerk is van veel van de particuliere woonzorglocaties betekent dit niet vanzelfsprekend dat de organisaties erachter net zo kleinschalig zijn. Sommige particuliere woonzorghuizen maken deel uit van een keten met locaties door heel Nederland, andere zijn zelfstandige kleinschalige organisaties met maar één locatie. Eind 2014 maakte ongeveer 44% van de locaties deel uit van een keten, oftewel een organisatie met meerdere locaties. Nog eens 13% behoorde bij een zorgexploitant met twee of drie locaties en 42% betrof zorgexploitanten met slechts één locatie (Thaens 2015). Een geïnterviewde medewerker van een branchevereniging ziet de trend dat een deel van de particuliere woonzorgorganisaties groeit:

Dat [kleinschalige] karakter is er heden ten dage nog steeds, al zie je natuurlijk wel dat ook onze lidorganisaties in de loop der tijd zijn gaan groeien, dus nog wel de zorg hoofdzakelijk kleinschalig verlenen, omdat we dat ook belangrijk vinden en daar toegevoegde waarde in ervaren. Maar er zijn wel organisaties bij die echt qua omvang en omzet best heel groot zijn geworden. En we hebben ook een aantal leden die echt heel erg de focus hebben gericht op

een specifieke locatie en eigenlijk geen ambitie hebben om verder uit te breiden. (S2: medewerker brancheorganisatie)

Ook een grootschalige zorgaanbieder kan de zorg kleinschalig bieden. Vaak wordt een succesvol gebleken concept dat is ontstaan op de eerste locatie gekopieerd op meerdere nieuwe locaties. De zorg op die locaties blijft dan kleinschalig, maar de organisatie erachter groeit.

Een lid van dezelfde De branchevereniging stelt ook dat er met name in de afgelopen vijf jaar meer handel is in vastgoed, en dat het denken over vastgoed en winst verandert. Om als organisatie uit te breiden en te innoveren, is immers geld nodig. Die winst komt vooral uit het verhuren van het vastgoed en de geboden aanvullende services, niet uit de zorg die er wordt geleverd:

In die tien jaar dat ik actief ben op het gebied van de woonzorg heb ik met name de afgelopen vijf jaar de woonzorg heel erg zien veranderen. Dus ik merkte echt dat er, vooral op het gebied van onroerend goed, een levendige handel is ontstaan op het gebied van interessante panden door investeerders. Dat was tien jaar geleden niet zo heftig. [...] Maar ook dat winst inderdaad niet meer een heel vies woord is, maar dat je het ook weer kan gebruiken. En je moet eigenlijk een bepaalde winst genereren om weer te kunnen ontwikkelen, te innoveren. Dat is wel een ander gedachtegoed. (S1: lid brancheorganisatie)

Er is ook een periode geweest waarin de particuliere sector het moeilijk had:

Ik weet dat toen de crisis uitbrak, de NEVEP last had van leegstand. Je kunt wel zeggen: 'Hé, er komt een grote groep rijkere ouderen', maar als er crisis is, wat doet het met hun portemonnee? Dan zie je dat het topsegment daar direct ook last van heeft. Dus dat is best conjunctuurgevoelig. (S9: medewerker brancheorganisatie)

Het beeld van groei van kleinschalige woonzorglocaties dat uit deze verkenning naar voren komt, is in overeenstemming met de algemene ruimtelijke trends in de ouderenzorg. Veranderingen in het bekostigingsstelsel voor de reguliere sector – meer vraagvolgende bekostiging en loslaten van een gegarandeerde dekking van de huisvestingslasten door de overheid – leiden tot deconcentratie van woonzorggebouwen voor ouderen. Er komen meer locaties – behalve in kleine kernen in krimpgebieden – en die zijn gemiddeld kleiner (Tennekes et al. 2017).

Groei van de sector

De groei van het aantal particuliere woonzorglocaties voor ouderen wordt bevestigd door vrijwel alle personen die wij spraken. Andere bronnen schetsen eenzelfde beeld. Thaens (2015) constateert een toename van ongeveer 130 locaties in 2012 naar 150 locaties eind 2014 – 10 nieuwe locaties per jaar en daarnaast nog veel locaties in ontwikkeling. Vastgoedorganisatie CBRE (2017a) zag het aantal particuliere woonzorglocaties voor senioren in een aantal jaar meer dan verdubbelen van circa 130 begin 2013 tot circa 275 halverwege 2017. En waar ZorgkaartNederland in mei 2019 de gegevens van 315 particuliere woonzorg-

centra bevat (bron: ZorgkaartNederland), komen andere tellingen begin 2019 uit op 350 ‘commerciële ouderenzorglocaties’ (Dijkman 2019). Er is sprake van een toename aan beleggingen in zorgvastgoed op de Nederlandse markt, met een totaalvolume van 630 miljoen euro in 2017 (CBRE 2017b). Extramurale (senioren)huisvesting, waaronder zorgappartementen en particuliere woonzorg, omvatten circa 65% van het totale beleggingsvolume. De snelste procentuele volumegroei tussen 2016 en 2017 vond plaats in het particuliere woonzorgsegment, te weten 67% (CBRE 2017b).²

De geïnterviewden noemen verschillende redenen voor de groei in aanbod van deze woonvormen, maar wijzen vooral vaak op het sluiten van de klassieke verzorgingshuizen, het scheiden van (de bekostiging van) wonen en zorg en de mogelijkheid van een pgb. Een van de geïnterviewden ziet de verandering in het denken over zorg als onderliggende oorzaak van de genoemde ontwikkelingen. Deze persoon legt uit dat we anders dan bijvoorbeeld in Angelsaksische landen in Nederland geen traditie kennen van marktwerking in de zorg. De financiering van woonzorg voor ouderen die geboden werd in verzorgingshuizen, en nu nog steeds in traditionele verpleeghuizen, kwam uit de publieke middelen, destijds de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De zorg werd als vanzelfsprekend ‘in natura’ geboden, dat wil zeggen dat bewoners het hele inclusieve pakket van zorg, wonen, eten en drinken en welzijn kregen aangeboden. De enige uitgaven voor eigen rekening – en waarin dus ook zelf iets te kiezen viel – betroffen de uiterlijke verzorging (kleding, kapper en toiletartikelen) en de inrichting van de kamer (Zorginstituut Nederland 2019). In de jaren negentig kwam in de zorg een verschuiving op gang van aanbodgericht (de aanbieder bepaalt welke zorg geboden wordt) naar meer vraaggestuurd (het aanbod wordt bepaald door de behoeften van de cliënten) (RVZ 1998). De inbreng van cliënten en het creëren van aanbod dat aansloot op hun behoeften werd steeds belangrijker gevonden (Miltenburg 2000). Het pgb was en is daarbij een belangrijk instrument, want dit maakt de cliënt mogelijk zelf keuzes te maken:

In Nederland is het echt wat makkelijker gemaakt, ook bij de introductie van meer vraaggestuurde zorg. Het bewustzijn dat je niet alles in zorg in natura hoeft te organiseren en dat je toch veel meer het woonperspectief centraal stelt. Dus eigenlijk kun je zeggen dat het Rijk zelf al begin deze eeuw gestart is met het beter of makkelijker maken van ondernemen in particuliere woonzorgvoorzieningen, omdat is begonnen met persoonsgebonden budgetten en veel meer vraagsturing mogelijk is. Dus wanneer is die versnelling begonnen? Eigenlijk in het denken denk ik in het begin van deze eeuw. In het doen is het eigenlijk de laatste vijf jaar. (PWZ01: directeur/ondernemer).

Tegelijkertijd is het aantal kapitaalkrachtige ouderen toegenomen (CBS 2017). Het is nu dus gemakkelijker om als ondernemer een locatie te starten waar ouderen kunnen wonen en naar behoefte zorg kunnen ontvangen, omdat ouderen zulk aanbod tamelijk eenvoudig kunnen financieren: het wonen betalen zij zelf en voor de Wlz-zorg kunnen zij een pgb aanvragen, een ‘volledig pakket thuis’ (VPT) of een ‘modulair pakket thuis’ (MPT).

Volgens de geïnterviewden wordt dan ook vaker ingespeeld op de behoeften van andere doelgroepen dan alleen de meest welgestelde ouderen. Men richt zich dan bijvoorbeeld op

groepen gelijkgestemden, maar ook op mensen met een bepaalde migratieachtergrond – die doorgaans toch minder te besteden hebben (zie ook Witter en Fokkema 2018; De Klerk et al. 2019):

Wat je dus ziet, is dat er bijvoorbeeld veel initiatieven zijn voor uitsluitend cliënten met een Turkse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond. Vooral in de grote steden. [...] dat is in twee jaar tijd zowat verdubbeld in het aantal leden. En dan zie je met name dat soort initiatieven in de aanwas. Ja, en dat past denk ik ook wel bij het karakter van de particuliere zorg, dat je veel beter kunt inspelen op bepaalde behoeften van een groep cliënten. (S2: medewerker brancheorganisatie)

Een bredere insteek maakt ondernemers minder afhankelijk van het conjunctuurgevoelige duurder segment. Daarnaast doen zich kansen voor omdat de behoefte aan nieuwe woonvormen toeneemt, onder meer door het sluiten van verzorgingshuizen. Een van de zorgondernemers legt uit dat de behoefte aan dit soort woonvormen nog wel bestaat:

We hebben natuurlijk in Nederland een stelselwijziging gehad in die zin dat die kapitaalvergoedingen zijn veranderd voor verzorgingshuizen. Die zijn er niet meer en om die reden hebben veel zorginstellingen gezegd: ‘We stoppen met het exploiteren van verzorgingshuizen.’ [...] Als je er goed op naleest, is dat niet iets wat het ministerie heeft gezegd, maar wat de sector zelf als antwoord gaf. [...] Terwijl je ziet dat de grootste markt die we krijgen in dit land is dat segment tussen thuis wonen en misschien wel dit soort woonvormen, dat mensen wel de beschikbaarheid hebben van ja, wat ik noem de stand-by en regelhulp, maar wel nog 100% zelfstandig wonen. (PWZO1: directeur/ondernemer)

De sluiting van verzorgingshuizen wordt gezien als stimulans voor nieuwe initiatieven in de particuliere markt voor woonzorg:

Er is een categorie [particuliere zorgondernemers] die eigenlijk de oude verzorgingshuizen heeft voortgezet en die soms ook in de panden zit van de oude verzorgingshuizen, waar op een of andere manier een deel van het pand kleinschalig doorgaat en de rest verhuren ze aan hele andere partijen, studenten. (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

Wat je wel ziet, is dat er nu initiatieven aan het ontstaan zijn van geclusterd wonen. Dus daar zou je zelfs kunnen zeggen: ‘Ik ben met pensioen, 67, er is nog helemaal niets aan de hand, maar ik verkoop m’n huis, ik ga hier in een appartement zitten en ik weet vanaf het moment dat ik zorg nodig heb, dat kan Wmo zijn tot het moment dat ik overlijd, dat ik hier kan blijven wonen.’ En dat is ook landelijk echt wel een topic. We hebben gewoon beschermde woningen nodig en als je nu aan ouderen vraagt, ook 65-, 67-jarigen, waar ben je het meest bang voor, dan is dat de veiligheid. En dat is niet alleen veiligheid dat er geen inbreker binnenkomt, maar dat is ook veiligheid dat als er wat met mij gebeurt er voor mij zorg is. [...] Mijn persoonlijke mening is ook: we hebben de verzorgingshuizen te snel afgeschaft. (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

In deze verkenning zijn particuliere initiatieven voor ouderen zonder of met lichte zorgvragen niet goed in beeld gekomen, onder meer doordat wij organisaties hebben geselecteerd die (eveneens) Wlz-zorg bieden (zie ook de samenvatting en beschouwing).

... maar particuliere woonzorg is (nog) geen gemeengoed

Ondanks de groei van het aantal locaties is particuliere woonzorg (nog) geen gemeengoed. Mede door de kleinschaligheid van de locaties is het aantal ouderen dat in een particulier woonzorghuis woont relatief klein. Als we grofweg uitgaan van 300 locaties met gemiddeld achttien wooneenheden, dan zou het gaan om zo'n 5.400 ouderen. Ter vergelijking, op 1 januari 2018 woonden in totaal ruim 108.000 65-plussers in een (regulier) verzorgings- of verpleeghuis (bron: CBS StatLine, mei 2019). Een van de geïnterviewde ondernemers relateert het belang van de sector dan ook:

Iedereen zegt: 'Dit is booming.' En hoezo? We zijn ook weer in Nederland. Heel simpel, als je naar een verpleeghuis moet, is de kans 98% dat je in een regulier verpleeghuis komt. Dus ja, het wordt vaak wel groot gemaakt, maar dat is het gewoon nog niet. (PWZO4: bestuurder/ondernemer)

Een medewerker van een brancheorganisatie betwijfelt zelfs de groei:

Ik weet niet of die aan het groeien is. Ik denk wel dat-ie heel erg aan het veranderen is. We hebben natuurlijk een verandering gehad, waarbij we van die oudere verzorgingshuizen hebben gezegd, hè dat is geen Wlz-zorg. We merken wel in toenemende mate dat er vraag is vanuit de gemeente [...] Dus we zien wel meer initiatieven voorbij komen op dit gebied. De vraag is of dat echt meer is dan het was en helemaal de vraag: is het genoeg voor de zorgvraag die we ook de aankomende jaren krijgen? (S8)

De vraag of de ontwikkeling van dit type aanbod voldoende zal zijn lijkt terecht. Er wordt een tekort gesignaleerd aan voor ouderen geschikte zorgwoningen, terwijl het aantal ouderen in de toekomst verder zal toenemen (BZK 2018; Capital Value 2019; CBRE 2018; Dijkman 2019; De Klerk et al. 2019).

2.2 Waarin onderscheiden 'particuliere' en 'reguliere' woonzorg zich van elkaar?

Tijdens de verkenning werd gaandeweg duidelijk dat een harde grens tussen particuliere en reguliere woonzorg voor ouderen niet valt te trekken. Zo is van echte, volledig zelf betaalde particuliere woonzorg voor ouderen in Nederland eigenlijk geen sprake; vrijwel altijd wordt het zorgdeel betaald uit publieke middelen (Wlz). Interessant is dat de onscherpe afbakening tussen particuliere en reguliere woonzorg voor de meeste respondenten geen belemmering vormde om mee te werken aan een interview. Slechts een van hen stelde van tevoren de vraag wat wij met 'particuliere woonzorg' bedoelden. Kennelijk wordt in de hoofden van veel mensen wel een onderscheid gemaakt. ZorgkaartNederland bijvoorbeeld kent naast de aanduiding 'verpleeghuis en verzorgingshuis' ook de aanduiding 'particulier woonzorgcentrum'. Wanneer wordt woonzorg in Nederland 'particulier'

genoemd en wanneer ‘regulier’? Hierna verkennen we enkele dimensies waarop de twee vormen van woonzorg van elkaar zouden kunnen verschillen en bespreken we in hoeverre ze de Nederlandse praktijk helpen te begrijpen en beschrijven. We gaan daarbij uit van ouderenwoonzorg op Wlz-niveau. Particuliere woonzorg en reguliere woonzorg blijken niet tegengesteld aan elkaar te zijn maar naast elkaar te bestaan en te overlappen.

Publiek gefinancierd of door de hulpbehoevende uit eigen zak betaald?

Zuiver gezien zou je kunnen stellen dat ‘echte’ particuliere woonzorg geheel uit eigen zak betaald hoort te worden door de cliënten of hun familie en dat reguliere woonzorg wordt bekostigd met publiek geld (Wlz). De interviews geven echter de indruk dat die eerste situatie in Nederland nauwelijks voorkomt. Er lijken vrijwel geen Nederlandse ouderen met een zwaardere zorgbehoefte (Wlz-niveau) te zijn die de zorg helemaal zelf betalen. Wel is er een kleine groep mensen die vanuit het buitenland naar Nederland (terug)komt en pas na een (beperkte) wachttijd in aanmerking komt voor financiering vanuit de Wlz.³ Tijdens de wachttijd komen de kosten voor Wlz-zorg dan voor hun eigen rekening. Daarnaast is het denkbaar dat er ouderen zijn die in hun eigen huis blijven wonen en daar volledig zelf een (inwonende) hulp bekostigen, maar er zijn geen aanwijzingen dat dit op grote schaal voorkomt.⁴

Het zorgkantoor of de hulpbehoevende als klant?

Ouderen die blijvend 24 uurszorg in de nabijheid dan wel permanent toezicht nodig hebben, kunnen in aanmerking komen voor een indicatie voor Wlz-zorg. Wanneer het ciz een dergelijke indicatie afgeeft, kan het zorgkantoor die zorg namens de hulpbehoevende bij een gecontracteerde zorgorganisatie afnemen, in een instelling (zorg met verblijf) of thuis (via een vpt of mpt). Het zorgkantoor maakt afspraken met de zorgorganisaties over levering en bekostiging van de zorg. Een oudere kan er ook voor kiezen om de indicatie te verzilveren via een pgb. In dat geval koopt de cliënt of diens vertegenwoordiger de hulp zelf in. De cliënt maakt dan afspraken met de zorgaanbieders. Deze grens tussen zorg gecontracteerd door het zorgkantoor en zorg gecontracteerd door de cliënt zou in potentie een scheidingslijn tussen ‘particuliere’ en ‘reguliere’ woonzorg kunnen markeren. Echter, in de praktijk werken meerdere zogenoemde particuliere zorgorganisaties met een vpt en kan men bij sommige ‘reguliere’ zorgorganisaties ook terecht met een pgb.

Wel of geen scheiding van wonen en zorg?

Van oudsher werd in de reguliere woonzorg de wooncomponent (verblijf) meegefinancierd vanuit de zorggelden. Zorg met verblijf in een Wlz-instelling omvat dan ook een wooncomponent: een vergoeding voor het gebruik van het vastgoed, de energie, de schoonmaak en de maaltijden (Zorginstituut Nederland 2019). Bij een vpt, mpt of pgb betaalt de Wlz-client zelf de woonlasten (zie bijlage A).⁵ De scheiding van wonen en zorg lijkt een belangrijk kenmerk te zijn van particuliere woonzorg:

Het grote verschil [...] is dat reguliere aanbieders nog steeds dat complete pakket aanbieden. Dat is ook nog steeds nodig voor een bepaalde groep mensen, zodat je de hele indicatie

verzilvert, inclusief wonen. Ja, dan kun je eigenlijk alleen bij de reguliere zorgaanbieder terecht. (S1: lid brancheorganisatie)

Het is altijd een vorm van gescheiden wonen en zorg. Dat maakt dat het particulier is. Men heeft een dubbele overeenkomst met de zorgaanbieder. Eén voor de huisvestingszaak [...] en de andere is de zorgbekostiging. (S7: medewerker toezichthoudende instantie)

We hebben gewoon woonhuizen, maar we zijn aanbieders. We hebben Wet Toelating Zorginstellingen, we hebben al die eisen die al die anderen hebben, hebben wij ook. Alleen één ding, gewoon het wonen en het eten en drinken, dat wordt rechtstreeks betaald. Maar voor de rest zit er [tussen particulier en regulier] weinig verschil tussen. (PWZO4: bestuurder/ondernemer)

Particuliere woonzorgaanbieders bieden dus doorgaans zorg zonder verblijf en hun cliënten betalen de huur van hun appartement of kamer en de eventuele bijbehorende services apart van de kosten voor zorg. Deze scheiding van wonen en zorg is echter geen uniek kenmerk van de particuliere sector; er zijn ook reguliere zorgaanbieders die wonen en zorg scheiden en waar men terecht kan met een vPT of pgb.

Verskil in wettelijke kwaliteitseisen?

Net als reguliere zorgaanbieders dienen particuliere zorgaanbieders zich te houden aan kwaliteitseisen die van overheidswege worden gesteld. Het gaat hier om de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en vaak ook om toelating op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).⁶ De instanties die toezicht houden op de kwaliteit zijn de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en bij gecontracteerde zorg het zorgkantoor. Daarnaast kunnen brancheorganisaties hun eigen kwaliteitseisen stellen.

De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders, zowel voor zorginstellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is als kwaliteitsstandaard opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut en vormt daarmee eveneens een basis voor toezicht en verantwoording. Het kwaliteitskader heeft betrekking op cliënten met een Wlz-indicatie die de zorg in groepsverband of geclusterd ontvangen, ook op grond van een vPT, MPT of pgb (Zorginstituut Nederland 2017). Een geïnterviewde medewerker van een brancheorganisatie geeft aan dat de wet- en regelgeving voor reguliere en die voor particuliere zorgaanbieders dicht bij elkaar zijn komen te liggen als gevolg van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Een directeur van een particuliere woonzorgorganisatie noemt als verschil tussen de particuliere en de reguliere sector dat die eerste geen gebruik mag maken van de kwaliteitsverbeteringsprogramma's met gratis workshops die worden aangeboden aan reguliere instellingen:

Er zijn allerlei kwaliteitsverbeteringsprogramma's bij de normale verpleeghuizen waar het personeel nieuwe dingen kan leren, die krijgen dan gratis workshops en weet ik veel wat. Daar kunnen wij dus niet aan meedoen en dat vind ik dan niet echt tof, want aan de ene

kant word je wel gezien als zijnde: je bent hetzelfde, maar je mag niet meedoen met de vrijkomende gelden daarvoor. (PWZ05: directeur)

WTZi-toelating betreft alleen organisatorische verbanden, oftewel zorgaanbieders waar namens de instelling minimaal twee personen zorg verlenen. Het maakt daarbij niet uit of het om inhuur of (vast) dienstverband gaat (www.wtzi.nl). Het CIBG toetst bij een aanvraag voor toelating of aan de eisen wordt voldaan en geeft de toelating af als dat het geval is. De belangrijkste eisen betreffen het bestuur, de bedrijfsvoering en de bereikbaarheid van acute zorg. Instellingen hebben de toelating nodig om contracten te kunnen sluiten met een zorgkantoor of zorgverzekeraar (TK 2017/2018). Zorgaanbieders die zorg leveren die geheel wordt betaald vanuit een pgb kunnen Wlz-zorg leveren zonder toelating (www.wtzi.nl). Het is niet ongebruikelijk dat een particuliere aanbieder van woonzorg een WTZi-toelating heeft. Momenteel is bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel in behandeling dat voorziet in een meldplicht voor alle nieuwe aanbieders van zorg als bedoeld in de Wkkgz, zodat de IGJ beter toezicht kan houden en de nieuwe zorgaanbieder tijdig kennis kan nemen van de geldende eisen (Wet toetreding zorgaanbieders – WTZa) (TK 2016/2017). Al met al zijn de wettelijke kwaliteitseisen voor ‘particuliere’ en ‘reguliere’ aanbieders van woonzorg in feite dezelfde. Het enige verschil is dat particuliere aanbieders geen WTZi-toelating nodig hebben als zij geen contracten met het zorgkantoor willen afsluiten en alleen zorg op basis van het pgb verstrekken.

Wel of geen zorgplicht?

In de Wlz is een zorgplicht voor Wlz-uitvoerders (zorgverzekeraars) en zorgkantoren opgenomen (Zorgverzekeraars Nederland 2018a, 2018b; vGN 2018). Die houdt in dat mensen met een Wlz-indicatie de zorg dienen te krijgen waarop ze recht hebben en die ze nodig hebben. In de praktijk vervullen de zorgkantoren deze zorgplicht voor de regio waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Daartoe gaan zij overeenkomsten aan met zorgaanbieders, die zich hiermee verplichten om cliëntgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren aan cliënten die voor hen als zorgaanbieder gekozen hebben (Zorgverzekeraars Nederland 2018a, 2018b). De zorgaanbieders mogen deze zorg niet zomaar weigeren of beëindigen. Particuliere zorgaanbieders zonder contract met het zorgkantoor zijn hieraan niet gebonden, maar krijgen ook geen cliënten toegewezen vanuit het zorgkantoor:

R: Dat is wel weer een verschil, want bijvoorbeeld een normaal verpleeghuis, een regulier [...], die beheren ook echt een wachtlijst. Die moeten ook als hoofdaannemer, als iemand te lang op die wachtlijst staat, moeten ze naar een alternatief gaan zoeken. Dat hebben wij dan weer niet.

I: Dus er zit een extra verantwoordelijkheid aan vast als het een wachtlijst is?

R: Ja. Nou ja voor hen, maar [...] ze hebben wel gewoon automatisch aanwas. Wij moeten dat werven of via mond op mond krijgen of zo. Wij krijgen ze nooit vanuit de instanties toegewezen. (PWZ05: directeur)

Wel of geen winst mogen uitkeren?

In Nederland mogen zorgaanbieders winst *maken*, maar mag niet iedere zorgaanbieder winst *uitkeren*. Regels over winstuitkering zijn gesteld in de WTZi. Algemeen geldt dat winstuitkering is verboden voor zorg in combinatie met Wlz-verblijf (TK 2017/2018).⁷ Aangezien particuliere woonzorgaanbieders doorgaans zorg zonder verblijf bieden op basis van een vpt of pgb, vallen zij niet onder dit verbod. Reguliere verpleeghuizen zullen hier doorgaans wel onder vallen.

Binnen de particuliere sector zijn het maken en uitkeren van winst geaccepteerd. Die winst is dan meestal afkomstig uit de verhuur van het vastgoed en uit de geboden services. Een medewerker van een toezichthoudende instantie legt uit dat bij de reguliere zorg in natura de winst moet terugvloeien in de zorg, maar dat bv's die met het pgb werken winst mogen uitkeren aan aandeelhouders:

Je hebt ook gewoon ondernemers die beginnen vanuit winstoogmerk. En waar wij wel naar kijken is natuurlijk dat de zorg gewoon op orde blijft. [...] Ondanks dat er winst uitgekeerd wordt, het mag nooit ten koste gaan van de cliënt. [...] Het staat af en toe ook in de krant, initiatieven die soms terecht gemangeld worden in de pers. Ja, d'r is gewoon een miljoen winst gemaakt en daar zitten de aandeelhouders van op de Malediven. [...] Als ze het juridisch gewoon afgedicht hebben in bijvoorbeeld een bv ja, dan kunnen we er niets van vinden. (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

Ondertussen vinden in de zorgsector diverse relevante ontwikkelingen plaats. Zo maken de huidige regels het mogelijk om 'bepaalde bedrijfsstructuren in te richten waarmee buiten de reikwijdte van het winstverbod wordt gebleven', omdat WTZi-instellingen vrij zijn om anderen bij hun dienstverlening te betrekken (TK 2017/2018: 3). Ook is het onderscheid dat wordt gehanteerd tussen intramurale en extramurale zorg de afgelopen jaren in relevantie afgenomen, onder meer doordat het zogenoemde bouwregime in de zorg⁸ is afgeschaft en zorgaanbieders nu zelf alle kosten en risico's van zorgvastgoed dragen – in plaats van de overheid. Momenteel onderzoekt het ministerie van vws daarom of nieuwe regelgeving omtrent winstuitkering door zorgaanbieders wenselijk is en beoogt het in 2019 de Tweede Kamer te informeren over de uitkomsten en conclusies van dit onderzoek (TK 2017/2018).

Verschil in rechtsvorm?

Het is denkbaar dat particuliere zorgaanbieders over het algemeen een andere rechtsvorm hebben dan reguliere zorgaanbieders (zie ook hiervoor), maar hierover hebben we weinig tot geen informatie. Reguliere aanbieders zullen vaker een stichting zijn⁹, terwijl particuliere aanbieders vaker te maken zullen hebben met aandeelhouders. De rechtsvorm van de aanbieder blijkt echter ook geen harde scheidslijn tussen de 'particuliere' en de 'reguliere' sector te vormen:

I: Waar zit het onderscheid tussen particulier en regulier [...]?

R1: Ja, dat zijn, regulier dat zijn stichtingen, dat is een andere vorm, andere rechtsvorm denk ik vooral.

R2: *Er zijn ook nog wel particuliere organisaties in stichtingsvorm. Dus dat is het ook niet.*
(S1: lid brancheorganisatie en S2: medewerker brancheorganisatie)

Volgens een geïnterviewde van een toezichthoudende instantie is bij zorgorganisaties vaak sprake van ‘een kerstboom aan organisaties’. Onduidelijk is of de geïnterviewde hier particuliere zorgorganisaties bedoelt of zorgorganisaties in het algemeen:

In de meeste gevallen is het een kerstboom aan organisaties. Er zijn echt mensen die er in Nederland heel rijk van worden om dit soort constructies te bedenken. We kijken ernaar, maar we mogen er niks van vinden en dat doen we dan wel, we zeggen het nog wel in het gesprek, maar dan zeggen ze: ‘Ja, nee en amen.’ (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

Inhoudelijke verschillen?

Thaens (2015) ziet een inhoudelijk verschil tussen de particuliere en de reguliere woonzorgsector en stelt dat sprake is van een andere insteek of benadering: ‘Particuliere woonzorgvoorzieningen onderscheiden zich in de markt door te focussen op het wonen en de dienstverlening in plaats van enkel de zorg’ (p. 5). Veel van de door ons geïnterviewde personen noemen inhoudelijke kenmerken als wordt gevraagd naar het onderscheid tussen particuliere en reguliere woonzorg. Volgens hen werken particuliere zorgaanbieders doorgaans meer cliëntgericht en persoonlijker dan reguliere instellingen en staan zij vaak een andere, vernieuwende benadering van de cliënt en de zorgtaken voor. De huizen zijn daarbij vaak kleinschaliger dan die van reguliere instellingen en bevinden zich over het algemeen in het ‘hogere’ of duurder segment:

We leveren dezelfde zorg en we onderscheiden vooral op het gebied van eigen regie en persoonlijke bejegening, die kleinschaligheid. (PWZO1: directeur/ondernemer)

Het verschil hier is wel dat wij héél erg kijken wie is iemand en wat heeft iemand nodig? Waar liggen de wensen? Waar liggen de behoeftes? (PWZO4: zorgcoördinator)

R: *Het enige onderscheid [tussen regulier en particulier] wat ik zou kunnen maken, is dat een particulier echt kijkt, denk ik tenminste, echt gericht is op een individu. En echt zegt: ‘Jij komt bij mij een product halen.’ Dat doen ze allemaal.*

I: *Meer klantgericht?*

R: *Ja, dat is het enige onderscheid dat ik echt zou durven. En nu staat het ook voor kleinschaligheid. Echt letterlijk kleinschaligheid.* (PWZO4: bestuurder/ondernemer)

Volgens sommige geïnterviewden verschillen de cultuur, de uitgangspunten en de werkwijzen van particuliere woonzorgorganisaties dus van die van reguliere aanbieders. Echter, ook veel reguliere instellingen zijn bezig met een cultuuromslag richting kleinschalige en cliëntgerichte zorg, waardoor een eventueel verschil met de particuliere sector mogelijk verdwijnt of kleiner wordt:

De grote zorginstellingen hebben ook, nou noem ze maar op over het hele land, veel kleinschalige units waarin ze ook, al dan niet met een pgb, de zorg verlenen. (S4: medewerker kenniscentrum)

Ik noem dan inderdaad dat reguliere verpleeghuis, maar ook daarin zijn heel veel smaken, soorten en maten. Daar heb je ook heel veel kleinschalige woongroepen van mensen met dementie en zo. (S5: medewerker kenniscentrum)

Het bieden van goede zorg in een woonzorgvoorziening staat of valt natuurlijk met het juiste personeel. Dat personeel bestaat vooral uit verzorgenden en is verder afhankelijk van de aangeboden diensten; zo beschikken sommige woonvoorzieningen ook over bijvoorbeeld een kok. Geïnterviewde medewerkers van twee particuliere zorgaanbieders geven aan dat zij een betere bezetting van personeel hebben dan reguliere aanbieders en daardoor een lagere werkdruk. Ook zouden particuliere woonzorgvoorzieningen, mede door de veelal kleinschalige manier van werken, een ander type medewerkers aantrekken, maar mogelijk is dat vergelijkbaar met het type medewerkers in kleinschalige woongroepen van reguliere zorgorganisaties (zie ook hoofdstuk 3 en § 4.3):

Ik denk wel dat het slag mensen anders is dan in de reguliere instelling. (S2: medewerker brancheorganisatie)

Kijk, kleinschalige woongroepen voor mensen met dementie, die zie je dus ook bij heel veel reguliere zorgorganisaties. Het type personeel wat dat prettig vindt is een beetje een ander type verzorgende of verpleegkundige dan degenen die in een traditioneel verpleeghuis zeg maar hun ei kwijt kunnen. Dus ik denk wel dat daar wel een verschil in zit, maar het verschil tussen zo'n particuliere woonzorglocatie en een kleinschalige woongroep van een grote, reguliere zorgorganisatie, ja, dat zou niet anders hoeven zijn. (S5: medewerker kenniscentrum)

Kortom, er wordt gezegd dat particuliere woonzorgvoorzieningen doorgaans inhoudelijk verschillen van verpleeghuizen in de reguliere sector. De mate waarin dat het geval is, wil echter nogal variëren en ook worden onderlinge verschillen tussen beide sectoren mogelijk kleiner.

Onderscheid tussen particulier en regulier is niet helder

De meeste geïnterviewde sleutelpersonen en particuliere aanbieders – en wij met hen – komen tot de conclusie dat er geen helder onderscheid bestaat tussen particuliere en reguliere woonzorg voor ouderen met een Wlz-zorgbehoefte. Particuliere en reguliere woonzorg zijn niet duidelijk van elkaar af te bakenen, overlappen elkaar deels en groeien naar elkaar toe:

Weet je, dus regulier en particulier, ik zie niet zo veel verschil. (directielid particuliere woonzorginstelling) (pwzo4: bestuurder/ondernemer)

Het onderscheid is best moeilijk geworden. (S2: medewerker brancheorganisatie)

Nou, neem een Archipel [...] een grote verpleeghuisorganisatie in Eindhoven, en die zeggen gewoon: 'Ja, weet je wij krijgen voor u zoveel uit de publieke middelen, geeft u maar aan hoe u dat budget wil dat we dat besteden aan jouw zorg of jouw welzijn of et cetera, nou en als u dan nog meer wilt, dan betaalt u daarvoor bij.' Dat is eigenlijk precies hetzelfde als wat Domus Magnus [een particuliere zorgorganisatie] doet. (S8: medewerker brancheorganisatie)

Kader 2.1 geeft een voorbeeld van een organisatie die een vermenging lijkt te zijn van beide sectoren.

Kader 2.1

Pro Senectute is een aanbieder van particulier wonen met indien nodig thuiszorg, van verzorgd en verpleegd wonen en van dementiezorg. Op de website van ZorgkaartNederland worden de verschillende locaties van deze aanbieder aangeduid als 'verpleeghuis en verzorgingshuis', niet als 'particulier woonzorgcentrum'. Pro Senectute heeft als doel om 'gelijkgestemde senioren' in een 'stijlvolle woonomgeving' 'comfortabel en in harmonie' met elkaar te laten wonen en stelt geen winstoogmerk te hebben. De genoten zorg kan bekostigd worden als zorg in natura (intramuraal) of middels een vpt. De organisatie Pro Senectute kent drie rechtsvormen:

- Vereniging Pro Senectute: voor het bewaken van de identiteit van Pro Senectute;
- Pro Senectute Vastgoed B.V.: voor het beheren van het vastgoed;
- Stichting Pro Senectute: voor het exploiteren van de locaties.

Bronnen: www.pro-senectute.nl; www.zorgkaartnederland.nl

Particuliere en reguliere woonzorg voor ouderen met een Wlz-zorgbehoefte zijn dus niet tegengesteld aan elkaar, maar bestaan naast elkaar en overlappen elkaar deels. Wel zagen we in dit hoofdstuk dat sommige kenmerken sterker vertegenwoordigd zijn in de ene sector als in de andere. Zo worden de zwaarste vormen van zorg waarbij het volledige pakket in natura wordt afgenomen (zorg met verblijf en medische behandelingen) vrijwel uitsluitend door reguliere instellingen geboden. Ter samenvatting geeft tabel 2.1 een overzicht van de eerder besproken kenmerken.

Tabel 2.1

Enkele kenmerken van particuliere^a en reguliere organisaties die (ook) zorg bieden aan ouderen met een zorgbehoefte op Wlz-niveau

	particuliere woonzorgorganisaties ^a	reguliere verpleeghuisorganisaties
doelgroep	met name mensen met een hoger inkomen en/of vermogen; af en toe ook mensen met een lager inkomen (bv. enkel aow). Een Wlz-indicatie is niet strikt noodzakelijk. Regelmatig zijn er aanvullende criteria wat betreft zorgzwaarte en problematiek	alle inwoners met een Wlz-indicatie, ongeacht hun inkomen. Eventueel aanvullende criteria wat betreft problematiek en zorgzwaarte
bekostiging van zorg	pgb of vpt. Bekostiging door bewoner zelf is mogelijk, maar komt vrijwel niet voor	zorg met verblijf (in natura). Soms is ook pgb of vpt mogelijk, neemt toe
contract/overeenkomst	met de bewoner (pgb) of het zorgkantoor (vpt)	met het zorgkantoor (zorg met verblijf, vpt); heel soms met de bewoner (pgb)
scheiding van wonen en zorg	ja, huur en servicekosten staan op een andere factuur dan zorgkosten	nee. Soms (vpt, pgb), neemt toe
kwaliteitseisen	Wkkgz, Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. WTZi-toelating is niet altijd nodig (indien zorg geheel betaald vanuit pgb's), maar niet ongewoon	Wkkgz, Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, WTZi-toelating
zorgplicht	soms, indien overeenkomst met het zorgkantoor	ja
winstuitkering	is toegestaan indien sprake is van zorg zonder verblijf (pgb of vpt)	is doorgaans niet toegestaan, tenzij sprake is van zorg zonder verblijf (pgb of vpt)
uitgangspunt	wonen met zorg /'intramurale thuiszorg'	zorg met verblijf
schaalgrootte	vooral kleinschalige locaties. Organisatie achter kleinschalige locaties kan groter zijn	vooral grootschalige locaties en grootschalige organisaties, maar in toenemende mate ook kleinschalige locaties

a Afhankelijk van de toelatingscriteria die de organisatie stelt, kunnen ook mensen zonder Wlz-indicatie hier terecht.

Particuliere woonzorg voor ouderen in deze verkenning

Het ontbreken van een helder onderscheid tussen particuliere en reguliere woonzorg vormde voor ons geen reden om af te zien van het schrijven van dit rapport. Immers, in de dagelijkse praktijk van de zorgsector wordt particuliere woonzorg voor ouderen wel degelijk apart benoemd. We werken hier daarom vanuit de gangbare, vaak impliciete ideeën over wat particuliere woonzorg inhoudt. Een belangrijk verschil in onze optiek is dat particuliere woonzorg onderscheid maakt tussen zorg en andere diensten, waaronder wonen, al is niet altijd helder waar de scheidslijn tussen zorg en die andere diensten loopt.

2.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk schetsten we een beeld van de particuliere woonzorgsector voor ouderen in Nederland. Het aanbod in deze sector is meer divers dan de statige panden met chique diners voor de allerrijkste ouderen waaraan sommige lezers misschien onwillekeurig denken. De precieze omvang van het huidige aanbod is onbekend, maar naar verwachting telt Nederland minimaal 300 particuliere woonzorglocaties voor ouderen die naar schatting huisvesting bieden aan minimaal 5.400 ouderen. De particuliere woonzorglocaties zijn gesitueerd in zowel nieuwbouwpanden als bestaande en monumentale gebouwen. De huur voor de bewoners loopt uiteen van circa 500 tot 8500 euro per maand. Eventuele winst voor ondernemers, investeerders of beleggers is afkomstig uit het verhuren van het vastgoed en de geboden aanvullende services, niet uit de zorg die wordt geleverd. Een aantal locaties richt zich met een luxe woonaanbod expliciet op welgestelde ouderen met een toekomstige of lichte zorgbehoefte, maar er zijn ook huizen die Wlz-zorg bieden en huizen die zich richten op specifieke doelgroepen, zoals ouderen met dementie. De meeste locaties zijn kleinschalig (minder dan 32 wooneenheden), al maken sommigen deel uit van een grotere keten. Een deel van de organisaties groeit en krijgt meer locaties, maar doorgaans blijven de locaties zelf wel kleinschalig.

Het aantal particuliere woonzorglocaties voor ouderen is in de afgelopen vijf jaar sterk gegroeid. Met name kleinschalige huizen voor mensen met dementie waren in opkomst. Verschillende factoren dragen bij aan deze groei: het beleid om wonen en zorg te scheiden, de sluiting van verzorgingshuizen, de mogelijkheid van het pgb, de verschuiving van aanbodgericht naar meer vraaggestuurd denken en de toename van het aantal ouderen dat financieel meer te besteden heeft. Ondanks de groei van het aantal locaties is particuliere woonzorg (nog) geen gemeengoed. Waarschijnlijk woont de overgrote meerderheid van de 65-plussers met een zorgbehoefte op Wlz-niveau in een regulier verpleeghuis.

Hoewel sleutelpersonen en particuliere aanbieders een onderscheid ervaren tussen particuliere woonzorg en reguliere verpleeghuizen, is het lastig vast te stellen waar de grens precies ligt. Particuliere en reguliere woonzorg zijn niet duidelijk van elkaar af te bakenen. Ook in de particuliere woonzorgsector bekostigen vrijwel alle cliënten de zorg vanuit publieke budgetten (Wlz: pgb, VPT of MPT) en gaan particuliere ondernemers steeds vaker overeenkomsten met zorgkantoren aan. Het volledige pakket van Wlz-zorg met verblijf in natura wordt echter alleen aangeboden door reguliere instellingen. Een belangrijk kenmerk

van particuliere woonzorg is namelijk de scheiding van wonen en zorg: cliënten betalen de huur van hun appartement en de kosten van bijbehorende services apart van de kosten voor zorg. Dat is echter geen uniek kenmerk van de particuliere sector; ook in de reguliere sector komt dit voor. Verder wordt de particuliere sector een andere zorgcultuur met vernieuwende uitgangspunten toegedicht: kleinschalig, meer persoonsgericht/cliëntgericht en persoonlijker. Maar ook hierin lijkt particuliere woonzorg niet (langer) uniek te zijn.

Noten

- 1 Zoals alle door ons geïnterviewde particuliere woonzorgorganisaties.
- 2 Onder particuliere woonzorg verstaat CBRE (2017a): kleinschalige zorgvilla's waar senioren zorg, huisvesting, hospitality en aanvullende services ontvangen. Deze zijn bedoeld voor senioren met een zwaardere zorgbehoefte, die 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben en gehuisvest willen zijn in een kleinschalige locatie.
- 3 Afhankelijk van het land, de verzekering en de duur van het verblijf in het buitenland bedraagt de wachttijd maximaal 12 maanden (www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/r/remigreren-of-immigreren-wlz).
- 4 Volgens schattingen telt Nederland bijvoorbeeld slechts enkele honderden inwonende buitenlandse zorgverleners en doorgaans betalen hun cliënten de zorg die zij bieden via een zorgorganisatie of bemiddelaar met vergoedingen vanuit de overheid (Da Roit en Van Bochove 2017).
- 5 En daarnaast de kosten voor geneeskundige zorg van algemene aard, psychiatrische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en specifieke kleding. Deze kunnen mogelijk vergoed worden uit de zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- 6 Voor het declareren van een vpt is een WTZi-toelating nodig.
- 7 Winstoogmerk is toegestaan voor onder meer: persoonlijke verzorging voor zover deze zorg niet wordt verleend in combinatie met Wlz-verblijf; verpleging voor zover deze zorg niet wordt verleend in combinatie met Wlz-verblijf; begeleiding voor zover deze zorg niet wordt verleend in combinatie met Wlz-verblijf; kleinschalige woonvoorzieningen, zijnde instellingen of delen daarvan die: bestaan uit zelfstandige woningen, dat wil zeggen woningen die naast één of meer privévertrekken een eigen voordeur, een eigen keuken, een eigen toilet en een eigen badkamer hebben, een beperkte omvang hebben, dat wil zeggen dat zij huisvesting bieden aan ten hoogste zes personen, en samen met andere in de directe omgeving gelegen zodanige voorzieningen aan niet meer dan 50 personen verblijf bieden. Winstoogmerk is niet toegestaan voor onder meer: verpleging, verzorging, begeleiding of behandeling van gedragswetenschappelijke aard in combinatie met Wlz-verblijf (intramurale Wlz en intramurale GGZ) (TK 2017/2018).
- 8 Onder het bouwregime mochten woonzorggebouwen alleen nog gerealiseerd worden na toestemming van de overheid. De dekking van de huisvestingslasten werd hierbij door de overheid gegarandeerd (Tennekes et al. 2017).
- 9 Een stichting is een organisatie met een bepaald sociaal of ideëel doel waarbij de winst van de onderneming besteed moet worden aan dat doel (KVK 2017).

3 De praktijk van particuliere woonzorg voor ouderen

Nu we een beeld hebben van de ontwikkeling van particulier woonzorgaanbod en de verschillen met reguliere woonzorg voor ouderen, gaan we in dit hoofdstuk in op de praktijk van particuliere woonzorg voor ouderen en de mensen daarachter. Hiervoor maken we gebruik van de gesprekken met sleutelpersonen, ondernemers en (locatie- of zorg)managers. Ook baseren we ons op de bezoeken aan vijf woonzorglocaties van verschillende aanbieders die zichzelf herkennen in de omschrijving ‘particuliere woonzorgaanbieder voor ouderen’ waar ouderen met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen wonen. We beginnen met een beschrijving van de ondernemers en gaan behalve op hun kenmerken ook in op hun motieven. Vervolgens beschrijven we het beeld van de bewoners dat de ondernemers en de sleutelpersonen schetsen – daar waar het uiteindelijk om draait. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de knelpunten in de praktijk waarmee ondernemers en bewoners te maken kunnen krijgen.

3.1 Ondernemers van particuliere woonzorg voor ouderen

Een van de vragen die wij aan de sleutelpersonen stelden is wie de ondernemers achter particuliere woonzorg voor ouderen zijn en waarom zij zich met deze vorm van zorg bezighouden. De beschrijving van deze ondernemers door de sleutelpersonen kwam goed overeen met onze indruk van de ondernemers die wij spraken.

3.1.1 Achtergrond van ondernemers

De sleutelpersonen die wij voor deze verkenning spraken, vertelden dat de initiatiefnemers van woonzorgvoorzieningen voor ouderen grofweg in twee categorieën kunnen worden verdeeld. De eerste bestaat uit mensen die in de zorg gewerkt hebben en voor zichzelf beginnen:

Bevlogen zorgverleners die eigenlijk het anders willen doen, die dus iets in de markt zetten, ook kunnen zetten, en dan die doelgroep aanspreken. Zo van: kijk mij eens, kijk ons eens mooie zorg bieden. (S5: medewerker kenniscentrum)

Vaak ex-verpleegkundigen die hebben gedacht: je kan die zorg op een andere manier verlenen, dus ik ga het voor mezelf doen. De kleinste organisatie die wij in onze gelederen hebben, die heeft zeven cliënten, gevestigd op een oude boerderij die nog in de familie was. Dus dat zijn hele mooie bijzondere projecten eigenlijk. (S1: lid brancheorganisatie)

Veel managers waren helemaal klaar in de naturazorg, omdat het allemaal gebureaucratiseerd werd en al die bekende dingen en die hebben het als een gouden greep gezien. Ze waren 55 en ze zeiden: ‘De laatste tien jaar van mijn carrière wil ik niet nog meer gefrustreerd raken en het lijkt me heerlijk om nou eens helemaal op maat zorg aan te bieden in

mijn eigen huis. En in dat eigen huis dus helemaal de regels zoals ik denk dat mensen geweldig kunnen leven en wonen.' (S3: medewerker kenniscentrum)

De citaten laten zien dat het om 'bevlogen zorgprofessionals' van verschillende niveaus kan gaan: zowel managers als mensen met ervaring op uitvoerend niveau, bijvoorbeeld verplegenden. De tweede categorie bestaat uit ondernemers uit het bedrijfsleven, die met de zorg in aanraking zijn gekomen via bijvoorbeeld een familielid:

Maar die zijn ook op een andere manier met de zorg in aanraking gekomen en daardoor weer bevlogen geraakt. Iemand die komt zelfs uit de bankwereld, maar die zegt: 'Ja, dit is eigenlijk zo'n mooie wereld waarin je ook heel makkelijk het verschil kan maken.'

(S2: medewerker brancheorganisatie)

Nou in 2012 denk ik of zo is het idee ontstaan door een persoon die geconfronteerd werd met verpleeghuizen en toevallig een eigen bouwbedrijf had. En die twee dingen bij elkaar heeft gebracht. (PWZO 5: directeur).

Volgens een van de sleutelpersonen speelt ervaring met de zorg niet bij alle ondernemers een rol:

Je hebt de mensen die het ooit begonnen zijn vanuit een ervaring met familie of wat dan ook, maar je hebt ook gewoon ondernemers die beginnen vanuit winstoogmerk.

(S10: medewerker toezichthoudende instantie)

3.1.2 Motieven van ondernemers

Goed willen doen

De typering van de twee categorieën ondernemers geeft al enig zicht op hun motieven. De intentie van initiatiefnemers van woonzorgvormen voor ouderen, of ze nu uit de zorg komen of in de eerste plaats ondernemer zijn, is volgens de sleutelpersonen vooral goed werk willen doen. Ze willen iets neerzetten wat en nog niet was of wat beter is dan wat al bestaat, al zit dat hem soms in kleine dingen:

Het was ook een beetje crisistijd trouwens in de bouw, dus het is ook nog wel ergens als kans gezien, maar ook als persoonlijk motief om iets anders te willen creëren dan wat er al was aan grootschalige, reguliere verpleeghuizen. (PWZO 5: directeur)

Maar vaak zijn het echt hele simpele dingen. En dat is gewoon aandacht. (PWZO 4: bestuurder/ondernemer)

Een van de sleutelpersonen beaamt dat veel ondernemers goed willen doen en 'vernieuwing van de zorg' beogen, maar geeft ook aan niet precies te weten waarin die vernieuwing dan zit:

Een oud-collega van mij die is daar directeur. [...] Die profileren zich ook echt als vernieuwer, maar zijn ook weer voor het hogere segment. Dus die combineren dan het vernieuwende,

wat dat dan ook mag zijn, dat zal dan in het aanbod van diensten of zo zijn. (S4: medewerker kenniscentrum)

Een woonplek met sfeer bieden

Bij sommige ondernemers gaat het vooral om het wonen, om de locatie en het appartement, dat zo veel mogelijk moet aanvoelen als een thuis.

Dus als je het even vanuit de goeie bedoelingen bekijkt, wat wil je ermee? Ja iets bieden aan mensen waarvan je denkt: nou daar zou ik mijn moeder of mijn vader of mijn oma graag laten wonen. Ja kijk, het gemiddelde verpleeghuis waar je naar binnen loopt, oogt toch niet heel erg gastvrij. Of heel erg van: nou, wat een lekkere sfeer, of wat een mooie uitstraling. (S5: medewerker kenniscentrum)

Voor sommigen is vooral de statuur van de woonlocatie van belang, die moet aansluiten bij wat de oudere gewend was:

We hebben hier ook mensen die helemaal volgens de etiquette eten en we proberen natuurlijk wel tot op bepaalde hoogte luxe en wat ze gewend zijn te bieden. (PWZO 3: staffunctionaris)

Dat geldt vooral voor het aanbod voor ouderen in de hoge inkomensgroep. Zo horen we in een van de bezochte woonzorgcentra dat de organisatie waaronder het huis valt is opgericht omdat de initiatiefnemer dacht:

Hoe mooi zou het zijn als we een dergelijk chateau of een setting kunnen ombuigen naar woonzorglocaties voor ouderen, omdat ouderen misschien niet alleen maar in de standaardverzorgingshuizen willen wonen, maar dat er ook misschien een segment aangeboord moet worden dat wat hoger ligt. (PWZO 3: staffunctionaris)

Persoonsgerichte zorg leveren

Ondernemers uit het bedrijfsleven vliegen hun initiatief vaak via het vastgoed aan. Ze zien een mooi pand als investering en zoeken een manier om dat vastgoed weer rendabel te maken. Daarnaast speelt de wens om 'vernieuwend' te zijn wat betreft de omgang met bewoners en de visie op zorg vaak een rol. Kleinschaligheid, persoonlijke aandacht en aansluiten bij wat bewoners gewend waren staan bij deze woonvormen dikwijls voorop.

Ja, als ik kijk naar onze zorghuislocaties, dat zijn eigenlijk wel mooie panden. Die staan leeg en die worden gehuurd en daar is een investeerder die denkt: ik zie wel iets in dat model, [...] maar wel die toegevoegde waarde van dat hele persoonlijke. (S1: lid brancheorganisatie)

Waarom nou kleinschalige zorg? Ik denk dat de kwaliteit toch, dat er meer zorg op maat geboden kan worden doordat het gewoon kleinschaliger georganiseerd is, de lijnen zijn gewoon korter. (S4: medewerker kenniscentrum)

Maar in plaats van de ziekte te zien en daar dus allerlei aanbod te gaan creëren, kun je ook de mens zien en kijken: oké, deze mens, als ik hem op die manier help, kan deze meneer

functioneren in de maatschappij op een bepaald niveau. En dat betekent dat je die mensen altijd goed moet kennen. Persoonlijk. Zorg is altijd een persoonlijk product. Dat kun je nooit grootschalig organiseren in mijn ogen. (PWZO 4: bestuurder/ondernemer)

Dat de particuliere woonzorginstellingen door hun kleinschaligheid meer persoonsgerichte zorg kunnen bieden dan de reguliere verpleeghuizen kunnen we in de deze verkenning niet onderbouwen. Ook binnen de reguliere zorg zijn kleinschalige woonvoorzieningen in opkomst en wordt het belang van persoonsgerichte zorg breed onderschreven – deze visie is eveneens in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland 2017) opgenomen.¹ Dit doel lijkt dus niet uniek (meer?) voor de particuliere woonzorgsector.

Meer bieden voor minder geld

Sommige aanbieders van particuliere woonzorg hebben wel een visie op de inhoud van de zorg en beschikken over een eigen concept, bijvoorbeeld voor mensen met dementie.

Anderen willen daarnaast vernieuwend zijn in financieel opzicht:

Maar een heel mooi voorbeeld, [...] die heeft zich in een discussie rondom ouderenzorg toen de moeder van staatssecretaris Van Rijn ging, gezegd van: dat kan ik beter en goedkoper en dat ga ik doen. En die is inderdaad een verzorgingstehuis begonnen. (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

Ook een van de ondernemers heeft als motivatie ‘betere zorg voor hetzelfde geld’:

Maar de motivatie om dit te doen is eigenlijk mijn morele verontwaardiging [...] Ik wil aantonen dat het kan en dat het veel beter kan met hetzelfde budget. [...] Ik wil niet alleen maar roepen, zoals sommige mensen doen in de politiek en op tv, wat ook prima is. Maar er is niet meer geld nodig. Echt niet. We hebben als Nederland gewoon een probleem, en we kunnen echt heel veel beter, maar we moeten wel opschieten en dat is wat we doen. En dat is een beetje die morele drijfveer. (PWZO 4: bestuurder/ondernemer)

Geld verdienen

Al met al zijn de meeste initiatiefnemers, of ze nu uit de zorg komen of van huis uit ondernemer zijn, bevlogen mensen die een mooie kans zien om iets aan te bieden waarmee ze mensen blij willen maken en zelf een boterham kunnen verdienen.

Kijk en als ze dat doen vanuit een winst oogmerk en ze leveren mooie zorg, prima toch? (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

In een publicatie uit 2015 zegt een ondernemer dat de woonzorgsector niet geschikt is om ‘gigarijck’ te worden (Thaens 2015: 27). Ook meerdere deskundigen die wij spraken, zijn die mening toegedaan:

Als je echt geld wilt verdienen, zal maar zeggen rijk worden op korte termijn, dan moet je dat niet doen denk ik, nee. (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

Ik ben niet het type ondernemer wat hierin zit om heel veel geld te verdienen. Ik zit hierin omdat ik iets wil veranderen. En ondernemen is een middel daarvoor. (PWZO 4: bestuurder/ondernemer)

Volgens een van de brancheorganisaties zijn de ondernemers die vooral een winstoogmerk voor ogen hebben vaak actief in de Randstad, omdat daar op dit moment het meest aan het vastgoed te verdienen valt:

Wat je hoogstens ziet dat sommigen met name willen verdienen met het vastgoed. Maar dan zie je ook dat ze vooral in de Randstad actief zijn of de ruime Randstad en dan pakken ze zeker niet Groningen, Friesland, Drenthe, behalve misschien een enkele interessante kern daar. (S7: medewerker brancheorganisatie)

‘Good guys and bad guys’

Volgens medewerkers van een toezichthoudende instantie, zijn er wel enkele ondernemers die het winst maken boven de belangen van hun bewoners stellen:

Dat zijn gewoon beleggers zal ik maar zeggen, die grandioos mooie, grote panden zien en daar willen ze rendement op zien omdat de bank weinig geld oplevert, maar dit levert wel rendement op en dan is de zorg die daar geboden wordt van dun niveau of zelfs onder het niveau. (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

Met zulke ondernemers zijn zorgafhankelijke ouderen niet gebaat, vinden medewerkers van deze toezichthoudende instantie. Maar, vertellen zij ook, ondernemers met minder goede bedoelingen zijn doorgaans vooral in andere zorgsectoren te vinden:

Medewerker 1: De cowboys vind je met name bij de kwetsbare doelgroepen. Daar waar vastgoed en zorg gekoppeld wordt aan mensen die niet goed voor zichzelf op kunnen komen.

Medewerker 2: En dat is in de ouderenzorg minder omdat de oudere zelf of diens kinderen goed bij machte is om eigen keuzes te maken.

I: En welke kwetsbare doelgroep doel je dan op?

Medewerker 1: Verstandelijk gehandicapten, licht verstandelijk gehandicapten, mensen met een psychiatrische aandoening, Maar ook, ja, de eenzame mensen. Alleenstaanden die niet weten waar ze naartoe moeten en toch zorg nodig hebben en uit wanhoop dan maar ingaan [...], niet beter wetend.

Dit betekent niet dat er helemaal geen ‘cowboys’ actief zijn op de woonzorgmarkt voor ouderen, want ook ouderen kunnen heel kwetsbaar zijn en als zij ook vermogend zijn en er geen betrokken netwerk is, kunnen mensen daar misbruik van maken. Als alleen zorg uit een pgb wordt verleend, is het risico op misbruik groter, omdat het zorgkantoor dan weinig mogelijkheden heeft om toezicht te houden:

Als het pgb eenmaal wordt toegekend, heeft het zorgkantoor daar verder niet zoveel invloed op. Die kan geen invloed uitoefenen op de kwaliteit van de zorg, want eigenlijk de opdrachtgever, de werkgever is de cliënt. (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

3.1.3 Randvoorwaarden voor ondernemers

Motivatie en ideeën over hoe de zorg aan ouderen anders of beter zou moeten, zijn uiteraard niet voldoende om een bloeiende organisatie op te zetten. Een ondernemer heeft hulpbronnen nodig om zijn plannen ten uitvoer te kunnen brengen. Diverse sleutelpersonen en ondernemers noemden in dit kader ondernemerszin, kennis van zorg, voldoende inkomsten uit huur en services, een minimumaantal bewoners met een zorgindicatie, duidelijkheid aangaande de bekostiging van zorg en competent personeel.

Een mix van bevlogenheid, ondernemerszin en kennis van zorg

Zoals gezegd, lijken de motieven van initiatiefnemers te variëren van idealisme aan de ene kant van het spectrum tot winstoogmerk aan de andere kant, maar een woonzorgondernemer heeft een dosis van beide kanten nodig, blijkt uit wat sleutelpersonen vertellen. Een zorgprofessional die voor zichzelf begint, heeft vaak ook het ondernemerschap in huis dat nodig is om op de lange termijn zijn doel te bereiken:

Zo'n initiatief van zeven kamers, dat zijn vaak mensen die slapen daar zelf bij, dat is vanuit een heel groot zorghart, maar op een gegeven moment hou je dat niet vol. Je moet al die wet- en regelgeving bijhouden, je moet mensen ook nog 's nachts [...]. Vaak slapen ze daar zelf, ze wonen daarbij. Ja, dat zijn prachtige initiatieven, maar op de lange termijn niet haalbaar. (S1: lid brancheorganisatie)

Ze moeten er gewoon goed van kunnen leven en hun organisatie draaiende kunnen houden. (S4: medewerker kenniscentrum)

Enkel idealisme en ondernemerszin zijn niet voldoende om een duurzaam woonzorgaanbod voor ouderen neer te zetten. Daarvoor is kennis nodig van zorg en zaken die hiermee te maken hebben:

Dus ja, dan zijn er uiteraard ondernemers die daar instappen en denken: hé dat doen wij wel even, of dat hè, mooi pandje, hup dat gaan we voor de zorg inzetten. [...] Er zijn wel genoeg partijen die erin stappen zonder heel goed te beseffen van wat het inhoudt en wat je moet doen en voor welke doelgroep. (S4: medewerker kenniscentrum)

Ze zullen er zeker zijn, die alleen maar het winstoogmerk voor ogen hebben. Maar ja, dat ontslaat ze niet natuurlijk, zeker op het moment dat ze een contract aangaan met zorgverzekeraars of zorgkantoor of bij de inspectie in beeld komen, dat ze gewoon de kwaliteit moeten leveren die wettelijk vereist is, zal ik maar zeggen. (S6: medewerker toezicht houdende instantie)

Voldoende inkomsten uit huur en services

Een particuliere woonzorgvoorziening kan niet zonder een rendabele financiering waarmee personeel en ondernemer een boterham verdienen. De inkomsten bestaan hier doorgaans uit twee stromen: een deel voor het wonen en een deel voor de te leveren zorg.

Onder het woondeel vallen de inkomsten uit de verhuur van de appartementen, eventuele servicekosten zoals onderhoud en energie en eventuele diensten zoals maaltijden, was- en strijkservice en activiteiten:

Wij hebben zelf geïnvesteerd in het gebouw, in de locatie, dat voldoet uiteraard aan alle eisen die aan het bouwbesluit zijn opgehangen en ook de kwetsbare doelgroep die hier gaat wonen. Mensen die betalen hier feitelijk voor het wonen en de zorgservices, dat zal je in jargon eigen bijdrage noemen hè, dat is gewoon een bepaalde prijs die je per maand betaalt. Voor het gemak 4000 euro. Daarvoor krijg je een woning, krijg je 24 uur per dag de beschikbaarheid van zorg, daar krijg je alle maaltijden voor, alle drank voor en aanbod van activiteiten. (PWZO 1: directeur/ondernemer)

In hoofdstuk 2 (§ 2.1) kwam aan bod dat er nog weinig particulier zorgaanbod is voor ouderen met een smalle beurs. Dat komt volgens betrokkenen doordat dit aanbod moeilijk financieel rond is te krijgen. Bewoners kunnen aanspraak maken op huurtoeslag, maar dan moet wel sprake zijn van een eigen adres voor iedere bewoner. De geboden services – zoals de infrastructuur voor het leveren van zorg, eten en drinken en recreatief aanbod – worden gefinancierd uit de servicekosten, die door de ouderen moeten worden opgebracht. Sommige aanbieders maken daarom een combinatie van duurdere appartementen en een enkele plek voor minder vermogende bewoners:

Dus ze hebben er dan een paar, een paar woningen voor mensen met een lager inkomen. Maar ze krijgen het totaal rond doordat dat dus maar een klein deel is. (S5: medewerker kenniscentrum)

Minimumaantal bewoners met zorgindicatie

Een bewoner van een woonzorgvoorziening betaalt behalve voor de woning en de geboden services ook voor de zorg die hij of zij daar ontvangt. In de woonzorgvoorzieningen die wij voor deze verkenning hebben bezocht, gaat het – door onze selectiecriteria – vrijwel altijd om zorg betaald uit de Wlz: meestal geïndiceerde zorg vanuit de Wlz in de vorm van een pgb of vpt (zie hoofdstuk 2). In sommige woonzorgvormen kunnen in principe ook ouderen terecht die (nog) geen indicatie hebben. Vaak gaat het dan om een partner van een bewoner die wel een Wlz-indicatie heeft (zie ook § 3.2). Voor een rendabel zorgaanbod is echter een voldoende aantal bewoners met een zorgindicatie nodig:

Wil je een nachtdienst 's nachts daar hebben zitten die rondloopt en actief is, dan moet je meer dan twintig cliënten hebben, want anders is het financieel niet haalbaar (S3: medewerker kenniscentrum).

Als je maar zes mensen hebt die nachtzorg nodig hebben, dan krijg je het financieel niet rond. Je hebt er echt wel 18 en eigenlijk meestal 24 bij elkaar nodig om de nachtzorg rond te krijgen. (S5: medewerker kenniscentrum)

Als een echtpaar gebruikmaakt van een appartement kan daarbij nog een toeslag worden gevraagd, zoals bij deze woonzorgaanbieder:

Wel is het zo dat we kostentechnisch dan een toeslag vragen wanneer mensen met z'n tweeën op een appartement komen wonen, omdat er een extra persoon gebruikmaakt van de welzijnsfaciliteiten. Maar het is dus niet zo dat ze allebei een zorgvraag hebben. (PWZO 3: staffunctionaris)

Andere particuliere woonzorgorganisaties accepteren alleen bewoners met een Wlz-indicatie.

Duidelijkheid aangaande de bekostiging van zorg

De scheiding van wonen en zorg is een kenmerk van particuliere woonzorg voor ouderen, hoewel het geen uniek kenmerk is. Dit betekent dat particuliere organisaties voor de bekostiging van de geboden zorg doorgaans werken met een pgb, vPT of eventueel MPT (zie ook hoofdstuk 2). Voor het leveren van zorg die uit pgb's van de bewoners wordt bekostigd, is alleen een overeenkomst tussen bewoner en zorgaanbieder nodig. De oudere (of diens vertegenwoordiger) declareert de rekening voor de geleverde zorg dan zelf bij het zorgkantoor. Als men zorg via vPT of MPT wil leveren, heeft de oudere (of diens vertegenwoordiger) er zelf geen omkijken naar; de ondernemer sluit dan een contract met het zorgkantoor over de hoeveelheid en de soort zorg die hij aan de bewoners levert. Particuliere organisaties hebben vaak een voorkeur voor pgb of vPT/MPT – die soms wordt aangegeven op hun website. Onder de door ons geïnterviewde organisaties lijkt een verschuiving van pgb naar vPT gaande te zijn.

I: Ik begrijp dat de mensen zorg vergoed krijgen via het pgb. Nu zijn er ook particuliere instellingen die kiezen voor het vPT of MPT. Wat is jullie afweging geweest om voor... ?

R: Ja, dat zijn we nu opnieuw aan het afwegen, moet ik zeggen. [...] Ik ben er wel serieus naar aan het kijken om naar een vPT eventueel over te stappen. Ja, er is nooit heel erg naar gekeken, eigenlijk. Pgb was er zeg maar en andere initiatieven deden dat ook, dat zijn mijn voorgangers geweest die daarvoor hebben gekozen. We zijn dat nu een beetje aan het vergelijken van: wat is handiger? Allebei heeft zijn voordelen, hoor en zijn nadelen, moet ik zeggen. (PWZO 5: directeur)

R: Nu zijn we overgenomen door een grotere [particuliere woonzorgorganisatie] en nu gaan we waarschijnlijk allemaal naar het zorgkantoor. Dus op een gegeven moment gaan alle pgb's weg.

I: Dan wordt alles vPT?

R: Dan wordt alles vPT, dat is veel makkelijker. (PWZO 2: locatiemanager)

Alle particuliere zorgorganisaties die wij spraken, lijken te zijn begonnen met het pgb. Dat was destijds blijkbaar de meest voor de hand liggende of minst moeilijke optie. Een geïnterviewd ondernemersduo (PWZO 4) geeft aan dat toen zijn onderneming begon met een klein aantal locaties het zorgkantoor geen interesse had in een contract. Nu het duo meerdere goedlopende locaties heeft, zijn een contract en daarmee het vPT wel mogelijk:

R: *Als je dan één of twee locaties hebt in Nederland, dat is leuk, maar dan word je nooit gezien als speler. We hadden één of twee locaties toen zei Menzis, en Achmea/Zilveren Kruis: 'Ja, doe maar pgb, hè. Een contract, laat maar zitten'. (directeur)*

R2: *Nu hebben we acht locaties. Nu hebben we het omgedraaid, nu zijn de zorgkantoren naar ons toegekomen met de vraag: 'Willen jullie geen contract?' (bestuurder)*

R: *Voor vijf jaar.*

Blijkbaar is een contract met het zorgkantoor aantrekkelijk voor veel particuliere ondernemers: twee van de vijf particuliere woonzorgorganisatie die wij bezochten, bieden enkel zorg uit pgb's en één daarvan overweegt om zorg uit vpt te gaan leveren. Bij de overige drie kan de zorg al via vpt/mpt geleverd worden. Een van hen heeft de mogelijkheid om zorg vanuit pgb te leveren afgeschaft, en een ander overweegt die stap ook te nemen. Voor de ondernemer betekent een (meerjarig)contract enerzijds dat hij (of zij) aan meer toezicht van het zorgkantoor onderworpen wordt, maar anderzijds dat hij meer financiële zekerheid krijgt en dat hij erkend wordt als speler in het veld. Ook het zorgkantoor ziet voordelen in een contract met particuliere woonzorgorganisaties (zie § 4.3).

Competent personeel

In een kleinschalige woonvorm is er geen 'vangnet' waarop men een beroep kan doen, zoals in een grootschalig verpleeghuis. Verzorgenden en verplegenden dragen doorgaans veel verantwoordelijkheid en dienen zelfstandig te kunnen werken. Het verschil met een afdeling van een 'doorsnee verpleeghuis' is dat de mensen er in de eerste plaats wonen, thuis zijn, en niet dat zij er vanwege hun beperking of ziekte 'verblijven'. De sfeer is huishoudelijk, mensen leven er hun leven en doen hun dagelijkse dingen en de verzorgenden volgen de bewoners. Dit betekent dat zij het huishouden runnen, en behalve zorg leveren bijvoorbeeld ook de was (helpen) doen en samen koken en eten. Er zijn geen vaste tijden om op te staan en de bewoners ontvangen hun bezoek wanneer dat uitkomt. In een van de organisaties kiest men om deze reden voor verzorgenden met minimaal niveau 3. Een andere organisatie werft haar personeel niet uitsluitend onder verzorgenden, maar ook uit andere branches, zoals kinderopvang en welzijn. Men wil hiermee het accent meer op wonen en welzijn leggen dan op de medische kant:

We hebben hier mensen aan het werk die hebben heel lang in de kindzorg gewerkt, en die... nou, fantastisch! Het is ook het welzijn van een mens en daar hoef ik geen niveau 5 hier rond te hebben lopen, want die zijn veel meer met het beleid bezig en met protocollen [...]. Wij hebben zoiets van: waar wordt iemand rustig van? Waar wordt iemand ontspannen door? Wat moeten we doen als iemand verdrietig is? Dáár gaat het om en niet van welke zorg heeft iemand nodig en hoe doen we dat dan? [...] De verdieping ligt veel meer bij het sociale. Van hé, als u onrustig bent, waar kan ik u dan mee troosten en afleiden? Dat we de tijd krijgen om dat te onderzoeken met z'n allen. (pwzo 4: zorgcoördinator)

Een andere competentie die belangrijk wordt gevonden door sommige aanbieders van woonzorg voor ouderen met hoge inkomens, heeft te maken met de omgangsvormen tussen verzorgende en bewoner:

Ja, hoe voelt dat als iemand, hè... Want een mevrouw, een oudere dame die zelf arts is geweest, die zegt: 'Zakdoek.' Ja, of ik hem even wil pakken. Daar moet je niet van schrikken, daar moet je wel tegen kunnen. Het is een lief mens verder, maar ik bedoel, als je daar niet tegen kan, dan heb je het hier moeilijker. (PWZO 1: zorgcoördinator)

Ja, daar liggen natuurlijk wel wat gedragscodes. Je gaat hier niet lopen je-en en jij-en en 'doei' en 'hoi' en dat soort zaken. [...] De clientèle komt toch uit het hogere segment. [...] Die zijn daarin ook dingen gewend [...]. Maar dat is ook wat wij willen uitdragen als particulier huis, omdat je wat extra's vraagt van de bewoner, namelijk dat ze hun eigen huur betalen, dan mag je daar iets tegenover zetten. (PWZO 3: staffunctionaris)

Deze laatste geïnterviewde vertelde ook dat nieuwe personeelsleden een cursus etiquette krijgen en liet een door de organisatie zelf ontwikkeld cursusboek zien met onder meer instructies voor de juiste plaats van servies en bestek bij het dekken van de tafel.

3.2 Bewoners van particuliere woonzorgcentra

Wie de gebruikers zijn van particuliere woonzorgvoorzieningen voor ouderen hangt mede af van de doelgroepen die de betrokken ondernemers voor ogen hebben. We hebben als gezegd niet met bewoners of hun familieleden zelf gesproken, maar baseren ons hier op wat de sleutelpersonen en ondernemers daarover vertelden. Dat beeld kwam overeen met de indruk van het type bewoners die wij bij onze bezoeken aan particuliere woonzorgorganisaties kregen.

3.2.1 Kenmerken van bewoners

Meestal, maar niet uitsluitend hogere inkomens

De bedragen die particuliere woonzorgvoorzieningen in rekening brengen, verschillen onderling sterk en zijn afhankelijk van de locatie, het gebouw, de grootte van het appartement, de servicekosten, de diensten die geleverd worden en de zorgvisie (zie ook Thaens 2015). Zoals we eerder al schreven, wordt de zorgcomponent in principe bekostigd vanuit de vergoedingen door de overheid (meestal Wlz, via pgb of vPT/MPT). Alle andere diensten en services, de huisvesting en de (meerkosten voor luxere) maaltijden komen doorgaans voor rekening van de bewoner zelf.² Bij een van de bezochte woonzorgaanbieders kunnen de kosten voor het wonen oplopen tot wel 8500 euro per maand, maar daarvoor krijgt de bewoner dan ook wat: een meerkamerappartement met bladgouden ornamenten op een toplocatie, een kok, wekelijkse concerten en de mogelijkheid eens per jaar een speciale wens in vervulling te laten gaan, zelfs al is dat een helikoptervlucht.

Meerdere geïnterviewden, zowel sleutelpersonen als ondernemers, merkten echter op dat het een misvatting is dat alleen rijke ouderen met een groot vermogen in een particuliere woonvoorziening kunnen wonen:

Nu lijkt het of dit alleen maar is voor de mensen met veel geld, maar ik kan je zeggen: het gros van de mensen die hier woont, ja, is bovengemiddeld geschoold en heeft een bovengemiddeld inkomen gehad, maar het is niet zo dat hier de rijken wonen, want die gaan echt niet voor dit bedrag hier naartoe, die organiseren het thuis. (PWZO 1: directeur/ondernemer)

Sommige mensen denken het eerst niet te kunnen betalen, maar die vergeten dat ze nog hun huis te koop kunnen zetten bijvoorbeeld, waar ook vermogen uit komt. We hanteren geen inkomensgrens, dus als mensen het hoe dan ook kunnen betalen, is het prima. (PWZO 3: staffunctionaris)

Particulier wordt vaak gekoppeld aan duurder, maar dat hoeft niet. Ze richten zich soms wel wat meer op dat duurdere segment, maar het hoeft niet. Je hebt ook wel particuliere initiatieven die zich gewoon op mensen met alleen een AOW of een AOW+ richten. (S5: medewerker kenniscentrum)

Desondanks lijken de meeste particuliere woonplekken toch vooral betaalbaar te zijn voor ouderen met een hoog inkomen of een hoog middeninkomen. Voor hen kan de eigen bijdrage bovendien een prikkel vormen om niet intramuraal te gaan wonen in een regulier verpleeghuis; in sommige gevallen zijn zij bij een particuliere aanbieder zelfs goedkoper uit. Een zorgondernemer rekent voor wat het financieel betekent om in zijn particuliere woonvoorziening in het 'lagere' segment te wonen:

Volgend jaar is het 1595 [euro] voor het wonen. En daar zit in: alle verzekeringen, het gebruik van alles, maar ook eten en drinken, wassen en strijken en zo zit erin. [...] Met dat tarief ben je er natuurlijk nog niet voor wat betreft je persoonlijke uitgaven, maar er wordt wel heel veel voor je geregeld natuurlijk. Je hoeft geen boodschappen meer te doen, je elektriciteitsrekening hoeft je niet te betalen, je kunt bellen, je kunt tv-kijken, alles zit daarin. Maar je hebt natuurlijk nog wel een zorgverzekering nodig voor jezelf en misschien nog wat andere dingen. [...] Je hebt een eigen bijdrage voor de zorg die je ook moet betalen. Dus ik zeg altijd, tussen de 2000 en 2500 euro netto moet iemand toch wel ter beschikking hebben aan inkomen om hier te kunnen wonen. En dan vallen mensen met alleen een AOW al af. En met AOW en een klein pensioentje red je het ook niet. (PWZO 5: directeur)

Voor ouderen uit de laagste inkomensgroepen lijkt particuliere woonzorg dan ook lastig te vinden te zijn. Geïnterviewden noemen een klein aantal particuliere organisaties die (ook) woonzorgplekken aanbieden voor mensen met een enkel AOW of AOW en een klein pensioen, waarvan de bekendste het Ben Oude NijHuis is. Het aantal plekken voor deze groep is beperkt:

Dan heb je dus [naam organisatie], maar die doen een mix op hun locaties van zeg maar middel-dure huur en sociale huur en dan weet ik dat ze dan een aantal appartementen, studio's, woningen voor sociale huur toewijzen, maar dat dat bijvoorbeeld twee van de zestien is, of zo. (S5: medewerker kenniscentrum)

Een ondergrens en bovengrens aan zorgzwaarte

In de particuliere woonzorgsector is sprake van diversiteit wat betreft zorgzwaarte en problematiek van de bewoners, van (nog) geen zorgbehoefte tot behoefte aan zeer zware zorg. Een deel van de particuliere woonzorghuizen hanteert geen toegangscriteria met betrekking tot problematiek en/of zorgzwaarte. Er zijn ook huizen waar cliënten een minimale zorgbehoefte moeten hebben om toegelaten te worden, zijnde een Wlz-indicatie. In andere huizen wonen bewoners zonder en met (zware) zorgbehoeften bij elkaar. Er zijn ook huizen voor cliënten met specifieke problematiek, veelal voor mensen met dementie. Dit heeft als voordeel dat specifieke deskundigheid in huis gehaald kan worden. Een ondernemer lichtte toe dat het wel of niet hanteren van toelatingscriteria op dit gebied samenhangt met de keuze voor werken vanuit een woonvisie of vanuit een zorgvisie:

We hebben ook mensen zonder indicatie. Dat is wel een bewuste keuze, een belangrijk dingetje, als je het hebt over particuliere woonzorg. [...] Je ziet ook een focusverschil. Ga je nou vanuit de zorgvisie en zorgconcept kijken naar de doelgroep of kijk je vanuit de woonvisie? Wij doen het in beginsel vanuit de woonvisie, dat wil zeggen, mensen willen op een bepaalde manier wonen die recht doet aan wat mensen gewend zijn, wat dat dan ook mag zijn. Je creëert een bepaalde entourage [...]. En de zorg is voor ons vanzelfsprekend. Je hebt ook heel veel van dit soort huizen die echt vanuit de zorg opgetuigd zijn, zoals eigenlijk de traditionele sector ook nog in elkaar zit. (PWZO 1: zorgcoördinator)

In de praktijk hebben de meeste bewoners van woonvormen waar men ook zonder zorgbehoefte terecht kan toch een Wlz-indicatie. Wonen tussen zorgbehoevende mensen wordt door velen niet aantrekkelijk gevonden:

I: Zijn er ook mensen die hier wonen die een Wmo-indicatie hebben?³

R: Nee. Eigenlijk bijna niet. Niet of bijna niet.

I: En hoe zou dat komen?

R: Ik denk omdat qua doelgroep hier toch de meeste mensen wel wat zorgbehoevender zijn dat het misschien iets afschrikt, want mensen met een Wmo-indicatie hebben vaak een lichtere zorgvraag dan mensen met een Wlz-indicatie. (PWZO 3: staffunctionaris)

Een ondernemer gaf aan verrast te zijn geweest dat zijn gemengde woonzorgvoorziening toch vooral de meest kwetsbare ouderen aantrekt:

I1: Maar [...] de grootste groep heeft beperkingen en heeft een hoge zorgbehoefte?

R2: Ja. [...] daar hebben we ons ook wel een beetje in laten verrassen, hè, want je hebt een droom, je realiseert dit huis, daar gaat een paar jaar aan vooraf met renoveren en alles. Dus dan is het toch even spannend van: wie komt er dan op af? En dan zie je in eerste instantie

wel een beetje een mix, maar het zijn kwetsbare mensen. En vaak op het moment dat de nood hoog is bij de familie. (PWZO 1: zorgcoördinator)

Als gevolg van de relatief hoge zorgbehoefte ligt de leeftijd van de bewoners in de particuliere woonzorgsector doorgaans hoog, al is de relatie niet één op één. De medewerkers van twee organisaties die daarover vertelden, gaven aan dat hun bewoners meestal tussen de 80 en 95 jaar zijn.⁴

De particuliere woonzorgsector ervaart ook beperkingen met betrekking tot de bovengrens, de maximale zorgzwaarte en problematiek. Bewoners kunnen met het toenemen van hun problematiek onwenselijk of zelfs gevaarlijk gedrag gaan vertonen. Dat geldt bijvoorbeeld voor bewoners met toenemende dementie, die naar buiten lopen en gaan dwalen of die agressief gedrag vertonen. Het is meestal niet mogelijk om de voordeuren en ramen op slot te doen; medebewoners willen zonder beperkingen naar buiten kunnen en slechts weinig particuliere woonzorgorganisaties hebben een Bopz⁵-aanmerking voor gedwongen zorg. Veel particuliere woonzorgvoorzieningen hanteren daarom uitsluitings- of verblijfscriteria:

We hebben een eigen poule aan specialisten ouderengeneeskunde en psychologen in dienst, dus op die manier zitten we wel bij de deur, zijn we echt wel aan het kijken of iemand past bij ons. We zijn nou eenmaal een open organisatie waar op bijna alle locaties zowel dementierend als niet-dementierend door elkaar woont, dus mensen moeten niet de neiging hebben om constant weg te lopen of niet heel agressief zijn waardoor ze een gevaar voor zichzelf en de medemens vormen. Mensen zijn dan niet op de juiste plek bij ons, omdat het gewoon niet veilig is, dus dan zou een gesloten instelling veel beter bij hen passen, alleen bieden wij dat niet. (PWZO 3: staffunctionaris)

De ondernemers gaven aan dat er grenzen zijn aan de zorg die zij kunnen bieden:

I: Ik neem aan dat mensen hier kunnen blijven wonen tot hun dood?

R: Ja, mits.

I: En wat is mits?

R: Dat mits is echt als iemand een gevaar wordt voor zichzelf of voor de omgeving, dan is het niet de juiste woonsetting meer, dan doen we iemand tekort. Als we iemand hebben die constant naar buiten rent en ook niet meer om zich heen kijkt of het wel kan, maar gewoon een blik heeft en ik moet naar buiten, ja, dan weten we dat het misgaat, want dan doe je iemand tekort. En dan moet je met de familie om de tafel gaan zitten: joh, kán dit nog? (PWZO 4: zorgcoördinator)

Mensen sluiten hier een contract met ons om te kunnen wonen, om zorgservice te krijgen, om noodzakelijke zorg te krijgen waar je een indicatie voor hebt of krijgt. Daarin geven we ook aan: ja, er kan zich een moment voordoen dat het gewoon hier niet meer te handhaven is. (PWZO 1: zorgcoördinator)

Een medewerker van een toezichthoudende instantie stelde:

Door de contacten met kleine aanbieders in de loop der jaren, merk ik dat deze mensen best heel veel goeie wil hebben en geld ook nooit zo het probleem is. Een beetje oplettende ondernemer, die krijgt dat best wel rond. Maar dan moet die wel zijn grenzen kennen. Die moet niet te hoge zorgzwaarte aannemen. (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

Het zorgkantoor kan een woonzorgondernemer hierin ook beperken, zo geeft een medewerker van een zorgkantoor aan. Bijvoorbeeld door declaraties af te wijzen wanneer het de situatie niet verantwoord acht.

Aan de zorgzwaarte van bewoners in de particuliere woonzorg zit doorgaans dus zowel een ondergrens als een bovengrens. Die ondergrens is bij veel particuliere woonzorgaanbieders een Wlz-indicatie. Ouderen met de hoogste Wlz indicaties (vanaf zorgprofiel vv 07) zijn echter beter op hun plaats in een regulier verpleeghuis, waar de mogelijkheden voor het bieden van complexe zorg beter zijn gewaarborgd. Dit kan betekenen dat ouderen soms alsnog moeten verhuizen. Hierop komen we terug in paragraaf 3.3.

3.2.2 Motieven van bewoners

Ouderen kunnen verschillende redenen hebben om in een particulier woonzorgcentrum te gaan wonen. Welke keuzemogelijkheden zij precies afwegen komt uit dit onderzoek niet naar voren, omdat we niet met ouderen zelf of hun familieleden hebben gesproken. De hierna weergegeven redenen om naar een particulier woonzorgcentrum te verhuizen, zijn gebaseerd op wat de ondernemers, hun (zorg)managers en de sleutelpersonen hierover vertelden.

Omdat het thuis niet meer gaat

Voor deze verkenning zijn particuliere woonzorgorganisaties geselecteerd waar mensen met een Wlz-indicatie terecht kunnen. In veel gevallen kunnen mensen hier ook zonder indicatie terecht, maar dat blijkt in de praktijk niet vaak voor te komen. De ondernemers vertellen dat de meeste ouderen naar een particulier woonzorghuis verhuizen omdat het thuis niet meer gaat en de zorg daar te belastend wordt voor de mantelzorgers en naasten:

De stap om hier te komen, maken ze soms niet meer echt bewust. Eigenlijk doen ze dat omdat de kinderen zeggen: 'Het gaat eigenlijk niet meer thuis.' (PWZO 5: locatiemanager)

Het is best wel spannend, want ja, de uiteindelijke bewoner/bewoonster die kiest er niet voor, want die wil liever thuis blijven wonen. (PWZO 1: zorgcoördinator)

De mensen die bij ons komen, over het algemeen hebben ze al wel een zorgvraag. [...] Als thuiszorg niet meer toereikend is en de beurs het toelaat, dan komen ze vaak bij een organisatie zoals de onze terecht. (PWZO 3: staffunctionaris)

Voor een deel van de ouderen in particuliere woonzorgcentra lijken echter ook andere redenen een rol te spelen, zoals een beschermde omgeving met toezicht en niet alleen willen zijn, zonder dat er een indicatie voor langdurige zorg is. Dat is bijvoorbeeld het geval bij een zorgorganisatie in het duurdere segment:

We hebben hier ook mensen wonen die eigenlijk een lichte zorgvraag hebben. Maar het varieert ook nog eens per locatie, dus er zijn bepaalde locaties, daar is echt driekwart van de bewoners zeker dementerend, maar er zijn ook locaties zoals hier in [naam stad] waar mensen nog lekker zelfstandig de deur uitgaan en die hier komen wonen, toch voor een soort bescherming en gezelligheid. (PWZO 3: staffunctionaris)

Een particuliere woonzorgaanbieder kan in principe zorg bieden zonder een indicatie van de overheid. Wij kwamen deze situatie tegen bij een van de particuliere woonzorgcentra die wij bezochten.⁶ Daar woonden ook enkele ouderen uit het buitenland, zoals (familieleden van) expats die niet in Nederland verzekerd zijn en Nederlanders die zijn teruggekeerd na een langdurig verblijf in het buitenland en pas na een wachttijd in aanmerking komen voor Wlz-zorg. Zij betalen de kosten voor de zorg die zij krijgen dan (tot er wel een indicatie is) zelf.

Vanwege het wonen

Ook als er wel een indicatie is voor Wlz-zorg, kunnen er verscheidene redenen zijn om voor een huis in de particuliere sector te kiezen:

Niet om de zorg, het gaat echt om het particulier wonen, dus dat je zelf de baas bent over je huis, kamer, appartement, daarin kan bepalen wil ik wel of niet eten en hoe doe ik dat eten en wil ik veel of wil ik weinig, dat kun je allemaal zelf doen. (PWZO 2: locatiemanager)

De bewoners zijn in de eerste plaats huurders en hebben een eigen appartement of kamer, waarover zij volgens de particuliere woonzorgaanbieders meer zeggenschap hebben dan cliënten in de meeste reguliere verpleeghuizen:

Zo hebben wij iemand, die heeft wel twintig schilderijen aan de muur hangen, prachtig, prachtig! Diegene voelt zich thuis [...]. Het kan allemaal. Het is echt: iemand huurt een appartement en daar komen de servicekosten bij en allerlei andere zaken en 'that's it'. (PWZO 4: zorgcoördinator)

Een zorgcoördinator vertelde dat de zorg in een particulier woonzorgcentrum eigenlijk '24 uursthuiszorg' is, maar dan binnen de beschermende muren van het huis. Niet de zorg, maar het wonen en het welzijn van de bewoners staan voorop. De indruk die sommige van de bezochte locaties bieden bevestigde dat. Op een van de locaties hing het wasgoed aan een droogmolen in de tuin en liepen de bewoners in en uit voor een boodschapje of een wandelingetje in het dorp, terwijl anderen de afwasmachine uitruimden. In een huis van een andere aanbieder heerste een heel andere, maar evengoed huiselijke sfeer: in de tuin van het statige pand rookte een man met hoed een sigaar met zijn benen op tafel. In weer een ander particulier woonzorgcentrum loopt een hond rond:

Dat is de résidencehond! Die doet wonderen. [...] Dat is echt de huishond en daar gaan we elke dag mee lopen. [...] Het eerste wat ze altijd vragen is: 'Waar is Puck?' (locatiemanager)

Een deel van de ouderen is zeer kritisch over een eventuele verhuizing naar een regulier verpleeghuis. Een medewerker van een toezichthoudende instantie vertelt:

Ik denk toch dat de huidige generatie ouderen andere eisen stelt aan haar oude dag dan de jaargangen daarvoor. En bepaalt meer van: ik wil daar en daar wonen, zo en zo wonen, door die en die geholpen worden, enzovoort dan lijdzaam op een bepaalde leeftijd naar vroeger het klassieke bejaardentehuis te verhuizen. (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

Omdat de familie het wil

De familie van de ouderen lijkt in de keuze voor een particuliere woonzorgorganisatie een grote rol te spelen, onder meer omdat de oudere zelf vanwege zijn problematiek minder goed in staat is daartoe te beslissen. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het daarom ook van belang is dat de familie zich 'goed' voelt bij de woonzorgvoorziening:

Daar is volgens mij helemaal geen onderzoek naar gedaan van wat voor mensen trekt het nou aan of wie kiest daar nou voor? Maar het enige wat wij dus wel veel horen, en wat ik ook van dat soort ondernemers en zo hoor, is dat inderdaad de kinderen heel erg meebepalen. En dat dit soort concepten hen meer aanspreekt dan een traditioneel verpleeghuis en dat dat dus een belangrijke factor is. Dat dan kinderen zeggen van: 'Nou hè, ma dit is een mooie locatie, doe deze maar,' dus dat die heel bepalend zijn in de keuze. (S5: medewerker kenniscentrum)

Je voelt je helemaal verloren als familie [...] in zo'n groot huis [...] met afdelingen en gangen die hetzelfde zijn of die net een andere kleur hebben. 'Mijn moeder woont op groen', 'O ja, mijn moeder woont op oranje'. Weet je, dat is toch meer ziekenhuisachtig. [...] Het is groter, het is minder persoonlijk, het ruikt er vaak ook anders en zo. [...] Het is de hele ervaring als familie als je naar je vader of moeder op bezoek gaat in een grootschalig verpleeghuis of zoals wij dat dan hebben, ja, dat is een wereld van verschil. (PWZO 5: directeur)

De woonzorglocaties die voor deze verkenning werden bezocht, hebben een heel ander karakter dan een gemiddeld verpleeghuis:

De gebouwen die ontworpen zijn voor verpleeghuizen, die zijn niet gebouwd om in te wonen die zijn gebouwd om te verplegen. (PWZO 5: directeur)

... en vanwege de eigen regie

Medewerkers van particuliere woonzorgaanbieders en sleutelpersonen noemen ook persoonsgerichtheid en eigen zeggenschap als redenen voor ouderen om voor hun locaties te kiezen:

Mensen die hier komen, specifiek naar deze locatie, die kiezen ook wel voor een stukje uitstraling, dat ze ook gewend zijn en voor de kleinschaligheid, dus dat je een stukje persoonlijke aandacht hebt, dat je niet in een soort eenheidsworst wordt geperst. En dat is natuurlijk ook wat wij proberen te bieden hier, dat je natuurlijk de mensen zo goed mogelijk bekijkt in hun behoefte en kijkt in hoeverre je invulling daaraan kunt geven. (PWZO 1: zorgcoördinator)

Je hebt een kleinere locatie, je kan wat mensgerichtere zorg leveren, minder gericht ook op de zorg, gewoon echt op een mooie woonlocatie, een mooie beleving. Ja, het is heel iets anders dan een traditioneel verpleeghuis [...], qua beleving is het wel heel iets anders. (S5: medewerker kenniscentrum)

Dat is [...] ook wel iets als je hier woont, [...] dat je ook je eigen ding kan blijven doen, zoals je altijd geleefd hebt. En ook in de avond, sommige mensen gaan heel vroeg naar bed omdat ze dat fijn vinden, maar sommigen ook heel laat. En dat is prima. [...] Alles is mogelijk hier. (PWZO 5: directeur)

Een zorgcoördinator van een particuliere woonzorgorganisatie stelt dat ouderen in verpleeghuizen meer worden gezien als patiënten, terwijl zij in de particuliere woonzorg worden beschouwd als bewoners en meer ruimte krijgen voor hun eigen wensen en behoeften:

En wij passen ons aan de bewoner aan en niet de bewoner aan ons. Want laten we heel eerlijk zijn, in verpleeghuizen, in reguliere huizen gebeurt dat. Iemand wordt opgenomen, hier komt iemand wonen, dat is al een verschil. (PWZO 4: zorgcoördinator)

Mogelijkheden voor echtparen

Wat tot slot kan meespelen in de keuze voor een particuliere woonzorgvoorzieningen is dat deze in sommige situaties meer mogelijkheden bieden, zoals het meeverhuizen van een partner met een andere problematiek of zonder indicatie:

Je ziet vooral echtparen die op zoek zijn. We krijgen mensen uit het hele land, omdat wij merken dat het bijna nergens kan: iemand met dementie en iemand met zwaar somatische zorg, dat dan allemaal in één appartement woont. (S1: lid brancheorganisatie)

In de andere locatie hebben we twee appartementen, daar komt er nog één bij, dus dat appartement gaat ook verhuurd worden, dus zouden we drie echtparen hebben. Ik vind het een hele mooie aanbieding voor mensen die al veertig, vijftig jaar bij elkaar wonen, leven, waarvan de één iets krijgt, dan moeten ze uit elkaar of de ene moet naar het verpleeghuis of... ja dat is zo schrijnend. (PWZO 5: directeur)

Ook bij reguliere zorginstellingen heeft een partner die geen (Wlz-)zorg nodig heeft het recht om mee te verhuizen, maar in de praktijk gebeurt dat niet vaak. De redenen daarvoor zijn niet precies bekend, maar mogelijk speelt mee dat de woonomgeving in een regulier

verpleeghuis niet aantrekkelijk is of dat er geen tweepersoonskamers beschikbaar zijn. Ook wordt er bij reguliere verpleeghuizen meer aanbodgericht gewerkt en naar zorgbehoefte ingedeeld:

Er zijn reguliere zorgaanbieders die hebben een huis waar alles vooral zzp5 wordt geboden, bijvoorbeeld mensen met dementie. En een ander huis waar we dan somatische zorg bieden.
(S1: lid brancheorganisatie)

Dat kan voor de organisatie voordelen hebben, bijvoorbeeld met betrekking tot de specialistische deskundigheid van het team en het bieden van hoog specialistische zorg.

Bij een van de particuliere woonzorgorganisaties wordt het meeverhuizen ontmoedigd om een andere reden, namelijk het welzijn van de 'gezonde' partner:

Wij hebben ook al gezegd: ja, moet je dan echtparen laten komen waarvan de één niet een indicatie heeft? [...] Maar dan zit je wel tussen allemaal mensen met dementie, 24 uur per dag. En dan kan je zeggen: ja, maar dan ga ik even naar m'n kamer, naar m'n appartement, maar je zit er 24 uur per dag, je hoort het, je ziet het, je ruikt het, ik bedoel... alles! En je ziet ook alleen maar mensen achteruitgaan. Wil je dat? En dan kun je nóg zo veel van je partner houden, maar dat is zwaar hoor. (PWZO 4: zorgcoördinator)

De directeurs van de organisaties met aanbod voor echtparen denken daar anders over:

Dat kan wel, [...] ja, dat kan gewoon samen. En dan kijken we van: hoe kunnen we moeder ontlasten of vader. Ja, daar wordt gekeken, heel cliëntgericht. En dat missen mensen denk ik vaak. (S1: lid brancheorganisatie)

Maar dat zien we niet zo veel hè, dus dat het echt iets voor echtparen is. Het maakt het soms ook wel complex, maar goed, daar kom je dan ook nog wel uit. Want als die meneer of mevrouw nog redelijk goed is, die gaat zich natuurlijk wel bemoeien met hoe wij de zorg doen en zo. Dus het is een iets andere afstemming, maar ja, voor die persoon is het ook heel prettig, want die kan namelijk wel gewoon weg. Die kan ook uit het huis, die kan ook naar vrienden of naar zijn biljartclub of... gewoon op vakantie gaan of met zijn kinderen op pad. En dan blijft de partner bij ons in de verzorging. Dat is natuurlijk hartstikke fijn eigenlijk. Een hele goede oplossing vind ik. Het is eigenlijk raar dat het er bijna niet is. (PWZO 5: directeur)

Hoewel we de indruk kregen dat het huisvesten van echtparen in de particuliere woonzorgsector wat meer voorkomt dan in reguliere verpleeghuizen, lijkt het ook hier eerder uitzondering dan regel.

3.3 Knelpunten in de praktijk van particuliere woonzorg voor ouderen

Het lijkt eenvoudig om een woonzorglocatie voor ouderen te starten: een huis neerzetten, de appartementen verhuren en het benodigde personeel aannemen. In de praktijk blijkt het echter niet eenvoudig om een woonzorglocatie voor ouderen te runnen:

Er komt echt veel bij kijken. Ja, je runt een huis, dat is aan de ene kant hoe moeilijk is het? Twintig mensen/bewoners, familie en dertig medewerkers, huizen. Laten we het niet ingewikkelder maken, [...] maar om dat te runnen, dan moet je echt aan heel veel denken gewoon, en doen. (PWZO 5: locatiemanager)

In de particuliere woonzorg kunnen zich verschillende knelpunten voordoen. In de gesprekken hebben wij de sleutelpersonen, ondernemers en (locatie- of zorg)managers gevraagd of en welke knelpunten zij in de praktijk ervaren. Ook brachten wij soms zelf knelpunten aan waarvan bekend is dat die in de zorg spelen en vroegen in hoeverre zij deze herkenden. We beginnen bij knelpunten die vooral voor de ondernemers spelen, en bespreken daarna enkele problemen waarmee bewoners in de praktijk te maken kunnen krijgen.

3.3.1 Knelpunten voor ondernemers

Weinig ruimte in personele inzet

Sinds enkele jaren neemt het tekort aan personeel in de zorg toe, een ontwikkeling die in de toekomst naar verwachting nog zorgwekkender zal worden (De Jong en Kooiker 2018; De Klerk et al. 2019). In hoeverre ondernemers van particuliere woonzorgorganisaties hiermee al mee te maken hebben is de vraag; wellicht kunnen zij meer geld uitgeven aan personeel (zie ook in hoofdstuk 4) en kunnen zij hun werknemers aantrekkelijker arbeidsvoorwaarden bieden. Uit de interviews met ondernemers komt naar voren dat de meeste aanbidders van particuliere woonzorg voor ouderen nog geen last hebben van krapte op de arbeidsmarkt. In de Randstad speelt dit probleem wel:

I: En merken jullie ook iets van die krapte op de arbeidsmarkt?

R: Ja, dat merken wij wel. Het is gewoon lastig. [...] Als wij te weinig personeel in huis hebben, nemen we op dat moment even geen mensen [nieuwe bewoners] meer aan, omdat we wel aan een standaard willen voldoen die voor de rest van de organisatie staat. (PWZO 3: staffunctionaris)

Voor kleine ondernemers is een tekort aan personeel moeilijker op te vangen dan voor grote instellingen, waar meestal wat meer te schuiven valt met personeel of met bewoners. Door de kleinschaligheid heeft bijvoorbeeld een verandering in zorgzwaarte bij bewoners of een niet opgevulde vacature een relatief grote impact op de organisatie van de zorg. Ook kan de ene dag sprake zijn van een tekort en de volgende juist van een teveel aan personeel:

Overlijden drie mensen en je hebt geen wachtlijst meer, staan drie kamers leeg. En als je er maar dertien hebt, dan is dat best veel. [...] Maar daar zie je dus de kwetsbaarheid van zo'n zelfstandige. Er komt gewoon veel bij kijken. (PWZO 4: bestuurder/ondernemer)

Hoe ondernemers met die schommelingen omgaan, verschilt per organisatie. Een van de ondernemers werft zijn personeel niet exclusief onder verzorgenden en verpleegkundigen, zoals hiervoor al werd beschreven. Een andere organisatie kiest ervoor om flexibel te zijn door met zzp'ers te werken:

Wat we nu ook zien, is dat veel personeel als zzp'er aan de slag gaat en benaderd worden om zzp'er te worden. Ja, daar zit toch wel een financieel voordeel aan. En wat zorgverleners zelf aangeven, is dat ze a) diensten kunnen draaien die ze willen, want als je zzp'er bent kan je gewoon zeggen: ik doe geen weekenddiensten en nachtdiensten meer en dan en dan ben ik op vakantie [...] en b) je hebt niet of minder te maken met alle administratieve lasten die binnen een organisatie spelen, omdat je geen onderdeel bent van een organisatie.

(S8: medewerker brancheorganisatie)

Maar dat zijn niet zzp'ers die één of twee keer komen werken, maar die eigenlijk al jaren bij ons in dienst zijn en regelmatig bij ons langskomen, waardoor ze ook bekend zijn bij de bewoners en dat vinden we heel belangrijk, want dat persoonlijke stukje is wel een speerpunt van de organisatie. (PWZO 3: staffunctionaris)

De zzp-constructie kan voor werknemers dus betekenen dat zij meer zeggenschap hebben over werktijden en beloning. Een organisatie die met zzp'ers werkt, kan door deze constructie echter de cao ontlopen en zich bijvoorbeeld niet aan de Arbeidstijdenwet houden. Particuliere woonzorgcentra zijn niet altijd cao-plichtig, ook niet voor vast personeel. Volgens een van de sleutelpersonen wordt de cao bij de particuliere woonzorgcentra dan ook niet altijd uitgevoerd. Voor leden van branchevereniging Actiz is de uitvoering van de cao verplicht.

Opleiding sluit niet aan bij behoeften

Een van de geïnterviewden concludeert dat er in de opleiding nauwelijks aandacht is voor de specifieke competenties die een verzorgende in de kleinschalige woonzorg nodig heeft:

Ja, die competenties zijn anders denk ik dan wat je standaard nodig hebt, [...] De sector staat echt nog in de kinderschoenen. Er is geen aandacht voor bij opleidingen, voor zover ik weet, ook niet op mbo-niveau hè, want wij zitten vooral met mensen niveau 2, 3 hè, dat is zo'n beetje waar je uit put op de arbeidsmarkt. (PWZO 1: directeur/ondernemer)

Bij een van de organisaties vindt men dat de huidige opleidingen voor verzorging en verpleging te eenzijdig gericht zijn op medische zorg en nog te weinig op welzijn. Men denkt er zelfs over om een eigen opleiding op te zetten om personeel te scholen in precies die kennis en vaardigheden die passen bij de visie van de organisatie:

R1: *Ja, mensen worden dus niet opgeleid eigenlijk om goede zorg te leveren. Mensen worden heel erg opgeleid voor dat technische/medische stuk. Maar het emotionele stuk niet, gewoon nul. En nu zoeken we mensen waar dat inzit of waar we het in herkennen dat we denken: nou dat kunnen we ontwikkelen in die mensen. Maar er is geen opleiding in Nederland, dus daar zijn we wel ondernemer genoeg voor om te denken: nou, dan gaan we zelf een mbo-opleiding maken.*

R2: *Serieus hoor, dat zijn we nu aan het doen, want dat is er niet. (PWZO 4: bestuurder/ondernemer en directeur/ondernemer)*

Geen complexe zorg kunnen bieden

Het is een gegeven dat de gezondheidssituatie van ouderen in de tijd zal verslechteren en mogelijk complex zal worden. Van tevoren is niet te voorspellen hoe die ontwikkeling zal verlopen, maar doorgaans zal de zorgzwaarte na verloop van tijd toenemen.

Eerder in dit hoofdstuk kwam aan de orde dat een woonzorgorganisatie competent verzorgend personeel nodig heeft. Voor medische vragen kan een huisarts worden geraadpleegd, maar het is niet zeker dat die de gezondheidsproblemen wel tijdig herkent (Garvelink et al. 2018). Voor ouderen met complexe medische problemen is meer specialistische kennis nodig, maar er lijken slechts weinig woonzorgaanbieders te zijn die de beschikking hebben over een specialist ouderengeneeskunde (so) die de bewoners met regelmaat bezoekt. Een so in dienst nemen is voor een huis met twintig bewoners te duur. Bij organisaties met meerdere locaties zijn soms wel eigen so's beschikbaar. Een kleinschalige organisatie is afhankelijk van de mogelijkheid om afspraken te maken met een verpleeghuis in de regio over de inzet van een so. Het gaat dan meestal om een so op consultbasis, maar de vraag is of die basis voldoende is om goed zicht te hebben op de bewoner en de context waarin hij woont (Verenso 2018). Bovendien kan de zorgbehoefte van bewoners heel divers zijn. In de particuliere woonzorg worden zij immers vaak niet geselecteerd worden op type aandoening, met uitzondering van enkele initiatieven voor ouderen met dementie.

Hoewel de particuliere woonzorgorganisaties proberen zo goed mogelijk in te spelen op de behoeften van hun bewoners, is 'doorplaatsing' naar een regulier verpleeghuis vaak onvermijdelijk als de zorgvraag te complex wordt. De medewerkers van een toezichthoudende instantie die wij spraken, noemen dit een belangrijk knelpunt voor de particuliere aanbieders van woonzorg voor ouderen:

Ik heb het gewoon over de goed bedoelde, kleine aanbieder, die gewoon goed wil voor zijn cliënten, maar ook zijn of haar beperkingen niet ziet, niet goed weet hoe die daarmee om moet gaan, het geld ook niet heeft om zo'n so überhaupt in te schakelen. (S7: medewerker toezichthoudende instantie)

Soms blijkt de huisvesting niet geschikt om complexe zorg te bieden:

R1: *Zolders en trapje op, trapje af en deuren die niet breed genoeg zijn voor een stevige rolstoel. Geen faciliteiten hebben aan de plafonds om tilliften aan vast te maken. Allemaal van*

dat soort problemen komen naar voren. [...] Men kan het niet bieden en dan moeten cliënten alsnog verhuizen naar een andere voorziening.

Rz: Mensen die bedlegerig zijn, echt op de derde en vierde etage van zo'n mooie villa, die daar nooit meer wegkomen omdat het bed er niet uit kan. (S6, S7: medewerker toezichthoudende instantie)

Een medewerker van een toezichthoudende instantie noemt de manier waarop kleinschalige woonzorgvoorzieningen omgaan met ouderen in een gevorderd stadium van dementie die gedesoriënteerd zijn, gaan dwalen en de weg kwijtraken een 'knoepert van een probleem':

Dat is een kennis en kunde die hebben niet alle zorgaanbieders in huis. De Wet zorg en dwang komt eraan. Het zou mooi zijn als je het onderzoek daaraan bijdraagt van: hoe kan daar nou een positieve draai aan gegeven worden? Hoe kunnen deze mensen nou geholpen worden? Want dat opsluiten, die vrijheidsbeperking, is vaak wel een reden om mensen naar een gesloten afdeling te doen, naar een regulier verpleeghuis. [...] Er zou beter moeten worden nagedacht wat er nodig is om te zorgen dat zulke kleinschalige woonzorgorganisaties ook hoog complexe zorg kunnen bieden. (S7: medewerker toezichthoudende instantie)

Een medewerker van een andere toezichthoudende instantie stelt dat kleinschalige particuliere organisaties niet altijd hoog complexe zorg kunnen bieden:

De particuliere initiatieven zijn prima voor de reguliere dementiezorg, maar daar waar er echt gedragsproblematiek is, daar zijn ze niet toe uitgerust, daar zijn ook vaak hun woningen niet toe uitgerust. (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

3.3.1 Knelpunten voor bewoners

Gedurende langere tijd voldoende financiën?

Hoewel de benodigde zorg (Wmo, Zvw, Wlz) vanuit de overheid en de zorgverzekeraars wordt bekostigd, is doorgaans een bepaald financieel niveau nodig om in een particuliere voorziening te kunnen (blijven) wonen. Dit betekent dat wonen in zo'n voorziening voor ouderen met een laag inkomen en weinig vermogen veelal niet mogelijk is. Een geïnterviewde medewerker van een particuliere woonzorgvoorziening in het duurdere segment geeft aan dat de kosten een reden kunnen vormen om de verhuizing uit te stellen:

Hier wonen is vrij kostbaar, dus mensen proberen dat ook eigenlijk een beetje uit te stellen, omdat je natuurlijk wil voorkomen dat mensen hier wonen en uiteindelijk weer weg zouden moeten, omdat de beurs het niet meer toelaat (PWZO 3: staffunctionaris)

Gedwongen verhuizing bij toename van de problematiek

Bij toenemende zorgzwaarte en (gedrags)problematiek kunnen cliënten lang niet altijd in dezelfde woonzorgvoorziening blijven wonen (zie paragraaf 3.3). De juiste expertise is daar niet altijd aanwezig en slechts een enkele particuliere woonzorgvoorziening heeft een

Bopz-aanmerking en is een gesloten instelling. Bij verhuizing naar een particuliere woonzorgvoorziening is dus onbekend of de bewoner daar tot het einde van zijn leven kan blijven wonen. Bij de toelating wordt weliswaar een inschatting gemaakt van de zorgzwaarte, maar van te voren is niet zeker hoe die zich zal ontwikkelen:

Soms is het echt een beetje kijken in een glazen bol, want er komen dus ook mensen bij ons die beginnend dementerend zijn en je weet niet hoe dat zich later voortzet, maar daarom vind ik het wel belangrijk om het echt duidelijk aan hen en ook aan hun familie et cetera mee te geven, zodat ze wel weten mocht het gaan veranderen dat die kans [dat de oudere nogmaals moet verhuizen] er eventueel zou kunnen zijn. (PWZO 3: staffunctionaris)

Het is wel zo dat we twee keer hebben gehad in de ongeveer vijftien verhuizingen die we de afgelopen drie jaar hebben gehad, dat er mensen zijn weggegaan voordat ze zijn komen te overlijden. Maar dan had de familie al bedacht van: nou, mijn vader kan toch beter naar een besloten omgeving. (PWZO 1: zorgcoördinator)

Bij sommige woonzorgaanbieders kan dan besloten worden om de bewoner naar een andere locatie te verhuizen, waar de omstandigheden gunstiger zijn of de benodigde deskundigheid wel aanwezig is. Als een aanbieder geen andere (passende) locatie heeft, zal hij met het zorgkantoor op zoek gaan naar de best passende oplossing, en dat is dan vaak een regulier verpleeghuis.⁷ Het zorgkantoor heeft ook de taak om te beoordelen of de aanbieder die de zorg uit Wlz-indicatie wil declareren daartoe competent is:

Als iemand bij ons een contract krijgt, dan spreken wij ook de prestaties af. Dus dan zeggen wij: oké, wat is je cliëntenpopulatie, welke indicatie hebben zij? Oké, zpz5? Dan is dat wat je bij ons mag factureren. Op het moment dat jij een zpz7, wat echt gedragsproblematiek bij dementie is, wilt declareren, dan willen wij zeker weten dat jij ook de competenties in huis hebt om die zorg goed te leveren. Dit was een aanbieder die net begonnen was en die op enig moment dacht nou, ik ga zpz7. Dat hebben wij afgewezen, omdat wij zeiden: 'Ja, maar jij hebt niet de expertise in huis om dergelijke zware problematiek aan te kunnen.' Wij denken dat er ook bij [naam particuliere zorgaanbieder] op enig moment cliënten zullen zijn die toch moeten doorstromen naar een regulier verpleeghuis, omdat wat je ziet tot nu toe, het is allemaal vrij nieuw. (medewerker zorgkantoor)

Bewoners van reguliere verpleeghuizen hebben natuurlijk met dezelfde problematiek te maken. Zij kunnen – zeker als het een wat groter verpleeghuis betreft – zo nodig echter vaker intern doorschuiven, waardoor ze in een enigszins bekende omgeving kunnen blijven wonen.

Gedwongen verhuizing als de partner met zorgbehoefte overlijdt

Particuliere woonzorgvoorzieningen bieden echter vaker dan reguliere instellingen de mogelijkheid om bij elkaar te blijven wonen, ook wanneer de partner geen indicatie of andere problematiek heeft (zie § 3.1). Daarbij kunnen zich echter verschillende belemmeringen voordoen. Zo is het aantal voor samenwonen geschikte appartementen beperkt en

moet een echtpaar doorgaans meer betalen, omdat de servicekosten voor twee personen hoger liggen. Daarnaast kan een verhuizing naar een particuliere woonzorgvoorziening voor de partner, die mogelijk relatief gezond is, betekenen dat hij of zij tussen zeer zorgbehoevende mensen komt te wonen. Tot slot is er de vraag wat er met de partner gebeurt wanneer de persoon met de grootste zorgbehoefte komt te overlijden of naar een ander (regulier) verpleeghuis moet verhuizen. Als de partner zonder zorgvraag overblijft, heeft de ondernemer minder inkomsten om de zorg voor de voorziening rond te krijgen. Particuliere ondernemers gaan hiermee verschillend om. Soms kan de partner in de voorziening blijven wonen:

Ja en dan hopen we dat ze snel een indicatie krijgen. [...] Wij hebben er nou twee wonen waarvan de partner dus is overleden die een indicatie had en die andere twee niet hebben. En daar verliezen we op. (PWZO 2: locatiemanager)

Bij andere voorzieningen kan dat niet, en worden van tevoren individuele afspraken gemaakt over dergelijke situaties:

Ja, daar hebben we regelingen voor, dat spreken we van tevoren af. En nu is het zo dat mensen een x aantal maanden de tijd hebben om iets anders te zoeken, [...]. Het is uiteindelijk wel de bedoeling dat degene die dan overblijft zonder zorg, die zou moeten verhuizen. Dat hebben we nooit aan de hand gehad, omdat mensen die wat ouder zijn eigenlijk altijd allebei wel meer zorg ergens mettertijd krijgen. [...] En ik ben daar ook heel coulant in om te zeggen van: als er niks voor iemand zou zijn, we gaan ze ook niet op straat zetten. Maar het mag eigenlijk niet, want vanuit de bestemming, het zijn zorgwoningen, dus daar mag niet iemand wonen zonder enige zorg, daar is het niet voor bedoeld. (PWZO 5: directeur)

Belangen bewoner en ondernemer kunnen oordeelvermogen vertroebelen

In de ouderenzorg is het als gezegd een gegeven dat de complexiteit van de gezondheidsproblemen in de loop der tijd zal toenemen, en in kleinschalige organisaties is het veel moeilijker om de daartoe benodigde specialistische kennis in huis te hebben. Voor de bewoner kan het ontbreken van professionele kennis een risico zijn. Volgens een van de sleutelpersonen blijven bewoners soms te lang in een kleinschalige woonzorgorganisatie wonen waar onvoldoende specialistische zorg wordt geboden. Daarbij spelen verschillende belangen een rol. Voor de ondernemer betekent overplaatsing van een bewoner naar een regulier verpleeghuis dat er een lege plek moet worden opgevuld. Waarschijnlijk komt er dan een bewoner met een minder hoge zorgindicatie, en dus minder financiële middelen. Maar ook bewoners zelf willen liever niet alsnog naar een verpleeghuis verhuizen:

Op het moment dat ik geboren ben in, nou noem eens een plaats, Didam en ik word ouder en ik heb daar mijn familie en mijn kennissen wonen en ik heb zelf mijn kleinschalige, particuliere huis gezocht, dan wil ik daar niet meer weg als ik aan het eind van mijn leven kom. Om dan te beoordelen dat die zorg onvoldoende is omdat ik én dement word én iets met mijn longen heb en ook nog doorligplekken heb en allerlei [...]. Of die deskundigheid in dat huis zit, wordt dan minder belangrijk. In ieder geval let ik daar minder op. Ik krijg wel allerlei

frustraties [...] en dat is echt een nijpend probleem. (S6: medewerker toezichhoudende instantie)

Risico's voor ouderen bij uit pgb gefinancierde woonzorg

Een deel van de bewoners van particuliere woonzorgvoorzieningen betaalt de zorgkosten met een pgb. De gedachte van het pgb is dat de zorgvrager door het zelf inkopen van de zorg veel zeggenschap heeft over de zorg die hij krijgt (zie hoofdstuk 2):

Het is een uitnodiging om iets te vinden van een product dat geleverd wordt. En dat mis ik in een vPT. (PWZO 4, bestuurder/ondernemer)

Zelf zorg inkopen vraagt echter veel van de budgethouder, dat wil zeggen de oudere of diens vertegenwoordiger. De geïnterviewde medewerker van een zorgkantoor stelt dat ouderen die gebruikmaken van een pgb kwetsbaar zijn voor misbruik:

Laat vooropstaan, ik ben vóór de keuzevrijheid in leveringsvorm van zorg [...]. Ik vind het heel goed dat er een pgb is, maar tegelijkertijd, omdat die controle er niet is, wij zeggen nu bij zorg in natura, vPT, MPT: 'Beste cliënt, u móét dat overzicht krijgen.' Bij een pgb hebben wij daar niks van te vinden. Dus als die aanbieder dat niet aanbiedt aan die cliënt gebeurt het ook niet. En wij hebben het over een héle kwetsbare groep, die vaak allang blij is dat ze goed verzorgd worden in hun beleving en die gaan echt geen stampij maken over een rekening die zij al dan niet krijgen. (medewerker zorgkantoor)

De zorgkantoren lijken de laatste tijd meer geneigd om met nieuwe particuliere woonzorg-aanbieders contracten af te sluiten en de zorg via een vPT te laten leveren, zeggen beide brancheverenigingen in ons onderzoek. Ook sommige ondernemers erkennen de voordelen hiervan voor bewoners. Zo legt een medewerker van een zorgaanbieder uit:

Sommige mensen vinden met pgb toch ingewikkeld [...]. Het is toch financiële last die dan op je schouders komt te liggen, terwijl mensen vaak hun familieleden of zelf naar ons verhuizen om ontzien te willen worden. Maar wij proberen wel een vPT of een MPT te stimuleren, omdat het voor hen dan ook iets duidelijker is waar ze aan toe zijn. (PWZO 3: staffunctionaris)

Daarmee is niet gezegd dat ouderen met een vPT minder kwetsbaar zijn dan met een pgb. Bij een vPT of MPT is de oudere afhankelijker van de afspraken die de ondernemer met het zorgkantoor maakt. Een oudere met een pgb die niet zelf in staat is dit te beheren, is tevens afhankelijk van zijn vertegenwoordiger.

3.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk kwam de praktijk van de particuliere woonzorg in beeld: de ondernemers, hun kenmerken, motieven en hulpbronnen en de bewoners en de redenen waarom zij voor deze woonvorm kiezen. Vervolgens zijn de mogelijke knelpunten die in de praktijk kunnen spelen aan bod gekomen.

De initiatiefnemers van particuliere woonzorg zijn vaak bevroegen zorgprofessionals of ondernemers uit het bedrijfsleven met een passie of (negatieve) ervaring met familieleden in een zorginstelling. Alleen idealisme of alleen ondernemerschap is niet voldoende om het te redden in de woonzorgsector; van beide elementen is een dosis nodig. Motieven van de ondernemers zijn vaak dat zij willen laten zien het 'goed of nog beter te kunnen, voor minder geld', persoonsgerichte zorg willen bieden en meer de nadruk op het wonen en welzijn willen leggen dan in de reguliere zorg gebruikelijk is. Er zijn ook ondernemers die vooral een winst oogmerk hebben, wat geen probleem is zolang de zorg van goede kwaliteit is. Voor een gezonde onderneming zijn voldoende inkomsten uit de huur en services nodig. Om het leveren van (24 uren)zorg rendabel te laten zijn, dienen voldoende bewoners te beschikken over een zorgindicatie. Ondernemers beginnen vaak met het bieden van zorg uit een pgb, maar er lijkt sprake van een trend om over te stappen op vpt, waarvoor een contract met het zorgkantoor nodig is. Wat betreft personeel vraagt kleinschalige particuliere woonzorg enigszins andere competenties, omdat medewerkers meer allround taken verrichten en zelfstandiger moeten kunnen werken. Ook kunnen eisen aan de omgangsvormen van het personeel worden gesteld.

De bewoners van particuliere woonzorgcentra hebben vaak een hoger inkomen, maar ook ouderen met een midden- en soms zelfs een laag inkomen kunnen in dergelijke voorzieningen terecht, hoewel het aanbod voor de laatste groep nog zeer gering is. Mensen met de allerhoogste inkomens regelen vaak particuliere zorg thuis, en maken daarom doorgaans geen gebruik van particuliere woonzorg.

Ook de zorgbehoefte varieert, van nog geen zorgvraag tot Wlz-zorg, maar hier is sprake van zowel een ondergrens als een bovengrens. In dit onderzoek hebben we ons vooral gericht op particuliere woonzorgcentra waar Wlz-zorg wordt geboden. Ouderen komen daar volgens de geïnterviewden met name terecht omdat (de familie vindt dat) het thuis niet meer ging. Ouderen met heel complexe zorgvragen kunnen meestal echter niet worden bediend in een particuliere woonzorgvoorziening. In hoeverre er ouderen in particuliere woonzorgvoorzieningen wonen die wel behoefte hebben aan een veiliger woonomgeving maar (nog) niet aanmerking komen voor een Wlz-indicatie en het verpleeghuis is niet duidelijk. De wensen van familieleden (met name de kinderen) spelen vaak een belangrijke rol bij de keuze voor een particuliere aanbieder; zij hebben vaak prettiger associaties bij de particuliere initiatieven dan bij de reguliere verpleeghuizen. In particuliere woonzorgvoorzieningen bestaat meer aandacht voor het wonen en is meer (eigen regie) mogelijk en bovendien kunnen vaak ook echtparen hier terecht.

Er zijn enkele knelpunten in particuliere woonzorg te benoemen. Een knelpunt voor ondernemers is dat door de kleinschaligheid een wisseling van bewoners direct gevolgen heeft voor de inzet van personeel. Sommigen werken daarom met flexibel inzetbaar personeel, bijvoorbeeld zzp'ers. Ondernemers hebben vaak niet de beschikking over een eigen specialist ouderengeneeskunde, en zijn daarvoor afhankelijk van samenwerking met reguliere verpleeghuizen en zelfstandige specialisten ouderengeneeskunde. Hoog complexe zorg kan in de kleinschalige particuliere woonzorgcentra doorgaans niet worden geboden,

omdat de daarvoor benodigde deskundigheid vaak niet in huis is en soms ook omdat de huisvesting er niet geschikt voor is.

Dat zijn tevens knelpunten voor bewoners. Als de zorgvraag te hoog wordt, moet de oudere vaak alsnog verhuizen naar een regulier verpleeghuis. En bij echtparen kan na het overlijden van de zorgbehoevende partner degene zonder zorgbehoefte niet altijd in het woonzorgcentrum blijven wonen.

Noten

- 1 Persoonsgerichte zorg wordt in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg als volgt omschreven: 'Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.' (Zorginstituut Nederland 2017: 9).
- 2 Het verstrekken van eten en drinken is ook onderdeel van het vpt. MPT en pgb zijn exclusief eten en drinken. (Zorginstituut Nederland 2019, <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-in-een-instelling-wlz/eten-en-drinken>).
- 3 Wet maatschappelijke ondersteuning, verstrekt door de gemeente. Mensen hebben dan bijvoorbeeld (nog) geen permanent toezicht nodig of zorg in nabijheid nodig.
- 4 We vroegen de ondernemers en zorgcoördinatoren de bewoners te omschrijven, leeftijd kwam niet altijd als kenmerk ter sprake.
- 5 Wet Bopz: Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen.
- 6 Ons selectie criterium kan daarbij een rol hebben gespeeld; we bezochten organisaties waar ouderen Wlz-zorg kunnen krijgen.
- 7 Het zorgkantoor is zorgplichtig voor een Wlz-geïndiceerde.

4 Kwesties en vraagstukken rond particuliere ouderenwoonzorg

In de twee vorige hoofdstukken hebben we een beeld gegeven van de ontwikkeling van particuliere woonzorg voor ouderen en het onderscheid met reguliere zorg (hoofdstuk 2) en vervolgens de praktijk beschreven (de gebruikers en de ondernemers, hoofdstuk 3). In dit hoofdstuk gaan we aan de hand van de ervaringen en meningen van de geïnterviewden in op de kwaliteit van de zorg die door particuliere aanbieders wordt geboden en in hoeverre deze mogelijk verschilt van de zorg die reguliere aanbieders bieden. Vervolgens bespreken we de meerwaarde van particuliere woonzorg voor ouderen, de zorgsector en de samenleving. Ook benoemen we risico's die aan de (verdere) ontwikkeling van de particuliere woonzorg kunnen kleven. Tot slot bespreken we enkele kwesties en vraagstukken in verband met de particuliere ouderenwoonzorg, gebaseerd op de ervaringen en meningen van sleutelpersonen, ondernemers en zorgcoördinatoren.

4.1 Kwaliteit van zorg

In hoofdstuk 2 kwam al aan de orde dat particuliere woonzorgorganisaties net als reguliere woonzorgorganisaties gebonden zijn aan kwaliteitseisen. Hier bespreken we wat de sleutelpersonen, ondernemers en (locatie-of zorg)managers zeggen over mogelijke gevolgen van deze kwaliteitseisen voor de particuliere woonzorg.

Kwaliteit van zorg is niet per se beter of slechter in de particuliere sector

Of in de praktijk sprake is van een verschil in kwaliteit van zorg tussen de particuliere en de reguliere sector hebben we niet onderzocht, maar we hebben de sleutelpersonen en ondernemers wel (indirect) naar hun ideeën hierover gevraagd. We formuleerden daartoe twee hypothesen. De eerste hypothese is dat particuliere organisaties door meer inkomsten uit huren en servicekosten en door andere (kleinschalige of vernieuwende) organisatievormen een betere kwaliteit van zorg kunnen leveren. De tweede hypothese is dat particuliere ondernemers als gevolg van bijvoorbeeld het nastreven van winst of een gebrek aan deskundigheid juist een minder goede kwaliteit van zorg kunnen leveren. Beide hypothesen worden ondersteund door voorbeelden uit de praktijk. Een geïnterviewde locatie-manager van een particuliere instelling geeft bijvoorbeeld aan dat ze meer te besteden heeft en daardoor meer zorgpersoneel kan inhuren:

I: En hoe komt dat dan, dat hier meer mogelijk is?

R: Omdat je meer fte's hebt [...].

I: Is het gewoon minder bureaucratisch?

R: Nee, nee, je hebt meer... omdat we meer geld hebben, omdat we dus én met indicaties werken én omdat we met een particuliere huurovereenkomst werken kun je wat meer met je gelden en kun je daar wat meer in schuiven en daarom kun je wat meer personeel in verhouding inkopen. (PWZO2: locatiemanager)

Tegelijkertijd zijn er uit de praktijk ook voorbeelden bekend van particuliere woonzorghuizen die een maatregel opgelegd hebben gekregen door de IGJ (zie bv. Bas 2019; Weeda 2018). Twee medewerkers van een toezichthoudende instantie maken duidelijk dat particuliere woonzorgvoorzieningen niet noodzakelijkerwijs een betere kwaliteit van zorg leveren, maar dat ze dit soms wel doen voorkomen:

R1: De zorg wordt altijd betaald uit algemene middelen.

R2: Ja, en dan gaat het geld inderdaad in de extra's zitten, in het huis, in de service, in de kok en chauffeur en noem maar op. Dat is overigens geen garantie dat de kwaliteit van zorg goed is.

R1: Was het maar waar.

R2: Nee, maar organisaties pretenderen dat wel, hè. 'Je betaalt heel veel bij ons, dus de zorg is goed.' Nee, dat is jammer genoeg niet waar. (S6, S7: medewerker toezichthoudende instantie)

Al met al kan niet algemeen gesteld worden dat particuliere woonzorgorganisaties beter of slechter presteren op kwaliteit van zorg dan reguliere verpleeghuizen. Zoals een sleutelpersoon aangeeft:

I: Zijn er verschillen in kwaliteit? Durf je dat te zeggen?

R: Nee. Durf ik niet te zeggen. Ik denk ook dat je dat niet zo kan zeggen. Ik denk dat er, zeg maar particuliere woonzorglocaties zijn die het echt hartstikke goed doen, die zeg maar qua kwaliteit echt heel goed scoren. En er zijn er natuurlijk ook die, nou ja, ondermaats scoren of bepaalde dingen misschien minder goed op orde hebben. Maar om nou te zeggen van: dat is dus standaard of gemiddeld beter of slechter, nee, dat is volgens mij echt niet te zeggen.

(S5: medewerker kenniscentrum)

Regels, regels, regels

Net als reguliere verpleeghuizen moeten particuliere woonzorgaanbieders voldoen aan kwaliteitseisen die van overheidswege worden opgelegd (zie ook hoofdstuk 2). De aanbieders hebben de regels en eisen door de jaren heen zien toenemen, hoewel een van hen stelt nog steeds meer vrijheid te hebben dan het reguliere verpleeghuis in dezelfde wijk:

R: Zo'n huis [regulier verpleeghuis] is aan veel meer regels gebonden. [...] Wij kunnen daar iets meer in kiezen, van: doen we dat nu wel of niet, of op een bepaalde manier. En daar [in een regulier verpleeghuis] moet een pak melk na een dag weggegooid worden, omdat het buiten de koelkast gestaan heeft. [...] Hier is het toch allemaal wat huiselijker en wat meer no-nonsense, wat ruimer. Alhoewel we wel het juk van de hele sector op ons gelegd krijgen, steeds meer, merk ik.

I: Steeds meer?

R: Nou ja, door de inspectie. Voorheen vielen wij daar min of meer buiten [...]. Inmiddels is zeg maar de overheid of althans de controlerende organen, [...] die hebben ons wel gekwalificeerd als zijnde: 'Je doet net alsof je geen verpleeghuis bent, maar je bent het wel. Dus je bent per definitie nu een verpleeghuis, dus krijg je alles wat de anderen ook krijgen, krijg jij ook.' (PWZ05: directeur)

Meerdere ondernemers en medewerkers van particuliere woonzorgorganisaties spraken kritisch over de regels in verband met de door de overheid gestelde kwaliteitseisen, die maar ten dele als zinvol worden ervaren. Voor regels rond medische of zorgtechnische handelingen bestaat wel begrip, maar regels met betrekking tot bijvoorbeeld het controleren van de temperatuur van de koelkast worden als bureaucratisch of overdreven ervaren. De regels brengen bovendien een verhoging van de werkdruk en administratieve lasten met zich mee:

Je moet álles borgen, je moet alles aantonen, uitschrijven, opschrijven van tevoren. [...] Nou, het is echt... Wie het verzonnen heeft, die is nog nooit binnen geweest [...] of heeft gezien hoe het is. Dat is soms echt wel een last voor de medewerkers. Maar ja, dat hoor je overal, hè? Dat hoor je overal in de zorg. (PWZO2: locatiemanager)

In een kwalitatief onderzoek in 2016 gaven bestuurders van (waarschijnlijk reguliere) verpleeghuizen aan dat zij zich zorgen maken over de balans tussen systeemkwaliteit (hygiëne, medisch handelen, professionalisme) en kwaliteit van leven (behoeften van cliënten, aandacht voor het individu) (Vegter et al. 2016). De nadruk op systeemkwaliteit zou zijn doorgeschoten en samenhangen met wantrouwen en risicomijding, met een toenemende regeldruk als gevolg. Om de balans te verbeteren, zijn volgens deze bestuurders meer vertrouwen in de instellingen en acceptatie van fouten door menselijk handelen nodig; niet alleen door de overheid, de IGJ en de zorgkantoren, maar ook door cliënten, hun naasten en burgers (Vegter et al. 2016).

Meerdere door ons geïnterviewde medewerkers van particuliere zorgaanbieders geven aan dat ze binnen de gestelde regels wel degelijk enige ruimte ervaren of daar in ieder geval naar zoeken. Hierbij schuwen de directieleden van een van deze woonzorgorganisaties de discussie met de IGJ niet. Tegelijkertijd horen we ook tevreden geluiden over het werk van de inspectie en dat deze tegenwoordig anders te werk gaat:

De inspectie wordt altijd gezien als een boeman, maar die gaat ook wel op een andere manier te werk tegenwoordig, hoor. Als ik hoor van collega's dat ze binnenkomen en in de huiskamer gaan zitten van 'hoe voelt het hier?' en veel minder op die 'heb je het op papier allemaal mooi geregeld?', maar gewoon voelen in een huis: hoe is de sfeer en de beleving voor de cliënten? (S1: lid brancheorganisatie)

Dat doet de inspectie ook steeds meer: 'Ben je er serieus over aan het nadenken en dat er iets fout kan gaan snappen we, maar ben je ervan aan het leren? Heb je ook een systeem dat het gemeld wordt? Doe je aan intervisie?' Zo zijn ze gelukkig steeds meer aan het denken. Dus dat gaat prima worden. De omslag zie je al. Ze vinden altijd wat, dat is ook terecht, dat is ook helemaal niet erg, meestal klopt het ook nog. (PWZO4: directeur/ondernemer)

De door ons geïnterviewde particuliere woonzorgaanbieders zijn zich ervan bewust dat zij eventuele risico's van tevoren moeten doorspreken en afkaarten met de naasten van de cliënt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de noodzaak om te verhuizen wanneer een cliënt gaat

dwalen of lopen zonder rollator. Dat dit echter geen garanties geeft, vertellen twee directieleden van een particuliere woonzorgorganisatie:

R: We hebben een voorbeeld gehad van een mevrouw die moest eigenlijk met een rollator lopen [...]. Maar die mevrouw die vond dat niet prettig, die wilde dat niet [...]. Dan komt er zo'n specialist ouderengeneeskunde en die zegt: 'Nou, psychofarmaca, want dan staat ze niet meer op en dan valt ze niet.' [...] En met de familie hebben we gezeten en gezegd van: 'Wat gaan we doen?'. De familie zegt ook: 'Wij willen dat ze gewoon rond kan wandelen. En het risico is inderdaad dat ze valt en haar heup breekt en in het ziekenhuis komt en het niet redt. Maar liever dat.' Oké, maar dan schrijven we dat met mekaar op [...]. Die mevrouw is gevallen, die is in het ziekenhuis gekomen, heeft haar heup gebroken [...] en is overleden. Ja. En vervolgens komt de inspectie en [...] [de] Raad van Commissarissen [...], die zijn dan helemaal: 'O, en wat gebeurt er?' [...]

I: Maar de familie die stond hier helemaal achter? [...]

R: Ja, maar dat blijft ook altijd lastig hè, want je kan [...] vooraf rationeel dat gesprek voeren met iemand en als iemand overlijdt, dan ga je een rouwproces in, dan kan het best anders zijn. (PWZO4: bestuurder/ondernemer)

De (particuliere) woonzorgorganisaties zijn kwetsbaar voor reputatieschade. De geïnterviewde bestuurders en managers zijn zich daarvan bewust:

Er gaat een keer iets gebeuren wat in de krant komt. Als er iets is wat je zeker weet, dan is dat het, want er gebeuren gewoon dingen. Maar [...] dat hoort ook in het dagelijks leven ook. Ik heb een zoontje van 9, die wil graag straks alleen naar school fietsen. Nou, dat is een risico, maar die neem je bewust, dat weeg je af. [...] Maar dat is de grootste bedreiging, want dan gaat er een hele spastische reactie ergens plaatsvinden, alle deuren moeten op slot. Dat is mijn grootste angst. (PWZO5: locatiemanager)

4.2 Mogelijke meerwaarde van particuliere woonzorg voor ouderen

Het particuliere aanbod van woonzorg voor ouderen kan ten opzichte van het reguliere aanbod meerwaarde hebben voor de gebruikers zelf, voor de zorgsector en voor de samenleving. Aan de sleutelpersonen vroegen we direct en indirect welke meerwaarde zij zien.

Er valt meer te kiezen voor ouderen

Een meerwaarde voor ouderen die gebruik willen maken van zorg met verblijf is dat er door de ontwikkeling van de particuliere woonzorg hierdoor tegenwoordig meer te kiezen valt. Particuliere aanbieders onderscheiden zich van reguliere aanbieders door de kleinschaligheid van het aanbod en hun cliëntgerichtheid en door wonen en welzijn voorop te stellen. Ouderen en hun families zijn er vooral 'klant'. In reguliere zorgorganisaties is nog vaak het aanbod leidend, waar de cliënt al dan niet in past. Naast de keuzemogelijkheid met betrekking tot de 'luxe' en de ambiance van de woonzorgvoorziening biedt de particuliere woonzorg ouderen de mogelijkheid met gelijkgestemden te wonen. Zo zijn er woon-

zorgvoorzieningen voor ouderen uit de kunstsector en voor ouderen van bijvoorbeeld Suri-naamse, Turkse of Marokkaanse herkomst vertelt een medewerker van de branchevereniging voor particuliere woonzorg.

Meerwaarde voor de zorgsector

De mogelijkheid tot meer marktwerking in de zorgsector, het pgb, de scheiding van wonen en zorg en de sluiting van verzorgingshuizen stimuleren ondernemers om woonzorg voor ouderen te ontwikkelen. Met hun mooie locaties en persoonsgerichte zorg kunnen zij concurreren met reguliere aanbieders.

De komst van particuliere aanbieders van woonzorg voor ouderen zou de sector in beweging kunnen brengen en innoveren. Een particuliere aanbieder kan een concurrent zijn voor de reguliere aanbieder en deze stimuleren meer maatwerk te leveren. Dat ook traditionele zorgorganisaties tegenwoordig kleinschalige woonvormen in hun aanbod hebben, zou daarop een antwoord kunnen zijn. Een van de motieven van woonzorgondernemers is een zorginhoudelijke vernieuwing (zie § 3.2). In hoeverre op dat vlak inderdaad vernieuwing plaatsvindt, kunnen we in deze verkenning niet goed in beeld brengen. Enkele ondernemers vertellen wel een vernieuwende visie op zorg te hebben. Anderen zeggen juist dat de zorg in particuliere woonzorgcentra niet echt verschilt van de zorg in reguliere instellingen, maar dat de meerwaarde vooral samenhangt met de woonlocatie en de geboden services (zoals maaltijden en recreatieve activiteiten) en met een andere bedrijfsvoering. Met name het pgb zou als motor achter dit soort vernieuwende projecten fungeren. Bij zorg in natura (ook VPT/MPT) is door de financiering sprake van een bilaterale relatie tussen de aanbieder en de verstrekker:

Maar de klant is er helemaal tussenuit gehaald. [...] Terwijl pgb [...]. Je krijgt een heel ander type vraag, waardoor die ondernemer gaat nadenken. [...] En daarom is het ook zo, als je uit die kleinschalige wooninitiatieven ondernemerschap weghaalt, haal je in feite ook de innovatie weg, je haalt ook de innovatie uit die in naturazorg weg. [...] Dus is er heel veel effect van al die individuele vragen bij pgb, dat maakt dat er overal ontwikkelingen ontstaan [...]. En zo zie je dat er veel meer vernieuwing, veel meer diversiteit gaat ontstaan. En dat is voor ons wel de kracht van pgb. (S3: medewerker kenniscentrum)

Enkele ondernemers zien de vernieuwing vooral in het meer tegemoetkomen aan de wensen van ouderen zonder dat de zorg er duurder door wordt, zoals deze ondernemer dat verwoordt:

Ik vind eigenlijk dat mensen gewoon moeten kunnen kiezen. [...] Waarom word je gedwongen ergens te gaan waarvan je denkt: Nou...? Dat vind ik gek. En zeker als het niet meer kost. Het is ook gewoon leuk om te laten zien aan de reguliere [...], ik ben veel aanbieders tegengekomen, ook in mijn oude werk, die zeiden: dat kan allemaal niet, en dit, en dat. Het kan wel, je moet gewoon willen. Als je als bestuurder wil, kan het. (PWZO4: bestuurder/ondernemer)

De IGJ komt in een rapport over nieuwe zorgaanbieders tot de conclusie dat er zorginhoudelijk weinig sprake is van vernieuwing (IGJ 2018).¹ ‘Nieuw’ is vooral de manier van financieren: scheiden van wonen en zorg.

Een ander ‘vernieuwend’ kenmerk van particuliere organisaties is dat zij vaak horizontaal georganiseerd zijn, met zo min mogelijk managementlagen en hiërarchie. Dat maakt de organisaties flexibel en biedt meer mogelijkheden om maatwerk te leveren, menen bijvoorbeeld deze ondernemers:

In andere huizen heb je van die bloktijden. [...] Daarom vinden we het belangrijk dat het kleinschalig is, dan kun je sneller schakelen [...]. Dat je weet van: hé, deze meneer of mevrouw vindt het prettig om niet te vroeg op te staan, dus dat betekent dat we dat proberen in te delen. Dan weet je: ja we hebben voor halftwaalf hebben we nou ja zoveel mensen te verzorgen, hoe weten we dat naar behoren te doen? (PWZO1: directeur/ondernemer)

Ja, afstanden zijn kort, dus we kunnen heel snel schakelen [...]. Wij maken ons eigen ontbijt, we doen onze eigen was, we doen onze eigen schoonmaak. Als er iets kapot is, dan ga jij dat oplossen. We zijn in die zin van niemand afhankelijk. En daardoor kun je ook schuiven in je planning. Want in een normaal verpleeghuis maakt de keuken een ontbijtkar, ik noem maar wat, die gaat naar een afdeling en die ontbijtkar wordt om tien uur weer opgehaald. [...] Daardoor heb je om tien uur een soort deadline waar iedereen naartoe moet werken, zo van: o, die mevrouw heeft nog niet gegeten, die moet nog even een broodje uit de ontbijtkar, want hij gaat weg. [...] Dat geldt voor de was net zo natuurlijk. (PWZO5: locatiemanager)

In zo’n kleinschalige organisatie is dus minder sprake van een onderverdeling in taken. Maar dat ‘iedereen alles moet doen’ heeft ook nadelen, vooral omdat er ook veel eisen worden gesteld aan verantwoording van zorggeld, kwaliteitseisen en voorschriften voor veiligheid. Als kleine ‘eenpitter’ is het vaak moeilijk financieel het hoofd boven water te houden en biedt het vaak voordelen om de krachten met anderen te bundelen. Organisaties die uitgroeien tot aanbieders met meerdere locaties beginnen toch vaak met het centraliseren van bepaalde (ondersteunende) taken:

Want je ziet die hele kleine, die het toch wel moeilijker krijgen. Waar wij nu vooral het voordeel in zien nu we wat groter zijn geworden, is dat je de administratieve en financiële processen voor een aantal huizen kunt samenvoegen en dat geeft zoveel rust voor de locaties. Op die locaties kunnen we het kleinschalig houden en het heel horizontaal organiseren, heel persoonlijk. Maar wel met een servicecentrum, waar we de cliëntadministratie hebben, financiële administratie, waar we HR hebben, waar we al die last wegnemen op de locaties. (S1: lid brancheorganisatie)

Daarmee lijken particuliere aanbieders op den duur toch kenmerken van reguliere organisaties over te nemen. Maar omdat zij (nog) in ontwikkeling zijn, kunnen zij experimenteren met nieuwe organisatiemodellen, die als voorbeeld dienen voor bestaande zorgaanbieders.

Meerwaarde voor de samenleving

Enkele ondernemers zijn ervan overtuigd dat er door meer particulier zorgaanbod veel geld kan worden bespaard op de zorgkosten voor ouderen. Volgens een van hen staat het vraaggestuurde aanbod in Nederland nog steeds in de kinderschoenen en hangt dat samen met de manier waarop de zorg wordt gefinancierd:

En wat wij in Nederland nog steeds als financieel leidend principe hebben, is zorg in natura. En is pgb nog steeds een afgeleide. [...] Maar het zou naar mijn idee een goed ding zijn wanneer je niet instellingen, maar de klant zou financieren. En dat krijgen we er op de een of andere manier in Nederland niet doorheen. [...] Ook al zal iedere bestuurder van welke zorginstelling dan ook zeggen: 'Nee dat is niet zo, we redeneren vanuit de klant.' Maar zij redeneren vanuit hun begroting. [...] Want ze maken ieder jaar afspraken met de zorgkantoren, daar moeten ze het verkopen hè, en dat is hun budgettaire kader. Productieafspraken met het zorgkantoor. En vandaaruit wordt er gekeken van wat wel en niet kan. [...] Ik denk dat de particuliere woonzorg ons land heel veel geld kan besparen. Ook in het lagere segment, want nu lijkt het of dit alleen maar is voor de mensen met veel geld. (PWZO1: directeur/ondernemer)

Sommigen noemen het particuliere woonzorgaanbod een goed alternatief voor de voormalige verzorgingshuizen. De meeste sleutelpersonen zien een behoefte aan woonvormen tussen thuis en het huidige verpleeghuis, waarop de ondernemers inspringen. Een van de ondernemers vindt dat Nederland daarin achterloopt ten opzichte van landen om ons heen:

Terwijl je ziet dat de grootste markt die we krijgen in dit land is dat segment tussen thuis wonen en misschien wel dit soort woonvormen, dat mensen wel de beschikbaarheid hebben van ja, wat ik noem de stand-by en regelhulp, maar wel nog 100% zelfstandig wonen. (PWZO1: directeur/ondernemer)

Een andere deskundige ziet in de particuliere woonzorg ook een kans om aanbod te creëren waarin ouderen naar wens en met de nodige bescherming kunnen wonen:

Kijk en die verzorgingshuizen waren niet meer van deze tijd hè, alleen, we hadden denk ik de tijd moeten nemen om eerst te zorgen voor een alternatief. [...] En nu zitten we in een gat en zie je inderdaad dat we mensen pas gaan opnemen als ze al verder in hun dementie zijn en dan kunnen ze niet meer aarden en daar ontstaat ongewenst gedrag, angst. Terwijl als je het voor kunt zijn hè, wat Erik Scherder [hoogleraar neuropsychologie] ook zegt, dan zou je dat nog kunnen voorkomen. En dan blijft de vraag: willen mensen dat? Maar persoonlijk denk ik als je het niet meer een bejaardenhuis noemt of een verzorgingshuis, maar een geclusterd appartement hè, die initiatieven zijn er gewoon, hartstikke mooie appartement met een tuin en een balkon en whatever. (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

Bij een van de brancheorganisaties ziet men dat er behoefte is aan woonzorg voor mensen met een relatief lichte zorgvraag (ZZP 1 tot en met 3), die voorheen in een verzorgingshuis terecht konden. Maar men vraagt zich tegelijkertijd af of deze groep wel door het particu-

lier aanbod kan worden bediend, omdat het hier vaak gaat om mensen met een lager inkomen, zoals deze sleutelpersoon aangeeft:

En daar zit wel een behoefte, daar zit ook een markt. De vraag is of die heel erg particulier ingevuld gaat worden of dat het toch voor een belangrijk deel qua doelgroepen ook de lagere inkomensgroepen zijn die daar het meest behoefte aan hebben, want dat was de populatie zpr 1 tot en met 3, maar dat heeft het scp al in de jaren negentig beschreven, dat zijn lage inkomens en dat is ook niet veranderd volgens mij. (S7: medewerker brancheorganisatie)

Een medewerker van een kenniscentrum geeft een voorbeeld van een ondernemer die investeerde in een project voor ouderen zonder of met een lichte zorgvraag. Daar betalen ouderen relatief meer huur, maar zij kunnen er in principe ook blijven wonen als zij een (niet te complexe) zorgvraag krijgen:

En dan speel je ook in op toekomstige levensbehoeften. Dus waar je ziet dat grote huizen het niet meer doen, zie je dat die het wel doet. (S4: medewerker kenniscentrum)

Particuliere woonzorg zou dus meerwaarde kunnen hebben met aanbod voor mensen met een lichte zorgvraag, maar het is de vraag of ondernemers met de financiering uit lichte zorgindicaties ook zwaardere zorg kunnen bieden, zeker als het ouderen met kleine inkomens betreft. Volgens de medewerkers van een kenniscentrum zetten veel ondernemers in op kleinschalige initiatieven voor ouderen die al een Wlz-indicatie hebben:

Want dat is makkelijk, want dan heb je maar met één pot geld te maken en vaste budgetten, goed weet waar je aan toe bent. (S3: medewerker kenniscentrum)

4.3 Mogelijke risico's van de ontwikkelingen in particulier woonzorgaanbod voor ouderen

Met de ontwikkeling van kleinschalige particuliere woonzorg valt er voor ouderen meer te kiezen en kunnen zij meer naar wens wonen en tegelijkertijd de nodige zorg krijgen. De sector als geheel krijgt door deze ontwikkeling mogelijk een impuls om zijn aanbod en organisatie te innoveren, en wellicht kunnen zorgkosten worden bespaard en kan meer aanbod worden gecreëerd tussen thuis en het verpleeghuis. Dat klinkt veelbelovend, maar wellicht zijn er ook aspecten van de ontwikkeling van particulier woonzorgaanbod voor ouderen die nadelig kunnen uitpakken voor ouderen, de zorgsector of de samenleving.

Lokale en regionale risico's van marktwerking

Aan het openstellen van de markt voor particuliere woonzorg kleven ook nadelen, vertelt een van de sleutelpersonen:

En dan komt er bijvoorbeeld zo'n [particuliere woonzorgorganisatie], die vestigt zich daar in de wijk of in een dorp en snoept dan eigenlijk wat af van dat zorgbudget dat totaal ingekocht wordt. Want dan zegt zo'n zorgkantoor: daar is die locatie, die levert ook goed werk, ja daar geven wij geld aan uit via de pgb's, dus jullie krijgen 10 plaatsen of 18 plaatsen of

24 plaatsen minder ingekocht. Maar ja, als reguliere zorgorganisatie... Je hebt die panden, je hebt die locaties, je hebt die plekken, maar je krijgt het niet meer gefinancierd, of een stukje krijg je niet meer gefinancierd. Nou ja, dat is echt een knelpunt. (S5: medewerker kenniscentrum)

Dat een reguliere aanbieder daardoor in financiële problemen kan komen, kan ook betekenen dat hoog complexe zorg, die de grotere, reguliere instellingen vaak bieden, in het geding kan komen. Daarop wordt volgens deze medewerker van een kenniscentrum vanuit gemeenten nog weinig gestuurd. Als een ondernemer bij de gemeente een vergunning aanvraagt voor een particulier woonzorgcentrum, wordt niet goed bedacht welke gevolgen dat heeft voor het zorgaanbod in de regio en of er misschien een betere spreiding nodig is. Een gemeente zou moeten nagaan in hoeverre een bestaande zorginstelling nadeel zal ondervinden van de vestiging van een kleinschalige woonzorgaanbieder, en hoe bezwaarlijk dat is:

R: Ja, die zouden daar meer in kunnen sturen qua spreiding, die hebben niks te zeggen over zorginkoop, maar wel over vergunningen en bestemmingsplannen en welke locaties zijn geschikt. Die kunnen wel kijken naar de spreiding en de behoefteontwikkeling [...]. Die zouden ook kunnen zeggen: 'Nou ja, eigenlijk is het hier een verzadigde markt en is dat nu niet opportuun om zo'n vergunning af te geven?' Daar wordt helemaal niet naar gekeken.

I: En het zorgkantoor, heeft die hier nog een rol in?

R: Ja, die hebben er een rol in, in de zin van: wat kopen ze in en wat niet? Die hebben ook de opdracht om marktwerking in de zorg toe te laten. Ja, zeker, het is hun taak om te kijken naar spreiding en is het voldoende? Voldoende kwantiteit en voldoende kwaliteit. Maar daar wordt vaak helemaal niet zo naar gekeken.

I: Dus je ziet ook nog wel wat nadelen kleven aan toename?

R: Jazeker. [...] In de zin van dat er gewoon wat meer variatie is, dat er wat te kiezen valt voor de cliënt, vind ik alleen maar goed. En dat het dan reguliere aanbieders scherp houdt, werkt ook wel goed tot een bepaalde hoogte. Dus een stukje marktwerking, maar niet ten koste van alles. (S5: medewerker kenniscentrum)

Bij een gezonde marktwerking zijn vraag en aanbod in evenwicht. Als er weinig woonzorgaanbod is voor ouderen en wachtlijsten ontstaan, kan een aanbieder aspirant-bewoners selecteren en hoeft hij zich minder te richten op hun behoeften:

Want die zegt dan: 'Ja, voor jou zes anderen.' [...] Dat er iemand komt die zegt van: 'Ik wil het graag zus en zo hebben.' En dan zegt die ondernemer: 'Nou dat ga ik niet doen, voor jou zes anderen.' En dan liggen de rollen precies andersom. (S3: medewerker kenniscentrum)

Financiële problemen van een particuliere ondernemer

Een ondernemer die winst kan maken, kan natuurlijk ook verlies lijden. Het komt wel voor dat aanbieders van particuliere woonzorg in financieel zulk zwaar weer komen dat de organisatie failliet gaat. Dat is uiteraard heel vervelend voor de cliënten, maar ook voor het

zorgkantoor dat de zorgplicht heeft voor de cliënten met een Wlz-indicatie en de continuïteit van zorg moet garanderen. Een medewerker van een zorgkantoor geeft een recent voorbeeld:

Op enig moment is de eigenaar met de noorderzon en heel veel geld vertrokken. Ja en wij hadden een zorgplicht! En die mensen waren dement. En die familie had natuurlijk: maar ik wil hier in het dorp, want ik woon hier ook. Maar ja, daar was geen ander verpleeghuis, dus ja, dat is dramatisch! En wat we doen, is er wel zo dicht mogelijk erbovenop zitten. In de gesprekken die wij hebben, worden altijd financiële cijfers boven tafel gehaald. Als het mogelijk is, gaan wij samen met de aanbieder het gesprek aan met een bank. We proberen het te voorkomen... maar eigenlijk, die macht hebben we niet. (medewerker zorgkantoor)

Bij reguliere zorgaanbieders is het risico op faillissement er in principe ook, maar als zorg in natura wordt geboden is er ook een contract met het zorgkantoor en heeft deze meer zicht op de financiële situatie van de zorgaanbieder en meer middelen om invloed uit te oefenen op de bedrijfsvoering om een financieel debacle te voorkomen.

Aantrekkingskracht voor personeel ten koste van reguliere aanbieders?

Een ander mogelijk gevolg dat nadelig zou kunnen uitpakken voor reguliere instellingen is dat kleinschalige, particuliere woonzorgaanbieders als werkgever aantrekkelijker kunnen zijn voor zorgpersoneel dan reguliere instellingen:

We zijn soms wat ruimhartiger dan de cao, en soms wat minder, want we zijn nog geen cao-plichtige organisatie. [...] Wij kunnen meer maatwerk leveren als het gaat over belonen. (PWZO1: directeur/ondernemer)

Een particuliere instelling kan in principe meer salaris bieden of andere arbeidsvoorwaarden. Volgens een van de sleutelpersonen is het salaris voor verzorgenden doorgaans niet de reden om voor een particuliere organisatie te kiezen. Bij die keuze gaat het vaak om andere zaken:

Kijk, de grote, de klassieke organisaties zeg maar, die grootschalig zijn opgezet, in met name verstedelijkte gebieden, die hebben last van werknemers die bij kleinschalige particuliere organisaties gaan werken, niet zozeer voor het geld maar voor de kleinschaligheid. (S7: medewerker toezichthoudende instantie)

Volgens deze geïnterviewde speelt de aantrekkingskracht van de kleinschalige woonzorg op personeel al heel lang. Het gaat dan vooral om een bepaald type werknemer, dat bewust kiest voor kleinschaligheid. Vaak heeft dat ook te maken met minder goede ervaringen als werknemer in een grootschalige instelling:

Hier hebben we de laatste zes maanden vijf mensen aangenomen en die komen allemaal uit de reguliere zorg, want die vinden de werkdruk veel te hoog, die hebben geen contact meer, [...] en die solliciteren dus naar een particulier huis. Want hier is het heel rustig en leuk werken. Hier komen ze gewoon toe aan het werk wat ze hebben gekozen, namelijk met oudere

mensen werken en niet alleen maar op een schema wassen, plassen, poepen, tandenpoetsen en dan hup naar de volgende. (PWZO2: locatiemanager)

Wij hoeven niet heel erg te adverteren, we hoeven ook niet heel erg te leuren. [...] Sterker nog, we hebben tot nu toe altijd gehad dat er autonoom continu mensen kwamen: kan ik niet bij jullie werken? Omdat ze in de grotere huizen gebonden zijn aan al die regels en de afstand[elijkheid] veel groter is, veel kouder is, killer, hoog ziekteverzuim. (PWZO5: locatie-manager)

We hebben hier echt een goede bezetting. Niet zo als in reguliere huizen, rennen, rennen, rennen, ik heb er zelf gewerkt, dus ik kan erover meepraten. (PWZO4: zorgcoördinator)

Het werken bij een kleinschalig woonzorgcentrum kan ook nadelen voor het personeel hebben. Als in een kleine organisatie de zorgzwaarte van de bewoners verandert, is dat direct merkbaar in de financiering van het personeel:

Ja, en het ziet er aantrekkelijk uit, hoewel ik dan ook wel vaak zie dat de fluctuaties veel groter zijn bij de kleinschalige. Als die mevrouw met die hele hoge indicatie morgen overlijdt... (S6: medewerker toezichthoudende instantie)

De eventuele aanzuigende werking wordt dus mogelijk gedempt door de grotere onzekerheid die de particuliere woonzorg aan haar werknemers biedt. Sommige ondernemers stimuleren hun personeel om hun diensten als zzp'er aan te bieden, zoals we in hoofdstuk 3 zagen. Of dat echt in het belang is van de verzorgende of verplegende is maar de vraag, omdat een zzp'er vaak niet voor arbeidsongeschiktheid verzekerd is of een pensioen opbouwt (Josten et al. 2014).

Nieuwe zorgaanbieders zijn vaak niet op de hoogte van kwaliteitseisen

Doordat de particuliere zorgsector groeit, komen er elk jaar nieuwe zorgaanbieders bij en niet alleen in de ouderenzorg. Mede door het ontbreken van een meldplicht is het voor de IGJ lastig deze aanwas goed in beeld te krijgen. Zoals een medewerker van een brancheorganisatie opmerkt:

Er zijn allerlei aanbieders die nergens bij zijn aangesloten en niemand heeft eigenlijk zicht op wat ze doen c.q. dat ze bestaan (S9: medewerker brancheorganisatie)

In principe bezoekt de IGJ nieuwe en nog onbekende zorgaanbieders (IGJ 2018). Een speciaal team binnen de inspectie houdt zich hiermee bezig. Het inspectiebezoek volgt in theorie binnen een halfjaar na de start van de zorgverlening. De inspectie toetst daarbij op vijftien randvoorwaarden, die vooral zijn gebaseerd op de Wkkgz. Wanneer niet aan alle randvoorwaarden wordt voldaan, moet de zorgaanbieder binnen zes weken verbetermaatregelen treffen.

Uit een rapport over toezicht bij 146 nieuwe of nog onbekende zorgaanbieders in de ouderenzorg, thuiszorg, ggz en gehandicaptenzorg in 2017 bleek dat maar liefst 95% bij het eer-

ste bezoek niet aan de randvoorwaarden voor goede zorg voldeed. De voorwaarden waaraan niet voldaan werd zijn divers, van een klachtenregeling tot de deskundigheid van het personeel en van beleid waaruit blijkt aan welke cliënten geen zorg kan worden verleend (uitsluitingscriteria) tot het medicatiebeleid. Zes weken later, aan het eind van de onderzoeksperiode, voldeed twee derde van deze aanbieders wel aan de eisen (IGJ 2018). De IGJ concludeert hieruit dat een groot deel van de nieuwe zorgaanbieders niet precies weet aan welke voorwaarden zij moeten voldoen voordat ze met de zorgverlening beginnen. De verwachting is dat nieuwe zorgaanbieders zich met de invoering van de wet WTZa (Wet toetreding zorgaanbieders) vooraf moeten gaan melden, waardoor zij eerder informatie krijgen over de geldende kwaliteitseisen (IGJ 2018).

Een tweedeling in de zorg?

Ouderen die veel geld te besteden hebben, kunnen zich een woonplek in een luxe woonzorgcentrum permitteren, mits hun zorgvraag niet te complex is. Ouderen met een smalle beurs hebben op dit moment nog weinig mogelijkheden om voor particulier aanbod te kiezen. Een bedrag van 3.000 euro voor huur en bijkomende servicekosten is bij particuliere aanbieders niet ongebruikelijk, maar voor veel ouderen niet op te brengen. Dat mensen met een bredere beurs zich luxere woonzorg kunnen permitteren, vinden de geïnterviewden over het algemeen geen groot probleem en zelfs ook logisch:

Als jij altijd in een villa hebt gewoond, dan ga je niet zeg maar naar de volksbuurt qua verpleeghuis. Dan zoek je wat anders en dan kan je ook wat anders zoeken. Ik vind meer een punt: blijft er voldoende aanbod en voldoende variatie in het aanbod voor de mensen met een lager inkomen? Ja, dat is wel een ding. (S5: medewerker kenniscentrum)

Ook uit ander onderzoek blijkt dat mensen het vaak geen probleem vinden dat ouderen die meer te besteden hebben zich meer services en een mooiere woonlocatie veroorloven (Kooiker et al. 2012), mits er voldoende kwaliteit van de zorg voor iedereen gewaarborgd kan worden:

Maar jij zegt toch dat je wil dat je moeder op zondagmorgen toch nog met iemand mee naar de kerk kan, of dat soort dingen, waarvan iedereen wel vindt van dat zit niet standaard in een pakket. Maar dan is het toch prachtig als je dat bij kan plussen. (S3: medewerker kenniscentrum)

Maar het mag geen vervanging zijn voor de zorg die je eigenlijk zo nodig hebt. (S4: medewerker kenniscentrum)

Wie ben ik om tegen iemand die vermogend is en die bereid is om voor die driesterrenkok te betalen te zeggen dat dat niet mag. (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

Vermoedelijk blijft er altijd behoefte aan reguliere (verpleeghuis)zorg voor ouderen die niet voldoende middelen en hulpbronnen hebben om bij een particuliere aanbieder aan te kloppen. Zolang de kwaliteit van zorg daar goed genoeg is hoeft dat volgens de geïnter-

vielden niet tot een tweedeling te leiden. Een van de geïnterviewden ziet het aanbod dat de particuliere woonzorg creëert vooral als kans, omdat het reguliere organisaties stimuleert tot verandering:

Als je zo'n groot huis opsplijt in kleinere huisjes, in kleinere afdelingen die echt per afdeling functioneren, dan kun je daar ook die sferen creëren. (PWZO2: locatiemanager)

4.4 Vraagstukken

Aan de sleutelpersonen en ondernemers vroegen we ook om vraagstukken te benoemen die volgens hen samenhangen met de ontwikkeling van de particuliere woonzorg voor ouderen. Daarop werd een aantal vraagstukken genoemd die misschien niet eenvoudig zijn op te lossen, maar die wel om beleid of op zijn minst om overdenking en discussie vragen.

Behoeftte aan aanbod voor ouderen met een smalle beurs

Het realiseren van woonzorg voor ouderen met een smalle beurs is lastig, en vooral voor ouderen die niet meer kunnen betalen dan sociale huur bestaan weinig passende woningen en zorgwoningen. De wachttijden zijn daardoor erg lang. In Nederland bestaat op dit moment een tekort aan woningen, met name in de Randstad (Capital Value 2019). De woningmarkt zit daardoor op slot. Ook wet- en regelgeving kunnen als belemmerend worden ervaren (zie ook De Klerk et al. 2019). Bij het creëren van zorgwoningen in de sociale huursector mogen geen partijen met een winstoogmerk betrokken zijn, maar:

[...] die stenen moeten wel door iemand betaald worden. Dus we verkopen de grond aan het Zilveren Kruis Achmea, grote institutionele, hele gerenommeerde partijen. Maar die doen dat wel om een rendement te maken voor pensioenfondsen. Dus kun je geen huursubsidie aanvragen. Maakt het ook iets duurder. Wij willen graag met woningcorporaties werken, maar ja, de afgelopen vijf jaar waren niet echt het meest florissante klimaat voor woningbouwcorporaties, dus dat werkt niet. (PWZO4: directeur/ondernemer)

Ook de verplichting voor woningcorporaties om passend toe te wijzen als gevolg van de herziene Woningwet kan nadelig uitpakken (De Klerk et al. 2019; Aedes 2017; Beuzenberg et al. 2017; commissie-Van Bochove 2018):²

Voor zorgwoningen moet je meer investeren, dat moet toegankelijker zijn, er moeten extra faciliteiten in. Dan zegt de woningcorporatie: 'Dat kunnen we niet onder de 600 euro realiseren, dat wordt al gauw richting de huurtoeslaggrens, 650 tot 700.' Maar ja, dan zegt het ministerie: 'Woningcorporaties moeten 95% van de woningen passend toewijzen.' En dat is tot 590 huur. (S9: medewerker brancheorganisatie)

Daarnaast is sprake van concurrentie op de woningmarkt met grondspeculanten en projectontwikkelaars, die snel willen verdienen aan hun grond. Als het ingewikkeld is om woonzorg te realiseren, bijvoorbeeld omdat speciale vergunningen nodig zijn of omdat het

bestemmingsplan moet worden aangepast, dan kiezen projectontwikkelaars sneller voor bijvoorbeeld appartementen:

Je moet concurreren met de woningmarkt. Dat is zeker in de Randstad. Grondspectulanten of ontwikkelaars die gaan niet moeilijk doen als het makkelijk kan. Dus qua grondposities is het echt wel een uitdaging. (PWZO1: directeur/ondernemer).

Dat maakt het voor woonzorgondernemers niet gemakkelijk om initiatieven te nemen en te realiseren, terwijl er wel behoefte is aan kleinschalig woonzorgaanbod, zeker voor lagere en middeninkomens. Het kabinet heeft onlangs een stimuleringsregeling opengesteld voor sociale ondernemers met plannen voor woonzorglocaties voor ouderen uit die groep. Deze regeling bestaat uit subsidies in de ontwikkelfase en borgstellingen voor financiële leningen tijdens de ontwikkelfase van een nieuw initiatief (Rijksoverheid 2019). Daarmee zou meer vastgoed geschikt kunnen worden gemaakt voor particulier woonzorgaanbod.

Een van de sleutelpersonen denkt dat meer kennis nodig is over de potentiële omvang van de markt voor particuliere woonzorg voor ouderen:

Ik heb wel de indruk dat het kabinetsbeleid zich ook richt op 'Hé er komt ook een groep aan met meer vermogen, meer pensioen, kan die niet veel meer zelf gaan regelen, hogere huur, meer service en dat betalen ze zelf en dan komt alleen nog het zorgdeel uit de collectieve middelen, al dan niet in pgb-vorm.' Maar hoe groot die groep precies wordt [...]. De meer recente rapporten geven aan dat degenen die echt veel vermogen hebben, dat is uiteindelijk toch niet een hele grote groep. [...] Waarbij je ook nog ziet dat die rijkere groep sowieso veel langer thuis blijft wonen, dus de vraag is hoe groot die markt voor de tussenvormen wordt. En dat is wel puzzelen. [...]. Ja, hoe schat je die markt in voor meer zelf betalen, maar dan vooral in de sfeer van services. (Sg: medewerker brancheorganisatie)

Hoe kan de particuliere woonzorg geholpen worden om goede zorg te (blijven) bieden?

Voor eerstelijns medische zorg zijn bewoners van particuliere woonzorg meestal aangewezen op de (eigen) huisarts, omdat zij als 'thuiswonende ouderen' worden gezien en kleinschalige woonzorgcentra zelf vaak geen specialist ouderengeneeskunde(so) in dienst hebben. Als zich een nieuwe woonzorglocatie in een buurt of dorp vestigt, kan een huisarts dan ook ineens te maken krijgen met twintig nieuwe patiënten die complexe problematiek kunnen ontwikkelen. Huisartsen trokken hierover in het najaar 2018 aan de bel bij de Landelijke Huisartsen Vereniging, die waarop een nieuwe 'Leidraad medische zorg in kleinschalige woonzorginstellingen' opstelde (LHV 2018). Huisartsen kunnen aan de hand daarvan bepalen of en onder welke voorwaarden zij zorg aan bewoners van een kleinschalige woonzorgorganisatie willen leveren. Er moet worden nagedacht over hoe moet worden omgegaan met nieuwe, complexe zorgvragen: welke vragen van de nieuwe bewoners kan de huisarts aan? Ook moet de manier waarop men specialisten ouderengeneeskunde in de regio kan consulteren worden geregeld. Een van de sleutelpersonen legt uit dat ouderen zelf vaak de voorkeur geven aan de eigen huisarts, maar:

Voor de instellingen is het veel makkelijker als er een so rondloopt en niet dat er tien huisartsen binnenkomen waar ze overleggen mee moeten voeren. Maar ik vind dat dat onderscheid er zou moeten kunnen zijn. Voor de bv Nederland is die huisarts gewoon goedkoper. En de vraag is oprecht hè, de griep prik, moet dat door een so gegeven worden? Kom toch op, dat is toch een huisarts! [...] Natuurlijk, op het moment dat het om gedragsproblemen gaat of de instelling op de medicatie, het totaalbeeld daarvan, ja dan is een so ontzettend handig. (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

Een so inschakelen kan ook nu al door de huisarts:

Er is een subsidieregeling, dus die huisarts kan nu ook voor specifieke casussen een so inroepen voor een consult of voor overleg of voor wat dan ook en dat kan gewoon gedeclareerd worden. Alleen dat is onbekend, dus... (S10: medewerker toezichthoudende instantie)

Bij een brancheorganisatie vertellen de sleutelpersonen dat er extra geld beschikbaar is gekomen om in regio's samenwerkingsverbanden op te zetten waarin aangesloten organisaties (verpleeghuizen) en hulpverleners gebruik kunnen maken van elkaar diensten. Hierin kunnen ook de kleinschalige woonzorgaanbieders participeren, maar die samenwerking levert wel discussie op. Het gaat immers om particuliere organisaties, die concurreren met de reguliere aanbieders:

Enerzijds worden we ertoe gedwongen, anderzijds zegt de ACM [Autoriteit Consument en Markt]: 'Maar we gaan wel handhaven dat het wel binnen de kaders blijft van de mededinging [...].' Samenwerking lijkt even de nieuwe oplossing voor alles te zijn. Het stelsel is niet ingericht op samenwerking. De organisaties doen dat wel en die proberen daar ook stappen in te maken, maar het is niet even zo dat je met alle zorgorganisaties... Bijvoorbeeld in Friesland, daar hebben ze een heel goed regionaal overleg, maar dat is lekker overzichtelijk, een redelijk eenvoudige regio, één zorgkantoor en één grote duidelijke zorgaanbieder et cetera, maar de afspraken die je daar met elkaar mag maken, daar zijn wel grenzen aan en dat is elke keer een spanningsveld. Ja en dat geldt in de grote steden ook. (S8: medewerker brancheorganisatie)

Het gaat dus ook om het netwerk dat een zorgaanbieder nodig heeft en de zorginfrastructuur die er in een wijk of buurt moet zijn om te zorgen dat ouderen in kleinschalige woonzorgvoorzieningen de zorg krijgen die zij nodig hebben:

Er zou beter moeten worden nagedacht wat er nodig is om te zorgen dat zulke kleinschalige woonzorgorganisaties ook hoog complexe zorg kunnen bieden. [...] Ik vind dat wel een problematiek waar wij het onvoldoende over hebben in ons maatschappelijk debat, want we hebben het maar over het geld en allerlei andere dingen. De kern van het probleem is dat deze organisaties, die hebben we gestimuleerd hè met allerlei dingen, die moeten nu geholpen worden. (S7: medewerker toezichthoudende instantie)

Daar is volgens deze deskundige echt sprake van een kennisbehoefte, want de sector is in ontwikkeling.

Een rol voor de gemeente

De ondernemers die particulier woonzorgaanbod realiseren, zijn ook afhankelijk van andere partijen dan alleen de zorgsector. Bij de start van een nieuw initiatief hebben zij om te beginnen met de gemeente te maken. Dat contact kan soms stroef verlopen. Een van de ondernemers vertelde hoe zijn nieuwe initiatief vastliep op discussies over de definiëring van het aanbod ('Is het wonen, is het maatschappelijk?') en op de vraag in hoeverre het in het bestemmingsplan paste:

Er is echt veel meer dan maanden overheen gegaan. 'Ja maar, het is geen intramurale huisvesting meer en er staat maatschappelijk op.' Nee, dat klopt, mensen wonen daar zelfstandig, hebben zelfs een eigen belportaal en brievenbussen, maar ze krijgen wel dezelfde zorg. Nou, dan zit je op dat niveau: 'Ja maar hoe moeten we dat dan in de toelichting van het bestemmingsplan schrijven?' Ja, weet je, gunst, het is wel de realiteit hoor. En het is wel het verschil tussen je wel of niet gegund worden. (PWZ01: directeur/ondernemer)

Ook andere sleutelpersonen gaven aan dat gemeenten soms aarzelen als een woonzorg-ondernemer zich meldt. Een gemeente kan financiële overwegingen hebben om de vestiging van een woonzorgaanbieder in zijn gemeente af te houden:

En als die grote gemeente die dan ineens al die dure oudere Wmo-cliënten in zijn gemeente krijgt... (S8: medewerker brancheorganisatie)³

Aan passende huisvesting voor ouderen is in gemeenten vaak wel grote behoefte. Een medewerker van een toezichthoudende instantie ziet dan ook juist een grote rol voor een gemeente weggelegd. Een gemeente kan immers het overzicht houden over de vraag en het aanbod in de regio, samen met het zorgkantoor een regisserende rol spelen bij de verdeling van het aantal plaatsen bij de verschillende aanbieders en voorkomen dat partijen elkaar te veel in de weg zitten (zie ook § 4.3). Bovendien zouden gemeenten kunnen helpen waarborgen dat de huisvesting van de particuliere woonzorgaanbieder ook geschikt blijft op de langere termijn:

Ze hebben hele mooie, oude, statige panden in dorpen staan en die zijn niet meer van deze tijd. Voor een particulier is het niet meer aantrekkelijk om het bewoonbaar te maken. Wat zeggen huizenuitbaters, die denken van: nou, ik maak er een zorgvilla van. Dat is een hartstikke mooi initiatief, maar een sterk dementerende mevrouw van 86 boven op de zolderkamer, zonder een traplift, is niet handig. Op het moment dat mevrouw minder mobiel wordt en ze moet boven eten krijgen, is het voor het personeel al heel ondoenlijk. Nou al dat soort dingen. Daarin zou een gemeente een hele goede rol kunnen vervullen. Zonder zeg maar uit die potjes van pgb, Wmo en dat soort dingen, het is allemaal frustrerend. Hoe kun je deze organisaties helpen om die zorg te bieden dat die oudere gewoon in zijn wijk, in zijn dingetje kan blijven wonen? (S7: medewerker toezichthoudende instantie)

4.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de kwaliteit, de meerwaarde en de nadelen van particuliere woonzorg voor ouderen aan bod gekomen en werden enkele maatschappelijke vraagstukken besproken. Particuliere woonzorgaanbieders moeten voldoen aan dezelfde kwaliteitseisen als reguliere aanbieders, maar ervaren dat sommige regels niet passen bij het karakter van particuliere woonzorg. De meerwaarde van het kleinschalig particulier woonzorgaanbod voor ouderen is dat het meer dan de reguliere zorg vraaggericht is en het wonen en welzijn van ouderen vooropstelt. Mogelijk heeft het particuliere aanbod ook een innovatief effect, omdat het reguliere organisaties stimuleert tot verandering. Nadelen van particuliere woonzorg zijn er eveneens. Er is een risico dat zich vooral aanbod ontwikkelt voor welgestelde ouderen, terwijl ouderen met een smalle beurs minder goed aan bod komen. Daarbij spelen de huidige ontwikkelingen op de woningmarkt een rol. Het particuliere aanbod trekt verder een bepaald type zorgpersoneel (denk aan mensen met behoefte aan autonomie), wat mogelijk ten koste gaat van reguliere zorgaanbieders. Een deel van het zorgpersoneel werkt als zzp'er, is niet verzekerd voor arbeidsongeschiktheid en bouwt geen pensioen op. Rond de ontwikkeling van de woningmarkt spelen verschillende vraagstukken: hoe kunnen ook ouderen met een smalle beurs profiteren van kleinschalig en vraaggestuurd woonzorgaanbod? Hoe kan worden gegarandeerd dat de kleinschalige aanbieders een plek krijgen in de zorginfrastructuur van een wijk en toegang hebben tot hoog specialistische zorg? En welke rol kunnen gemeenten daarin spelen?

Noten

- 1 Dit rapport gaat niet alleen over ouderenzorg, maar ook over de gehandicaptensector.
- 2 Passend toewijzen betekent dat woningcorporaties woningen moeten toewijzen die passen bij het inkomen en huishouden van de nieuwe huurders. Voor huishoudens met een inkomen onder de huurtoeslaggrens geldt hierdoor een maximale maandhuurgrens.
- 3 Ook mensen met een Wlz-indicatie kunnen een beroep doen op hulpmiddelen uit de Wmo.

Summary and discussion

Living with care

Exploratory study of privately funded residential care for older persons

5.1 Study aim and methodology

Private residential care facilities are places where well-heeled older persons who have a care need, and who are no longer willing or able to live independently in the community, are able to live among like-minded peers in beautifully situated villas, enjoying a luxury diet, attending classical concerts and with access to care 24 hours a day. That at least is the stereotypical image of this sector.¹ But is that also the reality? And is it true that the number of private residential care facilities is growing in line with the number of well-to-do older persons and in response to government policy which promotes market forces and expects people to take responsibility for their own needs? Little is known from the scientific literature about private residential care in the Netherlands, even though it impinges on social issues such as the configuration of the care system and the dividing lines in society. In this study we attempt to shed more light on this topic: what is private residential elder care, who are the companies providing it, and who lives there? We also look at how private residential care differs from regular residential elder care, and investigate the potential consequences of the (further) development of private residential care. The aim is not to present an exhaustive picture of the private residential care sector, but rather to shed more light on what this sector entails and what issues are at stake.

For the purposes of the study, we conducted twelve interviews with a total of nineteen individuals. We spoke to ten key individuals from organisations with an overview of the private residential care sector: sector organisations, regulatory bodies (the Dutch Health and Youth Care Inspectorate (IGJ) and a care administration office) and expertise centres where members of the public and organisations can obtain information. We also spoke to nine operators and site or care managers from five private residential care organisations which offer long-term elder care, and visited a total of five of their facilities. We found these organisations (key organisations and private residential care organisations) through internet searches, publications and the key individuals. In selecting the subjects for the interviews, we tried to ensure a diversity of perspectives (operators, regulator, interest association) and characteristics (large-scale, small-scale). The private residential care organisations which took part in the study all provide care within the framework of the Dutch Long-term Care Act (Wlz). This means that we are not able to present information on types of residential care which offer only lighter forms of care or which do not provide care at all. We also did not speak to residents themselves, because our aim in this study was first to obtain a general impression of the field. The picture we present of residents is based on what key individuals, operators and site or care managers told us, as well as our

impressions during our on-site visits. The emphasis in the selection of interviewees was on key individuals and operators from the private sector. The exploratory study consequently provides no information on how those in the regular (public) care sector view the development of private residential care.

5.2 What picture can be painted of the supply and use of private residential care for older persons in the Netherlands?

The prevalent image of private residential care, of stately buildings with gourmet dinners for the wealthiest older residents, is only partially true. The range of facilities is more diverse, from new-build premises to converted school buildings and historical villas. Most of the facilities are small-scale. While there are indeed some facilities which are aimed explicitly at affluent older persons, others target older people with middle or higher middle incomes, and one or two also focus on older persons with a low income or living solely from the state pension. The accommodation and service charges can be as high as 8,500 euros per month, but there are also residents who pay only 500 euros per month, though this is uncommon. The costs of accommodation and services, such as meals, activities and the care infrastructure (regardless of whether it is used) generally lie between 2,000 and 3,000 euros per month. The costs of care come on top of this, and residents almost always pay for this using public funds (e.g. a personal budget or a full or modular home care package (VPT or MPT, respectively)).² Any profits or gains for operators or investors come from letting the accommodation and providing supplementary services, not from the care provided.

The key individuals and operators in our study confirmed the strong growth in the private residential care sector in the Netherlands, especially over the last five years (see chapter 2). This growth is in line with government policy, which is based on people drawing on their own resources and taking responsibility for meeting their needs (first organising and paying for care oneself before being eligible to apply for publicly funded care and support) and the idea that people (wish to) continue living independently for longer. According to the interviewees, the policy of separating accommodation and care, the closure of residential care homes, the availability of the personal budget, the shift from supply-driven to more demand-led thinking and the increase in the number of older people with more financial resources have been significant factors in this trend. Precise figures are not known, but it is likely that there are at least 300 private residential care facilities for older persons in the Netherlands, providing accommodation for at least 5,400 older residents (see chapter 2). This means that the share of older people making use of these facilities is still very small: a total of around 108,000 over-65s live in residential care or nursing homes.³

The interviewees stated that private residential care is currently mostly used by older persons with higher middle incomes. Children are often the decisive factor: they feel it is no longer feasible for their parent to continue living at home, but have a negative perception

of regular nursing homes. A private facility feels ‘right’. In most cases, the older persons living in the facilities visited for this study already had a reasonable care need – often based on a Wlz indication – when they moved into residential care. There appears to be a lower limit on the care intensity, but also an upper limit.⁴ Residents with a high care intensity and complex care needs appear to be more at home in regular nursing homes, where the expertise and facilities needed to provide complex care are more readily available. Some private organisations focus on specific groups, such as older persons with dementia. People who do not (yet) have a care need, or require only mild care, can sometimes also move into private residential care homes, but only a small proportion of residents have no care need. These are often married couples, with one partner having a care need and the other not.

Those behind the private residential care initiative are a mix of enthusiastic care professionals and people from the business world with a passion or with (negative) experience of family members in a care institution. They are often keen to show that things can be done differently and ‘better’, and seek to place greater emphasis on accommodation and well-being. There are also some whose main aim is profit, though this does not mean that they do not offer good-quality care – like other providers, the care they provide has to meet legal quality standards.

Financing a private residential care facility requires adequate revenues from the rent and services provided. Being able to provide adequate (24-hour) care profitably requires a minimum number of residents (around twenty) with an indication for Wlz-funded care.⁵ When a new care company begins operations, the owners often ask residents to purchase the care from them using their personal budget. However, among the companies interviewed in this study, which have been in existence for several years, there appears to be a trend towards switching to full home care packages, which require a contract with a care administration office. This may mean that residents lose some control, but also reduces the administrative burden because they no longer have to claim the care costs themselves from the care administration office – that is done for them by the care company. For the care company, a contract with the care administration office means recognition and often greater financial security. It also enables the care administration office to keep a closer eye on the organisation.

5.3 How does private residential elder care differ from regular (publicly funded) residential care?

Although virtually all interviewees recognised and used the term ‘private residential care’, it proved difficult to distinguish private from regular residential care for older persons with a Wlz care need (chapter 2), and to define the two terms. Separation of accommodation and care does however appear to be a key characteristic of private residential care: clients pay rent for their apartment and the costs of additional services are separate from the costs of care. However, many regular care organisations now also offer variants which can

be paid for with a personal budget or full/modular home care package, so that separation of accommodation and care is not (or no longer) a unique feature of the private sector. The care provided in the private residential care sector is almost always funded from public budgets (usually Wlz: personal budget, full/modular home care package) and, as mentioned above, private organisations are increasingly taking out contracts with care administration offices. The full range of Wlz-funded care with accommodation, in which both the care and the accommodation are funded, as well as medical treatments, is only obtainable from regular institutions. The different care culture with innovative principles which the private residential care sector ascribes to itself – small-scale, more client-focused and more personal – is also no longer an exclusive characteristic, but is also being developed (further) by providers in the regular sector.

Small-scale private residential care requires different competencies from staff compared to regular residential care: employees must be able to work independently and perform more all-round tasks. The same quality standards are applied to the care in both sectors, but if the care is funded only from personal budgets, there is less scope for supervision (see chapter 4). The main area where a difference in quality can be discerned is where there are highly complex care needs: according to some key individuals from regulatory bodies, private providers currently often fall short in this area (see chapter 3). Care administration offices therefore mainly take out contracts for highly complex care with ‘regular’ providers of traditional nursing home care. Private care providers often state that residents requiring very complex care and with severe behavioural or other problems can no longer continue to stay in the facility.

In conclusion, we may observe that the commonly used terms ‘private’ and ‘regular’ residential elder care are actually not a very good fit. In reality, the two forms of residential care cannot be clearly separated, partially overlap and are becoming more similar. We would note that we are referring here to residential care which is accessible to older persons with an indication for Wlz-funded care; the study offers no information relating to a private sector for older persons with no care need.

5.4 What is the significance (positive and negative) of private residential elder care for residents, the care sector and society?

The respondents see added value in private residential care for older people themselves, for the care sector and for society, but also highlight a number of risks and problem areas (see chapter 4).

For residents

According to the key individuals and operators, the added value of private residential care for residents lies mainly in the smallness of scale, the client focus and the prominence given to accommodation and well-being. A further benefit is the increased choice for

potential residents, making it easier for them to find a home which matches their personal wishes, for example homes for people with a particular cultural background, or the ability for couples to live together, something that is often not possible in regular homes.⁶

However, there are also limits to what small-scale private residential care providers can offer. It is not possible to predict in advance how residents' health will develop, except for the high likelihood that their care need will increase. According to the key individuals in our study, operators are not always aware of this when starting a residential care home. In addition, according to staff of regulatory bodies, they sometimes fail to identify medical developments affecting residents because they generally do not have the requisite expertise – in geriatric medicine – in-house. If a resident's care need is very complex, for example requiring a closed setting, or if they need specialist medical care, private providers of small-scale residential facilities can generally not offer this. Not only do they often lack the specialist expertise needed for this, the accommodation is also not always suitable for providing highly complex care, according to staff of regulatory bodies. In such cases, residents are forced to move to a regular nursing home. A few operators reported that they make agreements on this in advance with new residents. Several key individuals regard it as undesirable that older people have to move again. The question of what small-scale private care providers need to be able to offer complex care was cited as a challenge for follow-up research.

There is another issue in relation to couples: following the death of one partner, if the remaining partner does not have a care need they are not always able to remain living in the residential care facility. A number of key individuals also warned that where care is funded through a personal budget, there is a risk that this can affect the quality of care because the care administration office has less oversight. Staff of regulatory bodies also cite the risk that the importance attached by a resident to the residential setting can distort their judgement, potentially leading them to accept care of lesser quality.

For the care sector

The private sector, with its often new care or organisational concepts, may have an innovative impact on regular care providers, prompting the sector to mobilise and, for example, respond better to the wishes of older persons or develop cheaper organisational structures. Respondents cited the problem that residents of private residential care facilities are generally forced to refer to their general practitioner for medical matters, because they are regarded as 'living independently'. This means that GPs are more often confronted with complex care needs, which may cause them to feel under increased pressure. To be able to offer specialist care to residents with complex care needs, many private residential care providers make agreements allowing them to consult geriatric specialists with regular care providers which do offer this specialism. A few respondents accordingly feel that more thought should be given to embedding the private residential care sector in a regional and local care infrastructure within which they too can make use of specialist elderly care and

which enables them to respond better to the growing and often complex care needs of their residents.

A further issue is the (tight) labour market in the care sector. The private care sector appeals to a certain type of care worker (for example those with a need for autonomy), potentially at the expense of regular care providers. On the other hand, a private provider with a small-scale organisation may be extra-sensitive to changes in the number of residents and staff turnover: one resident fewer means less money to fund the care, and because there is less scope than in a large organisation to 'rotate' staff, an unfilled vacancy has a major impact on capacity. Some private care companies therefore prefer to work with flexible staff, for example self-employed/freelancers. It is unclear whether this will lead to an increase in the number of self-employed people working in the care sector, and whether this is a desirable development.

The developments in the private residential care sector also create a need for greater steering from local authorities and care administration offices when a private residential care provider wishes to set up in a particular locality: what is the local market like, and what impact would a new private facility have on other providers?

For society

Although not investigated in this exploratory study,⁷ it is possible that private residential care meets a need in society, specifically for people with relatively mild care needs who are not yet (or do not wish to be) eligible for a nursing home but do need to live in a sheltered setting. However, small-scale private residential care appears less easy to achieve for older people with limited financial means, who are accordingly less well served by this sector and have much less choice than their peers with higher incomes. There are a number of initiatives for older persons with a low income, but these generally entail just a few rooms being made available in a residential care facility. It is therefore unclear what the consequences will be of the rise in private residential care facilities on any social dividing lines in the care sector (we shall return to this below).

5.5 Discussion

Blurring boundaries within long-term care

In reality, genuine private residential elder care which is paid for entirely by the residents themselves does not exist in the Netherlands. In the form of residential care that is the focus of this exploratory study, the care is almost always paid for from public funds (through the Long-term Care Act (Wlz)). Funding models such as the personal budget and full home care package make this possible. At the same time, regular providers are increasingly separating the accommodation and care components, increasingly organising the care provision on a smaller scale (especially for people with dementia) and deriving increasing revenues from providing services and meals. The private and regular residential care sectors are thus becoming more similar, with only the full package of 'care with

accommodation' in kind and highly complex care currently being the sole preserve of regular care providers. This means that older persons with the most complex care needs currently have no alternative to regular care providers.

Is it still useful then to speak of private versus regular residential elderly care? Might it perhaps be better to draw a distinction between 'newcomers' and 'traditional providers', with the focus primarily on differences in experience and innovation? Or perhaps between 'small-scale facilities with separate residential and care provision' and 'nursing home care providing the full package', in which the difference lies mainly between 'living with care' and 'care with accommodation'? Even then, however, it is likely that the dividing lines will ultimately prove to be vague.

Our findings illustrate the many dynamic developments taking place in long-term care in the Netherlands. New accommodation and funding models are removing the 'hard' distinction between independent and institutional living, private and regular and small-scale and large-scale (see also Zantinge et al. 2011). Older persons who receive Wlz-funded care in a private residential home based on an indication for care and a personal budget or full home care package are regarded within the public finance system as living independently; however, is this an accurate description if they are clustered together in a single building where they all receive the care from the same organisation?

Policymakers will need to recognise this as a sector which is becoming increasingly diverse and diffuse. It is not always easy to predict how new policy will affect all groups. Training programmes and in-service training for care staff also need to take (even) better account of these developments.

[Input for the debate on a 'divide' in the care landscape](#)

The fears of a divide between rich and poor in elder care provision is a recurrent theme in the political and public debate in the Netherlands (see Bannenberg & Boekholdt 2000; Kant 2000; Duk 2008; Landeweer & Kraaijeveld 2013; Leupen 2014). Does private residential care really create a divide in relation to Wlz-funded elder care, and if so does this pose a risk for society? A number of points emerged from our study which can serve as input for the political and public debate on this topic.

Participants in that debate express fears that the proliferation of private residential care facilities could threaten the mutual solidarity within Dutch society (*de Volkskrant* 2000; Kant 2000), suggesting for example that people with a high income would no longer be willing to pay contributions for a social insurance scheme which they subsequently do not use. We found this not to be true for private residential care: virtually all residents of private residential care homes pay for the Wlz care they receive from public funds (personal budget or full home care package) and therefore do make use of national insurance schemes. It is thus not the case that an increase in the number of private clients receiving Wlz-funded care leads to a (substantial) increase in the public funds available to support less well-off older persons.⁸ There may also be people who fear that solidarity is actually coming under pressure precisely because the government helps pay for (luxurious) care for affluent older

people. However, the government budgets for private Wlz-care are the usual budgets for care to which everyone is entitled and for which they are required to make a (partially means-tested) co-payment. The costs of accommodation and additional services are paid for by the residents themselves.

At present, private residential care does offer more options for older people with higher incomes. Moreover, more expensive private residential care homes are more attractive and better located, offer more high-end services or more expensive meals and may more often be smaller in scale than regular residential care centres. The people we interviewed (including key individuals) generally do not see this as a major problem, arguing that differences in life circumstances also exist among younger people, with some people living in a rented home in a working class neighbourhood, for example, and others in their own detached villa surrounded by nature. Other research has also shown that most people do not have much difficulty with the idea that older people with more disposable income should also receive more luxurious care, as long as the basic care is of adequate quality and is accessible to everyone (Kooiker et al. 2012). As Bannenberg and Boekholdt (2000) put it: 'Division is really only division if the regular care is perceived in society as inadequate.'

It is not necessarily the case that private care is of better quality than regular care, nor that smallness of scale is always better. In our study we found no clear indications that the care provided in private residential care homes is better or worse than that in regular nursing homes. What we did find is that private residential care organisations are often not able to provide complex, intensive care, which means that an older person with steadily growing care needs will ultimately have to relocate to a regular nursing home.

In addition to the condition that the basic level of care must be of sufficient quality, there may also be other conditions which make private residential care for affluent older people acceptable to the general public. One of the key individuals we interviewed referred to this: 'is there still a sufficient range of facilities, and sufficient variation in those facilities for people with lower incomes?' (S5: expertise centre employee, chapter 4). Sufficient availability of residential care facilities can mean among other things that older persons with a lower income are not faced with longer waiting times than their affluent peers, regardless of whether they opt for regular or private residential care. Older people who have to rely on the regular sector should also be offered some variety and choice, in order to avoid a divide on this aspect. This is also in line with expectations that the older population in the future will be more diverse than it is today (De Klerk et al. 2019).

Finally, we see two aspects to which our study provides no answer but which do warrant attention and could perhaps be subject to further research. The first relates to well-being and quality of life. As stated, there are no indications of differences in quality of care between the private and regular residential care sector, but in this study we did not look at possible differences in well-being and quality of life. It may be that there are differences in people's experiences and the degree to which the care meets the wishes and needs of indi-

vidual residents, or there may be differences in how residents perceive their quality of life. However, well-being is also a relative concept; an older person who previously lived in a large home with a nice view may for example regard a one-bedroom apartment in a townhouse as a retrograde step. Research on residents' experiences of care and their perceived quality of life and well-being could contribute to the knowledge on this topic. It may be that residents of private residential care facilities are less well represented in existing research on older people living in institutions,⁹ given that they are officially regarded as 'living at home' because they are renting a home from their own funds. In short, the perspective of older residents of private residential care facilities definitely warrants attention in research.

A second area for attention concerns older people who are not (yet) eligible for an indication for Wlz-care, but who do need to live in a more sheltered setting. The trend towards community-based care is leading to the disappearance of the former residential care homes and the sheltered housing units attached to them. Several parties, including private operators, are developing new residential forms, but in the cheaper segment in particular the choice is limited (Van Klaveren et al. 2018; De Klerk et al. 2019). The risk of a divide between the lower and higher income groups, with not everyone having access to a suitable home, could be a more pressing issue here than among older persons who are eligible for a referral to Wlz-care.

More knowledge needed about preferences of potential residents

The perspective of current and potential residents received too little attention in our study, because we did not speak to older persons themselves. The study does, however, make clear that the client population is increasingly diverse: there are not only facilities for affluent older persons, but also residential care organisations which target older people with a middle or even low income, albeit to a limited extent. It is plausible that care companies have more difficulty making facilities for this group profitable, but we did not investigate this aspect in this study; it is possible that there may be a gap in the knowledge about the scope for providing services for older people with a middle or low income. The extent to which the needs of older persons with higher and lower incomes differ from each other is also an important question in this regard.

As well as income diversity, one private residential care sector organisation believes that there is a trend towards creating residential care facilities based on residents' cultural background, for example people with an Indonesian, Surinamese, Turkish or Moroccan background. The underlying idea is that, if they are no longer able to live independently, older people prefer to live with like-minded people. This aspect was not covered in our study; we did not visit any residential care organisations which focus on any specific group of like-minded people.

We gained the impression in our study that older people who already have a care need are most likely to want to move to a private residential care facility, but our impression could be distorted because we selected residential care organisations where Wlz-funded care

was available. It is also possible that there are forms of residential care which focus more on older persons with mild or no care needs. Do such facilities exist, and if so who lives in them? Could private residential care offer an alternative to the former residential care homes? How many, or what proportion of older persons would want to move to a residential care complex if it were available in their familiar setting, and under what conditions? Do older people want to live among people of their own age even if they themselves do not need care, but where care can be provided if necessary? These are questions for (further) research.

Policy questions

Private residential care has become an integral part of the care system in the Netherlands, which is (currently) used by a modest proportion of older people with a care need; that calls for structural attention in government policy. We will mention a number of policy focus areas here.

New private residential care providers are often insufficiently aware that older people can develop highly complex care needs over time. This requires sufficient expertise, for example from geriatric specialists and specialist nursing staff, and the accommodation also needs to be suitable. Start-up companies could be better prepared for this, so that they can make allowances from the start. Some steering from local authorities could be helpful in this context when a new operator develops plans for existing or new premises. Consideration could also be given to the question of what help could be given to existing residential care providers who are encountering this problem, so that they continue to be able to offer their residents a good quality of life and high-quality care.

A recommendation from a number of key individuals interviewed in this study is to give careful consideration to the regional coordination of supply and demand and to consider whether regular and private providers are not crowding each other out. Local authorities and care administration offices need to be more alert to this. If a new provider arranges with a care administration office to provide a certain number of Wlz-funded care places, this could mean fewer places – and therefore less funding – for another organisation, for example a large regular residential care provider. That could detract from the specialist care available, which can often only be provided in large, regular care settings.

Older people living in a private residential care facility are regarded by the government as ‘living at home’ and are forced to consult their general practitioner when they need medical help. GPs are not always able to deal with the complex care needs of these older persons, so there is a need for more availability of geriatric specialists who can also be accessed by residents of private residential care facilities. This is also in the interests of older persons who are still living entirely independently and who – as older people remain living at home for longer – may have more complex care needs. A review of care for older persons living at home cited this as one of the issues in the present elder care system (De Klerk et al. 2019). This also calls for proper embedding in the local care chain.

At the same time, private facilities could meet regional needs where there is a lack of facilities, for example in contracting regions and regions with an ageing population. Some of

the operators in this study argue that their smallness of scale and innovative organisation means they are able to offer the same or even better care for less money than regular organisations. If that is true, these organisations would be of great benefit to the elder care system. Attention therefore needs to be given to the cost-effectiveness of private residential care, for example in a study of the desirability and feasibility of small-scale residential care.

Notes

- 1 See e.g. the following newspaper articles (in Dutch): <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/ouderen-wonen-heerlijk-in-een-zorghuis-maar-de-huisarts-is-er-maar-druk-mee~bcfaabff/> and <https://www.nrc.nl/nieuws/2013/09/21/hier-gaan-de-gesprekken-ergens-over-1295760-a547117>.
- 2 A personal budget is a budget that can be used by the holder to pay for the care they need. The care recipient enters into a contract with the care organisation and submits expense claims for the care costs (via the Sociale Verzekeringsbank (svb)) to a care administration office. A full (vpt) or modular (mpt) home care package covers the provision of care by an organisation in the recipient's home setting rather than in an institution. The organisation providing the care enters into a contract with a care administration office for this purpose. The care recipient does not have to claim the costs from the care administration office; the care organisation does this on their behalf.
- 3 Data from CBS StatLine, May 2019.
- 4 The lower limit appears to be 'sheltered living with intensive support and extensive care' (*vw Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging*) (previously Care Intensity Package vv 4 (zpz vv 4)), while the upper limit is 'sheltered living with intensive support and nursing care' (*vw Beschermd wonen met intensieve begeleiding en verpleging*) (previously Care Intensity Package vv6 (zpz vv 6)).
- 5 According to an employee at an expertise centre, at least eighteen residents with a Wlz indication are needed in order to fund night-time care. See also Thaens 2015.
- 6 While in principle a partner who does not require (Wlz-funded) care has the right to move into a regular care home with their partner, in practice this does not happen often.
- 7 This study concentrates on private residential care for people with (or who are eligible for) an indication for Wlz-funded care.
- 8 The tariffs for care purchased with a personal budget and the full home care package are, however, lower than those for 'care with accommodation' in kind, though this also applies for the required co-payments.
- 9 E.g. the 'Older people in institutions' survey (*Ouderen in instellingen (oii)*), which is conducted jointly by SCP and Statistics Netherlands (CBS).

Literatuur

- Aedes (2017). *Woonagenda 2017-2021 'Aan de slag in buurten, wijken, dorpen en steden'*. Geraadpleegd 24 april 2019 via: www.aedes.nl/artikelen/aedes/vereniging/strategische-agenda/woonagenda/aedes-woonagenda-2017-2021.html.
- Bannenbergh, Guus en Martin Boekholdt (2000). Tweedeling in de zorg voor ieder voordelig; Verpleeghuiszorg. In: *Trouw*, 20 juni 2000.
- Bas, John (2019). Kritiek op ouderenzorg Ter Wal in Lepelstraat: onvoldoende deskundigheid in huis. In: *BN de Stem*, 2 maart 2019. Geraadpleegd 23 mei via: <https://www.bndestem.nl/bergen-op-zoom/kritiek-op-ouderenzorg-ter-wal-in-lepelstraat-onvoldoende-deskundigheid-in-huis~afe68d4f/>.
- Beuzenberg, Vera, Anouk Corèl, Steven Kromhout, Eva Broxterman, Michelle Hu (2017). *Evaluatie passend toewijzen*. Den Haag: Platform 31/RIGO.
- Bockxmeer, Josta van (2019). Vergrijzing trekt beleggers aan in het zorgvastgoed. In: *Het Financieele Dagblad*, 23 januari 2019. Geraadpleegd op 30 januari 2019 via: <https://fd.nl/ondernemen/1286573/vergrijzing-trekt-beleggers-aan-in-het-zorgvastgoed>.
- Bruin, Simone de, Claudia Molema, Mirjam Busch, Ingrid Hegger en Caroline Baan (2018). *Langdurige zorg in beweging. Wat zijn uitdagingen en oplossingsrichtingen?* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- BZK (2018). *Nationale woonagenda 2018-2021*. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Geraadpleegd op 21 mei 2019 via: www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/nationale-woonagenda-2018-2021.
- Capital Value (2019). *De woning(beleggings)markt in beeld 2019*. Utrecht: Capital Value.
- CBRE (2017a). *Beleggers en zorginstellingen slaan steeds vaker handen ineen. Trends Nederlands Zorgvastgoed, H1 2017. Seniorenhuisvestingspecial*. Amsterdam: CBRE.
- CBRE (2017b). *Gezondheidscentra in het vizier bij beleggers. Trends Nederlands Zorgvastgoed, H2 2017. Gezondheidscentra-special*. Amsterdam: CBRE.
- CBRE (2018). *Groeiend tekort aan vrije sector zorgappartementen. Trends Nederlands Zorgvastgoed, H1 2018*. Amsterdam: CBRE.
- CBS (2017). *Ontwikkeling inkomen en vermogen 65-plussers na '95*. Geraadpleegd op 12 april 2019 via: www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/10/ontwikkeling-inkomen-en-vermogen-65-plussers-na-95.
- Commissie-Van Bochove (2018). *Evaluatie herziene Woningwet. Kansen en belemmeringen voor de maatschappelijke opgave van woningcorporaties*. Den Haag: Commissie-Van Bochove.
- Comondore, Vikram R, P J Devereaux, Qi Zhou, Samuel B Stone, Jason W Busse, Nikila C Ravindran, Karen E Burns, Ted Haines, Bernadette Stringer, Deborah J Cook, Stephen D Walter, Terrence Sullivan, Otavio Berwanger, Mohit Bhandari, Sarfaraz Banglawala, John N Lavis, Brad Petrisor, Holger Schünemann, Katie Walsh, Neera Bhatnagar en Gordon H Guyatt (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. In: *BMJ*, jg. 339, nr. b2732 (DOI: 10.1136/bmj.b2732).
- Da Roit, Barbara en Fleur Thomése (2016). Maakt lokale thuiszorg zorg (on)gelijker? In: *Mens en maatschappij*, jg. 91, nr. 4, p. 381-403 (DOI: 10.5117/MEM2016.4.ROIT).
- Da Roit, Barbara en Marianne van Bochove (2017). Migrant Care Work Going Dutch? The Emergence of a Live-in Migrant Care Market and the Restructuring of the Dutch Long-term Care System. In: *Social Policy & Administration*, vol. 51, nr. 1 (DOI: 10.1111/spol.12174).
- Dijkman, Anna (2019). Wie bouwt de nodige verpleeghuizen? In: *Het Financieele Dagblad*, 4 februari 2019. Geraadpleegd op 24 april 2019 via: <https://fd.nl/achtergrond/1287619/wie-bouwt-de-nodige-verpleeghuizen>.

- Doorselaer, Eddy van, Christina Masseria en Xander Koolman (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. In: *CMAJ*, jg. 174, nr. 2, p. 177-183 (DOI: 10.1503/cmaj.050584).
- Duk, Wierd (2008). Nooit meer met z'n vieren op een kamer; Ouderenzorg heeft een slechte reputatie, maar innoveert ook. *Genoeg?* In: *Elsevier Weekblad*, 4 oktober 2008.
- Eggink, Evelien, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj (2012) *VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009 – 2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Enroth, Linda, Mari Aaltonen, Jani Raitanen, Lily Nosraty en Marja Jylhä (2017). Does use of long-term care differ between occupational classes among the oldest old? Vitality 90 + Study. In: *European Journal of Ageing*, jg. 15, nr. 2, p. 143-153 (DOI: 10.1007/s10433-017-0445-0).
- Fiscella, Kevin, Peter Franks, Marthe R. Gold en Carolyn M. Glancy (2000). Inequality in Quality. Addressing Socioeconomic, Racial, and Ethnic Disparities in Health Care. In: *JAMA*, jg. 283, nr. 19, p. 2579-2584.
- Garvelink, M., M. Dees, S. Ranke, M. Perry en J. Braspenning (2018). *Inventarisatie knelpunten en oplossingsrichtingen in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Onderdeel project Kwetsbare Ouderen Thuis*, kot. Nijmegen: IQ Healthcare, Radboudumc.
- IGJ (2018). *Kwaliteitseisen vaak niet bekend bij nieuwe of nog onbekende zorgaanbieders*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 23 mei 2019 via: www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/09/25/factsheet-kwaliteitseisen-vaak-niet-bekend-bij-nieuwe-of-nog-onbekende-zorgaanbieders.
- Jong, Andries de en Sjoerd Kooiker (2018). *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen, 1975-2040*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Josten, Edith, Jan Dirk Vlasblom en Cok Vroman (2014). *Bevrijd of bekleemd? Werk, inhuur, inkomen en welbevinden van zzp-ers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kant, Agnes (2000). Iedereen wil waardig oud worden; Tweedeling. In: *Trouw*, 30 juni 2000.
- Klaveren, Susan van, Netty van Triest en Penny Senior (2018). *Langer thuis: in de praktijk. Vernieuwende woonzorg voor kwetsbare senioren*. Geraadpleegd 12 december 2018 via: www.platform31.nl/publicaties/langer-thuis-vernieuwende-woonzorg-voor-kwetsbare-senioren.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kooiker, Sjoerd, Mirjam De Klerk, Judith Ter Berg en Yolanda Schothorst (2012). *Meebetalen aan de zorg. Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau en Bureau Veldkamp.
- Kromhout, Mariska, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.) (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- KVK (2017). *Rechtsvormen. Kiezen voor de juiste rechtsvorm*. Kamer van Koophandel. Geraadpleegd op 15 maart 2019 via www.kvk.nl.
- Landweer, Maja en Maaïke Kraaijeveld (2013). Het verzorgingshuis als een chic hotel. In: *AD/Groene Hart*, 13 april 2013.
- Lanschot, Van (2015). *Vermogend Nederland. Dutch wealth report 2015*. 's Hertogenbosch: F. van Lanschot Bankiers nv. Geraadpleegd 23 mei 2019 via: www.vanlanschot.nl.
- Leupen, Johan (2014). 'Laat ouderen kiezen: je huis opeten, óf geen zorg'. In: *Het Financieele Dagblad*, 5 juli 2014.
- LHV (2018). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging. Geraadpleegd 23 mei 2019 via: www.lhv.nl.
- Lippe, Tanja van der (2017). De markt van persoonlijke dienstverlening. (Redactioneel). In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 33, nr. 4, p. 381-383.

- Miltenburg, Th.E.M. (2000). De plaats van het persoonsgebonden budget in de AWBZ. In: *Christen Democratische Verkenningen*, nr. 7,8,9, p. 127-131.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk en Mirjam de Klerk (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijksoverheid (2019). *Stimuleringsregeling om nieuwe vormen van wonen en zorg voor ouderen vlot te trekken*. Geraadpleegd 20 februari 2019 via: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/02/01/stimuleringsregeling-om-nieuwe-vormen-van-wonen-en-zorg-voor-ouderen-vlot-te-trekken>.
- rvz (1998). *Naar een meer vraaggestuurde zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en zorg.
- rvz (2012). *Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en Zorg.
- Tennekes, Joost, Hans van Amsterdam, Like Bijlsma, Lianne van Duinen, Hedwig van der Linden en Arnoud Vlak (2017). *Maatschappelijk vastgoed in verandering. Ruimtelijke dynamiek van woonzorggebouwen en basisscholen en de gevolgen van vraagvolgende bekostiging. Achtergrondstudie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Thaens, Gerard (2015). *Op weg naar het nieuwe zorgen*. Amstelveen: TUIM BV.
- TK (2016/2017). *Regels in verband met de uitbreiding van het toezicht op nieuwe zorgaanbieders (Wet toetreding zorgaanbieders)*. Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 34767, nr. 3.
- TK (2017/2018). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (xvi) voor het jaar 2018. Kamerbrief 'Winstuitkering door zorgaanbieders'*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 juli 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34775 xvi, nr. 150.
- Vegter, Fenneke, Lonneke Gijsbers en Marcel Voorn (2016). *Verpleeghuiszorg in Nederland. Belevingsonderzoek onder Nederlands publiek, professionals en bestuurders*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 23 mei 2019 via: www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/07/04/verpleeghuiszorg-in-nederland.
- Verenso (2018). *Rol van de specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvormen. Inventarisatie van ervaringen en benodigde randvoorwaarden*. Utrecht: Verenso. Geraadpleegd op 12 april 2019 via: www.verenso.nl.
- vgn (2018). *Handreiking juridisch kader zorgverkoop Wlz aan zorgkantoren. In 50 vragen en antwoorden*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Geraadpleegd op 15 maart 2019 via: www.vgn.nl.
- Vliet, M. van, M.I. Broese van Groenou en D.J.H. Deeg (2010). *Extramurale Zorgpakketten. Verleende zorg aan zelfstandig wonende ouderen in onderscheidende pakketten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- de Volkskrant (2000). cda: ruimer aanbod zorg ouderen nodig. In: *de Volkskrant*, 25 februari 2000.
- Wilde, David de (2017). *Hoe regel ik een particulier verpleeghuis*. Geraadpleegd 7 december 2018 via: www.plusonline.nl/het-verpleeghuis/hoe-regel-ik-een-particulier-verpleeghuis.
- Witter, Yvonne en Tineke Fokkema (2018). *Huisvesting en zorg voor oudere migranten in Nederland*. In: *Demos*, jg. 34, nr. 6, p. 1-4.
- Weeda, Frederiek (2018). *Over de wond zat incontinentiemateriaal*. In: *NRC*, 4 juni 2018.
- Zantinge, E.M., E.A. van der Wilk, S. van Wieren, C.G. Schoemaker (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen/RIVM.
- Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 14 maart 2019 via: www.zorginstituutnederland.nl.
- Zorginstituut Nederland (2019). *Verzekerde zorg*. Geraadpleegd 18 maart 2019 via: www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-in-een-instelling-wlz/overige-voorzieningen.
- Zorgverzekeraars Nederland (2018a). *Voorschrift zorgtoewijzing 2019. Addendum bij overeenkomst 2019 Zorgkantoor – Zorgaanbieder Wlz*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland. Geraadpleegd 15 maart 2019 via: www.zn.nl.

Zorgverzekeraars Nederland (2018b). *Beleidskader contractering Wlz. Versie 3, oktober 2018*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland. Geraadpleegd 15 maart 2019 via: www.cz.nl.

Zorgverzekeraars Nederland (2018c). *Zelf uw zorg inkopen in 6 stappen. Persoonsgebonden budget Wlz 2019*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland. Geraadpleegd 20 maart 2019 via: www.zorgkantoorfriesland.nl.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2019

- 2019-1 *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk* (2019). Alice de Boer, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0904 9 (pdf)
- 2019-2 *Opgestaan, plaats vergaan ... Uitstroom van vrouwen en mannen in leidinggevende functies* (2019). Ans Merens. ISBN 978 90 377 0907 0 (pdf)
- 2019-3 *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen* (2019). Mirjam de Klerk, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0908 7 (pdf)
- 2019-4 *Opnieuw beginnen. Achtergronden van positieverschillen tussen Syrische statushouders* (2019). Emily Miltenburg, Jaco Dagevos en Willem Huijnk (red), Nathalie Boot en Zoë Driessen (CBS), Sanne Noyon en Mieke Maliepaard (WODC), Jaco Dagevos, Roxy Damen, Willem Huijnk en Emily Miltenburg (SCP), Ellen Uiters en Alet Wijga (RIVM). ISBN 978 90 377 0910 0 (pdf)
- 2019-5 *Informeel zorg ontvangen en verlenen: is de context van invloed?* (2019). Debbie Verbeek-Oudijk. ISBN 978 90 377 0909 4 (pdf)
- 2019-7 *Grenzen aan een leven lang leren* (2019). Ralf Maslowski. ISBN 978 90 377 0913 1 (pdf)
- 2019-8 *Wat willen Nederlanders van de Europese Unie? Een verkenning met enquêtes, een onlinedialoog en focusgroepen* (2019). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0914 8 (pdf)
- 2019-9 *Publiekssamenvatting Legitimiteit en pensioenhervormingen. Vignettenstudie naar voorkeuren voor het pensioenstelsel van zelfstandigen en werknemers*(2019). Martin Olsthoorn. ISBN 978 90 377 0915 5 (pdf)
- 2019-10 *Denkend aan Nederland: Een bundeling van analyses, thematische verkenningen en essays* (2019). Red.: Sjoerd Beugelsdijk (RUG), Joep de Hart, Pepijn van Houwelingen en Maroesjka Versantvoort. ISBN 978 90 377 0916 2 (pdf)
- 2019-11 *Wonen met zorg* (2019). Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0919 3 (pdf)

Digitale publicaties 2019

Trends in de ouderenzorg 2018-2030 (infographic). Mirjam de Klerk, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0911 7, publicatiedatum 17-4-2019

Overige publicaties 2019

Burgerperspectieven 2019 | 1 (2019). Paul Dekker, Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0906 3

SCP-publicaties 2018

- 2018-1 *Werken aan de start. Jonge vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt* (2018). Ans Merens en Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0859 2
- 2018-2 *Lees:Tijd. Lezen in Nederland* (2018). Annemarie Wennekers, Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0858 5
- 2018-3 *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (2018). Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg. M.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde. ISBN 978 90 377 0856 1
- 2018-4 *Jezelf zijn in het verpleeghuis* (2018). Lisette Kuiper, Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0855 4 (pdf)
- 2018-5 *Maatschappelijke ondersteuning: keuzes van cliënten en beleid van gemeenten* (2018) (handeseditie proefschrift). Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0846 2 (pdf)
- 2018-6 *Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving* (2018). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0861 5
- 2018-7 *The social state of the Netherlands 2017* (2018). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0862 2 (pdf)
- 2018-8 *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking* (2018). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0863 9
- 2018-9 *Bouwend aan een toekomst in Nederland. De leefsituatie van Poolse migranten die zich na 2004 in Nederland hebben ingeschreven* (2018). Mérove Gijsberts, Iris Andriessen, Han Nicolaas (CBS) en Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0864 6 (pdf)
- 2018-10 *Publieke voorkeuren. Een methodologische en inhoudelijke verkenning van voorkeuren voor publieke voorzieningen* (2018). Martin Olsthoorn en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0867 7 (pdf)
- 2018-11 *De religieuze beleving van moslims in Nederland. Diversiteit en verandering in beeld* (2018). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0868 4 (pdf)
- 2018-12 *Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa* (2018). Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0866 0 (pdf)
- 2018-13 *Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (2018). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0872 1
- 2018-14 *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland* (2018). Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Mieke Maliepaard (WODC) en Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0869 1
- 2018-15 *Tijdelijk werk geven. Invloed van laagconjunctuur en langdurende ziektegevallen* (2018). Edith Josten en Jan Dirk Vlasblom. ISBN 978 90 377 0870 7 (pdf)
- 2018-16 *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (2018). Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg (VU AMSTERDAM). ISBN 978 90 377 0874 5
- 2018-17 *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* (2018). Mariska Kromhout, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.). ISBN 978 90 377 0875 2
- 2018-18 *An international comparison of care for people with intellectual disabilities. An exploration* (2018). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Lisa Putman en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0871 4 (pdf)

- 2018-19 *Van sociale werkvoorziening naar Participatiewet. Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* (2018). Klarita Sadiraj, Stella Hoff en Maroesjka Versantvoort. ISBN 978 90 377 0880 6 (pdf)
- 2018-20 *Lastige kwesties. Acht focusgroepen over vertegenwoordiging en stemmen* (2018). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0878 3 (pdf)
- 2018-21 *Kijk op kinderopvang. Hoe ouders denken over de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van kinderopvang* (2018). Anne Roeters en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0876 9 (pdf)
- 2018-22 *Verdeeldheid en verbinding. Terugblik op de rol van de civil society bij de komst van vluchtelingen* (2018). Wouter Mensink. ISBN 978 90 377 0882 0 (pdf)
- 2018-23 *Als werk weinig opbrengt. Werkende armen in vijf Europese landen en twintig Nederlandse gemeenten* (2018). Cok Vrooman, Edith Josten, Stella Hoff, Lisa Putman en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0881 3
- 2018-24 *Het culturele leven. Hoe 10 culturele domeinen gezien vanuit 14 kernthema's* (2018). Andries van den Broek en Yvette Gieles. ISBN 978 90 377 0890 5 (pdf)
- 2018-25 *De sociale staat van Nederland 2018. Hoofdpijnen* (2018). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Cretien van Campen en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0886 8
- 2018-26 *Eritrese statushouders in Nederland. Een kwalitatief onderzoek over de vlucht en hun leven in Nederland* (2018). Leen Sterckx, Merhawi Fessehazion, m.m.v. Bet-El Teklemariam. ISBN 978 90 377 0888 2
- 2018-27 *LHBT-monitor 2018. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland* (2018). Gabriël van Beusekom en Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0891 2 (pdf)
- 2018-28 *Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt* (2018). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0895 0
- 2018-29 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt* (2018). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0896 7
- 2018-30 *De scp-methode voor het meten van armoede. Herijking en revisie* (2018). Benedikt Goderis, Bart van Hulst, Jean Marie Wildeboer Schut en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0900 1 (pdf)
- 2018-31 *Rapportage sport 2018* (2018). Hugo van der Poel (Mulier Instituut), Resie Hoeijmakers (Mulier Instituut), Ine Pulles en Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0893 6
- 2018-32 *Christenen in Nederland. Kerkelijke deelname en christelijke gelovigheid* (2018). Joep de Hart en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0894 3
- 2018-33 *Ons geld. Vrouwen en mannen over het belang van inkomen en economische zelfstandigheid voor vrouwen* (2018). Wil Portegijs. ISBN 978 90 377 0889 9
- 2018-34 *Alle ballen in de lucht. Tijdsbesteding in Nederland en de samenhang met de kwaliteit van leven* (2018). Anne Roeters (red.). ISBN 978 90 377 0899 8

Digitale publicaties 2018

- Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (infographic). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0873 8, publicatiedatum 4-5-2018
- Een (on)gezonde leefstijl* (card stack). Stéfanie André (RU), Gerbert Kraaykamp (RU), Roza Meuleman (RU). ISBN 978 90 377 0879 0, publicatiedatum 10-7-2018
- De sociale staat van Nederland 2018* (card stack). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Cretien van Campen en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0885 1, publicatiedatum 11-9-2018

(Un)healthy lifestyles. Education as a dividing line (card stack). Stéfanie André (RU), Gerbert Kraaykamp (RU), Roza Meuleman (RU). ISBN 978 90 377 0897 4, publicatiedatum 22-10-2018

Publiek voorzien. Ontwikkelingen in de uitgaven en dienstverlening van 27 publieke voorzieningen (digitaal gelaagd rapport). Evelien Eggink, Ingrid Ooms, Lisa Putman, Michiel Ras, Ab van der Torre en Sytske Wierda ISBN 978 90 377 0892 9, publicatiedatum 6-11-2018

Armoede in kaart 2018 (cardstack). Stella Hoff, Benedikt Goderis, Bart van Hulst en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0902 5, publicatiedatum 23-11-2018

Emancipatiemonitor 2018 (cardstack). Wil Portegijs (SCP) Marion van den Brakel (CBS) ISBN 978 90 377 0901 8, publicatiedatum 14-12-2018

Overige publicaties 2018

Burgerperspectieven 2018 | 1 (2018). Paul Dekker, Lia van der Ham en Annemarie Wennekers.

ISBN 978 90 377 0865 3

Burgerperspectieven 2018 | 2 (2018). Josje den Ridder, Evelien Boonstoppel en Paul Dekker.

ISBN 978 90 377 0877 6

Burgerperspectieven 2018 | 3 (2018). Josje den Ridder, Paul Dekker en Evelien Boonstoppel.

ISBN 978 90 377 0883 7

Burgerperspectieven 2018 | 4 (2018). Paul Dekker, Josje den Ridder, Pepijn van Houwelingen en Patricia van Ech-telt. ISBN 978 90 377 0898 1

Verdringing op de arbeidsmarkt. Beschrijving en beleving (2018). Wiljan van den Berge, Jan Dirk Vlasblom, Jos Ebregt, Lisa Putman, Jochem Zweerink en Marloes de Graaf-Zijl. ISBN 978 90 377 0887 5 (pdf)