

'Het analyseren van de toekomstbestendigheid van de tijdelijke financiële middelen van 't Kastheel, met de borging van de huidige kwaliteit van de zorgverlening'.



τKastheel
unieke zorg vanuit verbinding

Dominante focus: Financieel Management

Internal: Hinrich Slobbe

Aantal woorden: 20151

23 juni 2023

Bas de Greef

EMBA2021/1A

s.degreef@kastheel.nl

Dankwoord

Om te beginnen wil ik mijn gezin bedanken voor de ruimte die ze mij hebben gegeven om deze fantastische ontwikkeling te mogen doormaken. Niet alleen dit onderzoek maar de gehele Executive MBA opleiding heeft veel tijd gekost ook van het gezinsleven.

Ik wil 't Kastheer als organisatie bedanken voor het vertrouwen en steun die ik heb gekregen om deze investering in mijzelf en de organisatie te mogen doen.

Mijn internal Hinrich Slobbe bedank ik voor de duidelijke verwachtingen die hij vooraf en tijdens dit proces continu heeft neergelegd. Dat is precies de begeleiding die ik nodig heb. Daarnaast de inspirerende vragen vanuit een enorm kennisvat, het snelle reageren op vragen en het maken van afspraken voor overleg. Als deelnemer probeer je tijd te vinden buiten het werk en je gezin om, soms maak je die tijd vrij op de meest onmogelijke momenten. Het is heel prettig dat Hinrich ontzettend flexibel is, dan kan je direct weer door werken.

Samenvatting

Dit onderzoek bestaat uit meerdere onderdelen. Een uitgebreid vooronderzoek was nodig om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling:

“Het is een probleem als de tijdelijke financiële middelen wegvallen en wij de huidige kwaliteit van de zorgverlening van 't Kasteel niet meer kunnen borgen”.

De doelgroep bleek 6168 potentiële cliënten te bevatten, welke jaarlijks € 1.191.636.574 aan maatschappelijke kosten met zich meebrengen. Nadat de doelgroep helder was, konden we de benchmark bepalen. We hebben de financiële huishouding van 't Kasteel vergeleken met 6 collega zorgaanbieders, om kritieke succesfactoren te kunnen ontdekken op financieel gebied.

In het literatuuronderzoek is vervolgens gekeken naar een theoretisch kader, wat meer inzicht zou geven over de verbanden en aannames vanuit het vooronderzoek. Het literatuuronderzoek valideerde de gekozen methodologie en nieuwe inzichten werden verkregen. De samenhang tussen de doelgroep en diverse factoren zoals criminaliteit, middelengebruik, werkloosheid en autisme kwamen specifiek naar voren als een verband. De rode draad in deze overeenkomsten is een beperkte ontwikkeling van de theory of mind. Dit is een gebrek aan empathie. Daarnaast is er een duidelijke methodiek gevonden bij het World Health Organization (WHO) om kwaliteit van leven uit te rekenen en om te zetten in een kostenplaatje door middel van QALY's. Dit heeft geleid tot een conceptueel model.

Op basis van de verkregen inzichten zijn er drie veldonderzoeken uitgevoerd, het eerste veldonderzoek was intern gericht naar de maatschappelijke kosten van de bewoners van 't Kasteel. Hoeveel maatschappelijke kosten brachten zij met zich mee, voordat zij bij 't Kasteel in zorg kwamen en welke kosten zijn er tijdens hun verblijf. Tijdens dit veldonderzoek hebben wij gebruik gemaakt van de maatschappelijke prijslijst van het Instituut voor Publieke Waarden en de berekening van kwaliteit van leven in QALY's afkomstig van het WHO. Het bleek dat de bewoners van 't Kasteel zelfs bovengemiddelde kosten met zich meebrengen ten opzichte van het vooronderzoek. Het tweede veldonderzoek was extern gericht naar verkregen data uit de sector, om te kijken naar de verschillen en overeenkomsten tussen de cijfers van 't Kasteel en de rest van de sector door de jaarrekeningen te vergelijken. Dit leidde tot inzichten in nieuwe verbanden en diverse oplossingsrichtingen. Het derde veldonderzoek betrof verkregen data van het Zorgkantoor Zilveren Kruis, gericht op de Meezorg gelden. Dit bevestigde de eerdere resultaten uit het tweede veldonderzoek.

De kwaliteit van leven van de bewoners hangt één op één samen met de kosten van maatschappelijke overlast. Deze aspecten zijn gelijktijdig te verbeteren door een specifieke werkwijze en bedrijfsvoering waarbij de kosten voor de maatschappij zullen halveren en de levensverwachting met 50% toeneemt!

Abstract

This study consists of several parts. Firstly, an extensive preliminary study was carried out to elaborate a response to the central problem being studied. This was formulated as follows:

It is problematic if the temporary financial resources are lost, and we can no longer guarantee the current quality of care provided by 't Kastheel.

The target group included 6,168 potential clients, who accounted annually for €1,191,636,574 in cost to society. Once the target group had been identified, we could then establish the benchmark. We compared the financial situation of 't Kastheel with six other healthcare providers to identify critical factors for financial success.

The literature review then looked at a theoretical framework that would provide more insight into the correlations and assumptions from the preliminary study. The literature review validated the chosen methodology, and new insights were obtained. Links between the target group and factors such as criminality, drug use, unemployment and autism were explicitly found to correlate. The common thread in these similarities is the limited development of a theory of mind. This refers to a lack of empathy. Furthermore, we found that the World Health Organization (WHO) had a clear methodology to calculate the quality of life and convert it to a cost estimate using quality-adjusted life years (QALYs). This resulted in a conceptual model.

Based on the insights obtained, we carried out three field studies. The first field study was internally focused on the residents of 't Kastheel and their cost to society. What costs to society had they already caused when they were admitted into care at 't Kastheel, and what costs accrued during their admission? Throughout this field study, we consulted the social price list of the Instituut voor Publieke Waarden (Institute for Public Values) and followed WHO's calculation of quality of life in QALYs. Residents of 't Kastheel were found to have above-average costs compared to the preliminary study. The second field study focused externally on data obtained from the sector at large. The point of this was to examine the differences and similarities between the financial situation of 't Kastheel and the rest of the sector by comparing their annual accounts. Here, we found new correlations and various potential solution pathways. The third field study concerned data obtained from the Zilveren Kruis long-term care bureau ('Zorgkantoor'), specifically focusing on Additional Care ('Meerzorg') funds. This confirmed the previous results from the second field study.

Residents' quality of life has a one-on-one correlation to the costs of social nuisance. These aspects can be simultaneously improved by a specific method and operational management in which the costs to society will be halved and life expectancy will increase by 50%.

Inhoudsopgave

Dankwoord.....	II
Samenvatting.....	III
Abstract.....	IV
Inhoudsopgave.....	V
Overzicht tabellen en grafieken.....	VII
1. Inleiding.....	8 -
1.1 <i>Introductie.....</i>	<i>- 8 -</i>
1.2 <i>Onderbouwing onderzoeksprobleem.....</i>	<i>- 9 -</i>
1.3 <i>Vooronderzoek en theoretisch kader.....</i>	<i>- 9 -</i>
Doelgroep bepaling.....	- 10 -
Benchmark.....	- 14 -
Literatuur vooronderzoek buitenland.....	- 15 -
1.4 <i>Doelstellingen en onderzoeksvragen.....</i>	<i>- 16 -</i>
1.5 <i>Algemeen onderzoeksontwerp.....</i>	<i>- 20 -</i>
1.6 <i>Inleiding op het vervolg van de dissertation.....</i>	<i>- 20 -</i>
2. Literatuuronderzoek.....	21 -
2.1 <i>Introductie.....</i>	<i>- 21 -</i>
2.2 <i>Bespreking van de literatuur.....</i>	<i>- 22 -</i>
2.3 <i>Kwaliteit en aard literatuur.....</i>	<i>- 30 -</i>
2.4 <i>Conclusies.....</i>	<i>- 30 -</i>
3. Onderzoeksontwerp en methodologie.....	31 -
3.1 <i>Introductie.....</i>	<i>- 31 -</i>
3.2 <i>Onderzoeksinstrumenten.....</i>	<i>- 34 -</i>
3.3 <i>Pilot study.....</i>	<i>- 35 -</i>
3.4 <i>Steekproef.....</i>	<i>- 35 -</i>
3.5 <i>Dataverzameling.....</i>	<i>- 35 -</i>
3.6 <i>Data analyse.....</i>	<i>- 35 -</i>
4. Resultaten.....	36 -
4.1 <i>Presentatie van de opbrengsten.....</i>	<i>- 36 -</i>
<i>Wendbaar aan de slag.....</i>	<i>- 49 -</i>
4.2 <i>Relatie met de probleemstelling en onderzoeksvragen.....</i>	<i>- 56 -</i>
5. Genereren en evalueren van de oplossingsalternatieven.....	57 -

5.1	<i>Genereren van alternatieven.....</i>	- 57 -
5.2	<i>Aantal oplossingsalternatieven.....</i>	- 58 -
5.3	<i>Evaluatie van de alternatieven.....</i>	- 58 -
5.4	<i>Conclusie.....</i>	- 59 -
6.	Implementatie.....	- 60 -
6.1	<i>Introductie.....</i>	- 60 -
6.2	<i>Hiaten, onregelmatigheden, afwijkingen in de data.....</i>	- 61 -
6.3	<i>Implementatieplan.....</i>	- 61 -
6.4	<i>Problemen en uitdagingen.....</i>	- 64 -
6.5	<i>Relevantie van de resultaten.....</i>	- 65 -
6.6	<i>Ethische dilemma's.....</i>	- 65 -
7.	Reflectie.....	- 66 -
	Bibliografie.....	- 67 -
	Bijlagen.....	- 68 -

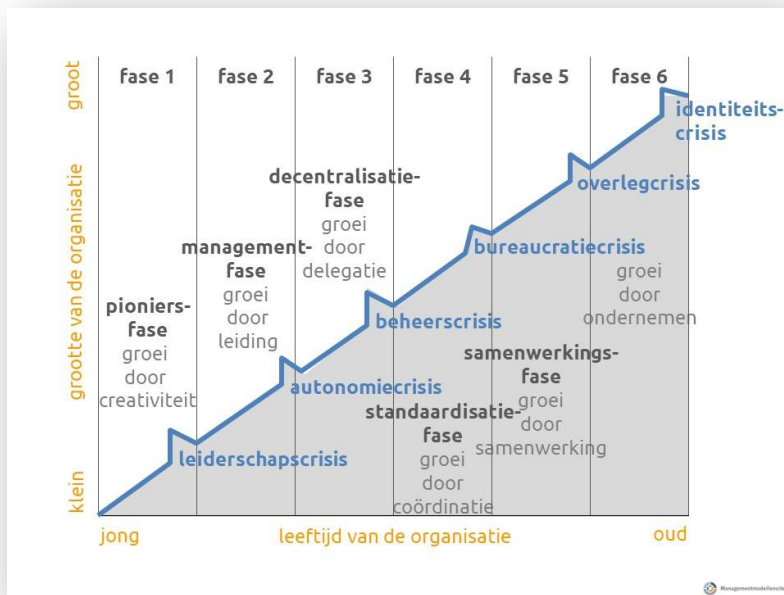
Overzicht tabellen en grafieken

Figuur 1 The Business Model Canvas.....	17 -
Figuur 2 Aantal VG1-VG8 indicaties.....	23 -
Figuur 3 Aantal LVG en SGLVG indicaties.....	23 -
Figuur 4 Ziektelast per QALY.....	24 -
Figuur 5 Ziektelastberekeningen a.d.h.v. de verschillende rechtvaardigheidsopvattingen.....	25 -
Figuur 6 Formule berekening ziektelast.....	26 -
Figuur 7 WHO Mental Health Atlas 2017.....	28 -
Figuur 8 Berekening maatschappelijke prijslijst.....	36 -
Figuur 9 Overzicht Maatschappelijke prijslijst bewoners 't Kastheel.....	37 -
Figuur 13 Grafiek kosten ZZP pakket en Meerzorg 2015/2022 't Kastheel.....	38 -
Figuur 10 Prognose zonder behandeling 't Kastheel.....	41 -
Figuur 11 Prognose met behandeling 't Kastheel.....	42 -
Figuur 12 Overzicht scenario vergelijking.....	43 -
Figuur 14 Onderzoek jaarrekeningen benchmark.....	44 -
Figuur 15 Kengetallen benchmark.....	45 -
Figuur 16 Schaalgrootte beïnvloed complexe zorg.....	46 -
Figuur 17 Golden Rule of Finance.....	46 -
Figuur 18 Zorgkantoren in Nederland.....	50 -
Figuur 19 Indeling Zorgkantoren regio's.....	51 -
Figuur 20 Analyse datasheet Zorgkantoor 2015/2018.....	52 -
Figuur 21 Analyse datasheet Zorgkantoor 2019/2022.....	53 -
Figuur 22 Analyse oplossingsalternatieven.....	59 -

1. Inleiding

1.1 Introductie

't Kastheel is een gespecialiseerde zorgaanbieder binnen de Wet Langdurige Zorg (WLZ) in een niche markt. Inmiddels bestaan wij acht jaar en opereren inmiddels in Fase 4 van het groeimodel van Greiner.



Figuur 1 Groeimodel Greiner

Vanaf 2023 is onze strategie gericht op het bestendigen van de zorgverlening en de organisatie oftewel consolideren. We hebben de beheerscrisis net achter ons gelaten.

Om toekomstbestendig te zijn voor de komende tien jaar, zullen wij een heldere strategie moeten voeren om relevant te blijven en ons bestaansrecht te handhaven in de sector. Wij zijn van mening dat wij enorme maatschappelijke opbrengsten opleveren, echter kost onze organisatie veel zorggeld voor de maatschappij en de B.V. Nederland. Mede doordat wij gebruik maken van extra (tijdelijke) geldstromen, Meerzorg genoemd. Om deze geldstromen te behouden voor de lange termijn, hebben wij als doelstelling om af te bouwen waar mogelijk en het overige deel van de tijdelijke middelen om te zetten in een permanente geldstroom. Hier is het systeem van de zorgsector niet op gebouwd en dit vergt inspanning qua organisatie.

Het onderzoek dient als Dissertation voor de Executive Master of Business Administration (EMBA) aan de Business School Nederland. Vanuit dat kader richt dit onderzoek zich op de bedrijfsmatige kant van het probleem en niet op de zorginhoudelijke kant. Desondanks zal de inhoudelijke kant wel uitgelicht worden, omdat daar de kern ligt voor de bedrijfsmatige kant.

Om ervoor te zorgen dat het onderzoek en de aanbevelingen concreet worden, heb ik ervoor gekozen om mij niet te richten op preventie en vroeg signalering in de kinderjaren. Zoals gezegd richt ik mij niet op de zorginhoudelijke kant, terwijl er geheid grote winst te behalen is met preventieve interventies. We gaan uit van een "ist" situatie waarin de cliënten eenmaal

volwassen zijn en we werken toe naar een “soll” situatie waarin de cliënten een waardevol leven leiden, zonder maatschappelijke overlast met zo min mogelijk maatschappelijke kosten.

1.2 Onderbouwing onderzoeksprobleem

't Kastheel biedt enkel en alleen zorg aan zeer complexe bewoners op kleine schaal. Dit betekent dat wij in tegenstelling tot grote zorgaanbieders met een breed scala aan diensten, geen nivellerend effect krijgen door de zorg in bulk te leveren. Het nadeel hiervan is dat elke bewoner een grote impact heeft op onze bedrijfsvoering. Als een cliënt in een crisissituatie belandt, zal dit extra kosten met zich mee brengen. Dit gegeven toont de relevantie aan van het onderzoek voor de organisatie.

De wijze waarop de organisatie deze impact beheerst, door middel van tijdelijke financieringsstromen, brengt wederom een kwetsbaarheid met zich mee. De permanente geldstromen betreft 68% van de totale omzet, de tijdelijke middelen betreft 32% van de totale omzet. Dit bevestigt het grote bedrijfsrisico en de relevantie voor dit onderzoek. Ondanks de uitermate positieve resultaten op inhoudelijk en financieel gebied, bestaat er een kans dat de tijdelijke financiële middelen in de toekomst beëindigd worden door keuzes vanuit de overheid. De groei van de tijdelijke financiële middelen zijn een landelijk probleem. Het is dan ook niet alleen in ons eigen belang om deze eventuele problemen te voorkomen. Het is ook een maatschappelijke opdracht waar 't Kastheel aan wil bijdragen; de doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorggelden verbeteren. Dit onderzoek zal na afronding geanonimiseerd worden, waardoor het gedeeld kan worden met andere stakeholders in de zorgsector.

1.3 Vooronderzoek en theoretisch kader

Gedurende het vooronderzoek is er kritisch gekeken naar valide literatuur uit binnen- en buitenland. Dit vergt veel tijd en zal de consistentie en uitkomsten van het onderzoek ten goede komen.

Allereerst hebben we de probleemstelling scherp neergezet:

Het is een probleem als de tijdelijke financiële middelen wegvallen en wij de huidige kwaliteit van de zorgverlening van 't Kastheel niet meer kunnen borgen.

De probleemstelling behoeft op bepaalde vlakken meer afbakening, dit heeft plaatsgevonden in het vooronderzoek en heeft zich met name gericht op de binnenlandse recente literatuur en bestaande onderzoeken.

- Doelgroep bepalen, zodat we de juiste cliënten met elkaar vergelijken en we de omvang van het probleem op heldere wijze kunnen schetsen.
- Benchmark bepalen. Vergelijkbare collega zorgaanbieders voor een gerichte en doeltreffende analyse.
- Zijn er recente ontwikkelingen bekend in het landelijke beleid, die wij mee moeten nemen in het onderzoek, zodat er een stevige contributie geleverd wordt aan de oplossing van de maatschappelijke opdracht?

Doelgroep bepaling

De cliënten van 't Kastheel zijn zeer divers en hebben verschillende achtergronden. Om onze nichemarkt te verduidelijken is hier een theoretisch kader voor vastgesteld. Als instrument hebben we het woonprofiel met bijbehorende uitsluitingscriteria gebruikt als leidraad (Zie bijlage 1). Nederland kent meerdere sectoren, de volgende sectoren zijn relevant voor onze doelgroep bepaling:

Eerste sector: Verstandelijk gehandicapten of verstandelijk beperkten (VG of VB)

Deze sector wordt in Nederland Gehandicaptenzorg (GHZ) genoemd. Nederland telt ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking. Dit aantal betreft hoogstwaarschijnlijk het aantal geregistreerde mensen met een VB. Uitgaande van de IQ < 70 standaardnormaalverdeling zou 2,3% van de bevolking een verstandelijke beperking hebben. Uitgaande van een bevolking van 17,2 miljoen (januari 2018) betekent dit zo'n 395.600 mensen met een VB. (Embregts, 2019). In Nederland gebruiken we de DSM-5 voor het vaststellen van de diagnose.

Niveaus van verstandelijke beperking

Er is een onderscheid te maken naar niveaus van verstandelijke beperking, bijvoorbeeld daar waar de effectiviteit van een interventie verschilt naargelang het niveau van verstandelijk functioneren. We hanteren het onderscheid zoals door de DSM-5 aangehouden. Volgens de DSM-5 wordt het niveau van verstandelijke beperking in relatief grote mate bepaald door het adaptief functioneren en minder door IQ-scores, hoewel beide van belang worden geacht. Een belangrijk criteria voor de diagnose verstandelijke beperking is dat deze voor je 18^{de} levensjaar wordt vastgesteld. De volgende niveaus van verstandelijke beperking worden onderscheiden:

- Licht verstandelijk beperkt (LVB)
- Matig verstandelijk beperkt (MVB)
- Ernstig verstandelijk beperkt (EVB)
- Zeer ernstig verstandelijk beperkt (ZEVB)

Bij 't Kastheel hebben de meerderheid van de cliënten een matig verstandelijke beperking (verder VG genoemd). Binnen de VG indicaties bestaan er 8 zorg zwaarte pakketten (VG1 t/m VG8), binnen het profiel van VG7 staan deze beschreven voor mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen. Het achtste pakket is bedoeld voor mensen met veel somatische zorg en gedragsproblemen.

Uit onderzoek uitgevoerd door HHM, blijkt dat er in 2020 totaal 14.044 VG7 indicaties zijn geregistreerd in Nederland. Daarnaast kwamen zij tot de conclusie dat 27% van deze VG7 cliënten gebruik maken van de tijdelijke financiële middelen genaamd Meezorg. Dit zijn 3.792 unieke cliënten (Bakker, 2021).

Sommige cliënten van 't Kastheel hebben een licht verstandelijke beperking op cognitief niveau, maar hebben wel een VG7 indicatie. Dit is ontstaan door een overgangperiode welke in het verleden is gehanteerd door de indicerende instanties.

Licht verstandelijke beperking

In een eerder onderzoek, uitgevoerd in de GGZ blijkt dat Zwakbegaafdheid (IQ tussen 70 – 85) ongeveer 12,5% van de bevolking bestrijkt (Neijmeijer, 2010). Als we dezelfde cijfers hanteren: namelijk gerelateerd aan een bevolking van 17,2 miljoen, dan zouden dit 2.150.000 mensen zijn. Er zijn 11.910 geregistreerde LVG indicaties afgegeven in Nederland

De aantallen binnen de VG sector hebben we ingedeeld op de hoogste klasse, zoals deze ook in zorg zijn bij 't Kastheel. Binnen deze grondslag zijn er 5 LVG zwaarte pakketten en er is 1

extra zwaar pakket genaamd SGLVG. Deze laatste staat voor Sterk Gedragsgestoord en Licht Verstandelijk Gehandicapt. Dit waren 445 unieke cliënten met een LVG5 indicatie in Nederland en 520 unieke cliënten met een SGLVG indicaties.

We richten ons voornamelijk op de aantallen van de doelgroep en de bedrijfsmatige kant vanuit het financiële oogpunt in dit onderzoek. Hierdoor hebben we gekozen om niet verder op de inhoud in te gaan. Echter wordt er in het onderzoek van (Neijmeijer, 2010) een relevant punt weergegeven, precies de essentie van waaruit 't Kastheerl in 2015 mee is opgericht:

Creëren van voldoende en adequate woonvoorzieningen voor complexe doelgroepen zowel de gespecialiseerde voorzieningen als de reguliere GGZ kampt met grote doorstroomproblemen als het de LVB-doelgroep betreft. Er is behoefte aan meer adequate woonvoorzieningen voor LVB'ers die behandeld zijn geweest in gespecialiseerde voorzieningen of op specifieke afdelingen (zoals dubbele diagnose afdelingen en Forensische Psychiatrische Afdelingen (FPA's) van reguliere GGZ-voorzieningen, en langdurende ondersteuning nodig hebben op verschillende levensgebieden. Van belang is dat deze woonvoorzieningen zowel VG-expertise als GGZ expertise in huis hebben. Het ontwikkelen van deze woonvoorzieningen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van VG en GGZ.

Ondanks het ontbreken van harde onderzoeks- of registratiecijfers bevestigen de interviews van (Neijmeijer, 2010) met de hulpverleners ons vermoeden dat het binnen de GGZ gaat om een substantiële groep. De meeste schattingen lopen uiteen van 10 tot 40% van de cliëntenpopulatie. We gaan in dit onderzoek verder uit van een gemiddelde van 25%.

Tweede sector: Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Gedurende het vooronderzoek was het zeer opvallend om op te merken dat er weinig recente cijfers beschikbaar zijn uit deze sector. De meest recente informatie stamt uit 2019 en was beschikbaar vanuit de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa, Kerncijfers GGZ, 2019). We hebben ons gericht op twee doelgroepen binnen de GGZ, de langdurige GGZ en de specialistische GGZ.

De kerncijfers van de GGZ vertelden dat er 547.734 patiënten gebruik hebben gemaakt van de specialistische GGZ, vanuit 319 GGZ-instellingen. We beperken ons tot de patiënten die gebruik maakten van specialistische GGZ inclusief verblijf, ook wel de langdurige GGZ genoemd. Deze bevatte 2.556 patiënten bij 36 GGZ-instellingen (Vektis, 2017).

Het is heel lastig om exact vast te stellen, welke potentiële doelgroep binnen de GGZ vergelijkbaar is met de doelgroep van 't Kastheerl. Als we de resultaten van de LVB doelgroep binnen de GGZ (25%) gebruiken, van de 2.556 patiënten die verblijven op een specialistische GGZ afdeling brengt ons dat op 639 potentiële cliënten.

Sinds 2021 is het mogelijk om langdurige GGZ woonzorg binnen de Wet Langdurige Zorg (WLZ) te ontvangen, in tegenstelling tot alle andere GGZ zorg welke via de Zorgverzekeringswet (ZVW) loopt.

Volgens de cijfers van de Monitor Langdurige Zorg (Sport, 2021), zijn er 16.415 unieke cliënten met een GGZ Wonen indicatie. De zwaarte van de indicaties van bewoners van 't Kastheerl, is GGZ Wonen 5. Daar zijn maar 185 unieke cliënten van geregistreerd.

Derde sector: Forensische Zorg (FZ)

De forensische zorg bestaat uit meerdere onderdelen:

- Klinische zorg

- Beschermd wonen
- Ambulante zorg
- TBS

Binnen dit onderzoek richt ik mij op de doelgroep met langdurige behoefte aan zorg, waarin er een gebrek aan perspectief bestaat en sprake is van veelvuldig vastgelopen situaties. Dit komt overeen met het woonprofiel van 't Kastheel.

Beschermd wonen en ambulante zorg zijn niet passend binnen dit theoretische kader, voor deze personen is er een stijgende lijn zichtbaar en dus bestaat er perspectief. De Klinische zorg bestaat uit behandeling van zeer uiteenlopende stoornissen met een wisselende behandelduur. Eén van de doelstellingen van klinische zorg is herstel en uitstroom. Mede hierdoor richten wij ons enkel op de TBS gestelde personen in deze doelgroep bepaling.

Uit de meest recente informatie uit 2018 blijkt dat er 923 Tbs-gestelden waren (GGZ, 2018)

De afgelopen jaren zijn er innovaties binnen de TBS sector, er worden speciale zorgconferentie georganiseerd voor langdurig TBS gestelden. Oorspronkelijk zijn deze innovaties georganiseerd voor patiënten welke langer dan 15 jaar in TBS zaten. Voor deze conferentie worden meerdere partijen uitgenodigd om mee te denken over een nieuw perspectief. Uiteraard zijn de patiënt en diens advocaat daarbij aanwezig. Uit dit onderzoek blijkt dat meer dan een kwart van de langdurig Tbs-gestelden een verstandelijke beperking heeft (van der Wolf, 2022). Van de 923 Tbs-gestelden voldeden er 155 aan de criteria om mee te doen aan het betreffende onderzoek, waardoor we dit aantal meenemen in het eigen onderzoek.

Daarnaast bestaat er een speciale Longstay afdeling genaamd LFPZ. Hier verblijven 100 patiënten waarschijnlijk tot hun dood. Zij hebben al zo lang een TBS maatregel en hebben zulke ernstige misdrijven gepleegd, waardoor zij niet meer in staat zijn om terug te keren in de maatschappij. Velen zijn al ouder en hebben de pensioengerechtigde leeftijd al bereikt. Wij nemen deze 100 patiënten mee in onze berekening.

Vierde sector: Detentie

Het gevangeniswezen heeft geen direct link met de langdurige zorg, waar 't Kastheer toe behoort. Echter heeft het vooronderzoek tot een aantal nieuwe inzichten geleid. Bestaande onderzoeken wijzen uit dat er mensen met een verstandelijke beperking zich bevinden in meerdere sectoren, zelfs in de TBS klinieken en gevangeniswezen. Hierdoor hebben we onze scope verruimd en zijn we alsnog onderzoek gaan doen naar de cijfers binnen detentie.

Penitentiair Psychiatrisch Centrum

Patiënten worden alleen opgenomen in een PPC als er aanwijzingen zijn voor psychiatrische problematiek en als zij daardoor meer zorg behoeven dan in een reguliere PI geboden kan worden. In 2020 waren er 21.735 personen in reguliere detentie, waarvan 1.442 patiënten verbleven in een PPC (Bekkum, 2021). De meest relevante onderzoeksresultaten voor ons eigen onderzoek waren:

- vrijwel alle patiënten in het PPC worden gediagnosticeerd met een psychiatrische stoornis. In een grote netwerkanalyse met een steekproef van 5.257 mannelijke PPC-patiënten kon bij 56,7% van de populatie een psychotische stoornis worden vastgesteld (Bekkum, 2021) en bij 43,1% was er sprake van verslaving aan één of meerdere middelen. Andere veelvoorkomende stoornissen waren persoonlijkheidsstoornissen (27,6%), ontwikkelingsstoornissen (zoals ADHD en autisme; 15,6%), stemmingsstoornissen (9,4%) en psychotrauma (zoals PTSS; 8,4%).
- Bij 56,9% van de PPC-populatie bleek bovendien sprake van co-morbiditeit, dat wil zeggen meer dan één psychiatrische stoornis. Bijna een derde (30%) werd gediagnosticeerd met twee stoornissen, 16,4% had drie diagnoses en 10,5% vier of meer (tot acht aan toe).
- Naast het veelvuldig in combinatie voorkomen van bovengenoemde stoornissen, is er bij PPC-patiënten ook veelal sprake van een Licht Verstandelijke Beperking (LVB). In

een eerdere studie met 492 PPC-patiënten bleek na afname van een screeningsinstrument dat bij 60,3% sprake was van een geschat IQ lager dan 85.

- Een groot deel van de PPC-patiënten had geen vaste woon- of verblijfplaats in de periode waarin het delict plaatsvond wat de aanleiding was voor de detentie (32,0%). Anderen woonden voor detentie zelfstandig (49,7%) of in een begeleide woonvorm (8,9%).
- Opvallend is dat voor een deel van de PPC-populatie geldt dat hun delict werd gepleegd terwijl zij opgenomen waren in een reguliere GGZ-instelling (8,8%) en, voor een klein deel, tijdens detentie wegens een ander delict (0,5%). Het gaat dan bijvoorbeeld om geweld tegen hulpverleners of medepatiënten, of brandstichting in een instelling. Slechts 5,9% van de opgenomen patiënten heeft voorafgaand aan de PPC-opname nooit eerder contact gehad met een vorm van hulpverlening.
- Opvallend is dat maar liefst 35,2% van de patiënten ooit gedwongen opgenomen is geweest in de GGZ en dat 14,9% van de patiënten voorafgaand aan het PPC zelfs uitsluitend te maken heeft gehad met gedwongen vormen van hulpverlening. Bijna de helft (47,0%) van de PPC-patiënten heeft eerder in de voorgeschiedenis een strafrechtelijke maatregel opgelegd gekregen.

Uitgangspunten op basis van eerste vooronderzoek (doelgroep bepaling):

Op basis van het eerste vooronderzoek in de doelgroep bepaling, is het zeer aannemelijk om de volgende uitgangspunten te hanteren voor het verdere vervolg van het onderzoek:

- ❖ De VG sector heeft:
 - 3.792 potentiële VG7 cliënten met gemiddelde Meerzorg, behorende tot de doelgroep.
 - 445 potentiële LVG5 cliënten, behorende tot de doelgroep.
 - 520 potentiële SGLVG cliënten, behorende tot de doelgroep.
- ❖ De GGZ sector heeft:
 - 639 potentiële cliënten van de specialistische GGZ, waarbij een LVB niveau is opgemerkt of vastgesteld.
 - 185 potentiële cliënten met een GGZ Wonen 5 indicatie.
- ❖ De Forensische Zorg heeft:
 - 155 potentiële cliënten met een TBS maatregel langer dan 15 jaar.
 - 100 potentiële cliënten woonachtig bij het LFPZ.
- ❖ Detentie heeft:
 - 432 potentiële cliënten met co-morbiditeit.

We gaan dan ook uit van een totale omvang van 6168 mogelijk cliënten binnen de doelgroep bepaling.

Financiële kaders voor het onderzoek (doelgroep bepaling):

Nadat we de doelgroep hebben vastgesteld, kunnen we uit de Beleidsregels van de NZa de tarieven van 2022 ophalen. Vanuit het onderzoek (HHM, 2021) hebben wij een gemiddelde kostprijs gezien voor de cliënten met VG7 en Meezorg. Deze zijn aangevuld met tarieven uit de NZa beleidsregels van de GGZ en de inkoopafspraken van het ministerie van Justitie voor TBS, het LFPZ en de PPC.

Aantal	Type	Bron	Tarief	Eenheid	Meezorg mogelijk?	Totaal euro's per jaar
3792	VG7	(Bakker, 2021)	372,73	Etmaal	Ja	515.888.138
3792	Meezorg		209,80			290.838.776
445	LVG5	(Sport, 2021)	376,62	Etmaal	Ja	61.172.503
520	SGLVG	(Sport, 2021)	402,80	Etmaal	Ja	76.451.440
639	GGZ met LVB	(Neijmeijer, 2010)	448,95	Etmaal	Nee	104.710.853
185	GGZ Wonen 5	(Sport, 2021)	448,95	Etmaal	Ja	30.315.348
155	TBS 15+	(van der Wolf, 2022)	528,00	Etmaal	Nee	29.871.600
100	LFPZ	(GGZ, 2018)	500,00	Etmaal	Nee	18.250.000
432	PPC	(Bekkum, 2021)	406,76	Etmaal	Nee	64.137.916
6168						1.191.636.574

Tabel 1 Kosten binnen de doelgroep bepaling

De eerste analyse verteld ons dat er een mogelijke populatie is van **6168** unieke cliënten. Zij kosten de Nederlandse staat elk jaar **€ 1.191.636.574**. Gemiddeld kosten deze unieke cliënten **€ 193.196** per jaar. Deze informatie gebruiken we in het vervolg van het onderzoek.

Benchmark

Om valide data op te halen, is het belangrijk dat we van tevoren de benchmark goed bepalen als uitgangspunt.

Het vooronderzoek betreffende de benchmark, geeft ons inzage in de collega's waar we 't Kastheerl mee kunnen vergelijken. Dit brengt ons op een aangepaste koers voor het veldonderzoek. Als we kijken naar de overlappende sectoren in de doelgroep bepaling zullen wij organisaties moeten kiezen vanuit deze verschillende sectoren die dezelfde soort zorg bieden. Daarnaast hebben we goede representanten nodig qua organisatie omvang.

Een verdiepend veldonderzoek gericht op de benchmark bepaling zal zich richten op de jaarrekeningen van 2020 van zes verschillende zorgaanbieders die allen een eigen link hebben met onze doelgroep. De een biedt zorg aan VG7, de ander aan zedendelinquenten, weer een ander biedt ambulante zorg aan o.a. VG7. Samen met de jaarrekening van 't Kastheerl gaan we kengetallen vergelijken. Er wordt gebruik gemaakt van de primaire categorieën, om te onderzoeken waar 't Kastheerl (omzet 4 mio in 2020) zich onderscheidt ten

opzichte van de zes collega zorgaanbieders. Om de verkregen data valide te maken, gebruiken we data uit het CIBG. Zorgaanbieders verantwoorden zich conform vaste richtlijnen voor de jaarrekening. Alle data worden omgezet in percentages. Ik gebruik de volgende zorgaanbieders, verspreid door heel Nederland:

- Twee grote zorgaanbieders boven 100 mio (Zorgaanbieder A omzet 235 mio en Zorgaanbieder B omzet 136 mio),
- Twee middelgrote zorgaanbieders onder 100 mio (Zorgaanbieder C omzet 61 mio en Zorgaanbieder D omzet 91 mio),
- Twee kleine zorgaanbieders onder 10 mio (Zorgaanbieder E omzet 1,8 mio en Zorgaanbieder F omzet 6,7 mio),

De primaire categorieën voor kostensoorten voor dit verdiepende veldonderzoek zijn:

- Personeelskosten
- Cliëntkosten
- Huisvestingskosten
- Hotelmatige kosten
- Algemene kosten
- Kosten Wet Normering Topinkomens (wat kosten de top functionarissen zoals het bestuur, de RvT en evt. de directie die onder de WNT regeling vallen)
- Financiële ratio's

Literatuur vooronderzoek buitenland

Vervolgens heeft er intensief literatuuronderzoek plaatsgevonden gericht op het buitenland. Zijn er vergelijkbare situaties in andere landen, waar raakvlakken liggen met dit onderzoek? Zijn er bredere onderzoeken uitgevoerd in het verleden, waarin specifieke thema's zijn onderzocht, die betrekking hebben op specifieke factoren in deze situatie? Het vooronderzoek heeft ertoe geleid dat onze doelgroep te maken heeft (gehad) met werkloosheid, middelengebruik en criminaliteit.

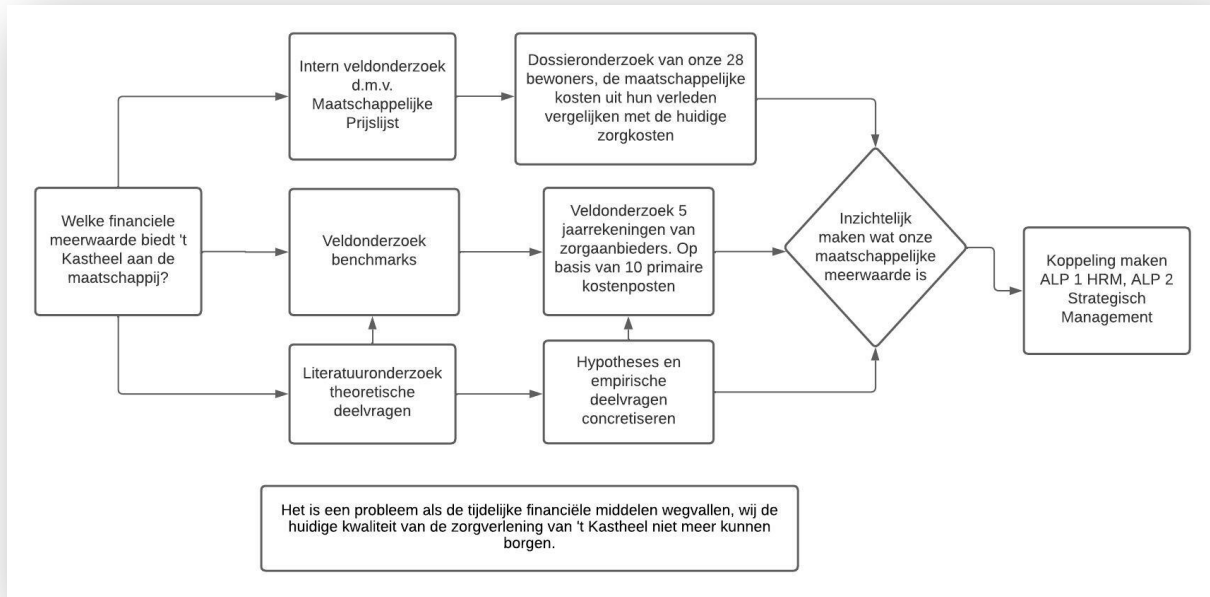
Hoe kunnen we in het onderzoek zorgen voor een holistische kijk naar het probleem, vanuit verschillende perspectieven, zonder het onderzoek onnodig groot te laten worden?

Deze afbakeningsvragen hebben geresulteerd in een schifting van literatuur, waarvan gebruik wordt gemaakt in het literatuuronderzoek:

- De effecten van werkloosheid op je mentale gezondheid en psychische gesteldheid
 - Effects of Unemployment on Mental and Physical Health (Linn, 1985)
- De relatie tussen criminaliteit en een psychische stoornis
 - Mental Disorder and Crime (Hodgins, 1996)
- De relatie tussen middelengebruik bij mensen met een psychische stoornis
 - Substance abuse among individuals with intellectual disabilities (Chapman, 2012)
- De kosten van Geestelijke Gezondheidszorg internationaal
 - The cost of mental disorders: a systematic review (Christensen, 2020)
- Het Nederlandse zorgstelsel wordt vaak vergeleken met Scandinavië, is hier een verband tussen te leggen?
 - Mental health services in Scandinavia and Eurasia: comparison of financing and provision (Wang, 2022)
- Wat zijn de overeenkomsten tussen deze verschillende sectoren en externe factoren? Is er een rode draad te vinden?

- A Pilot Study of Service Utilization Pathways of Patients With Distinct Psychotic and Antisocial Typologies (Challinor, 2022)

Het vooronderzoek heeft geleid tot de volgende mindmap:



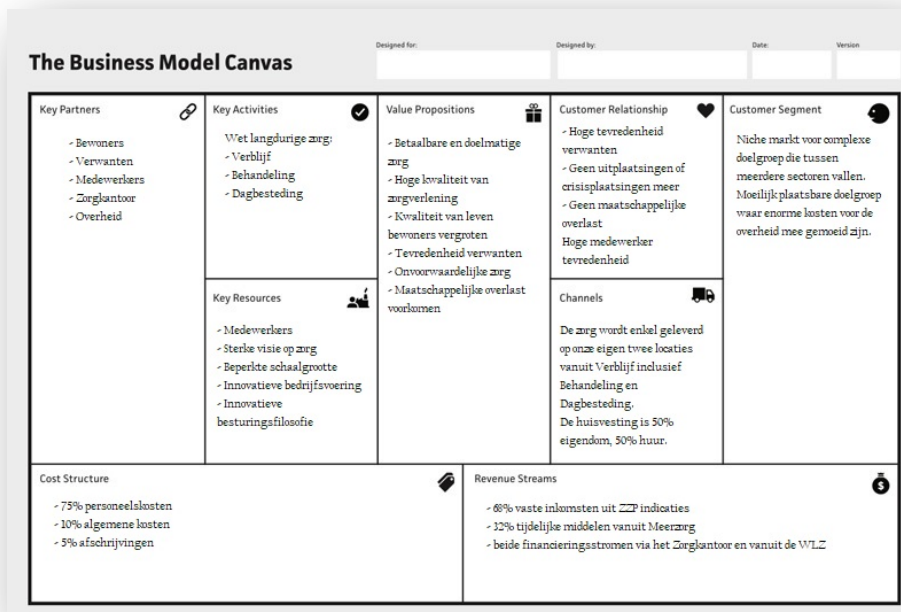
Figuur

2 Mindmap Dissertation

1.4 Doelstellingen en onderzoeksvragen

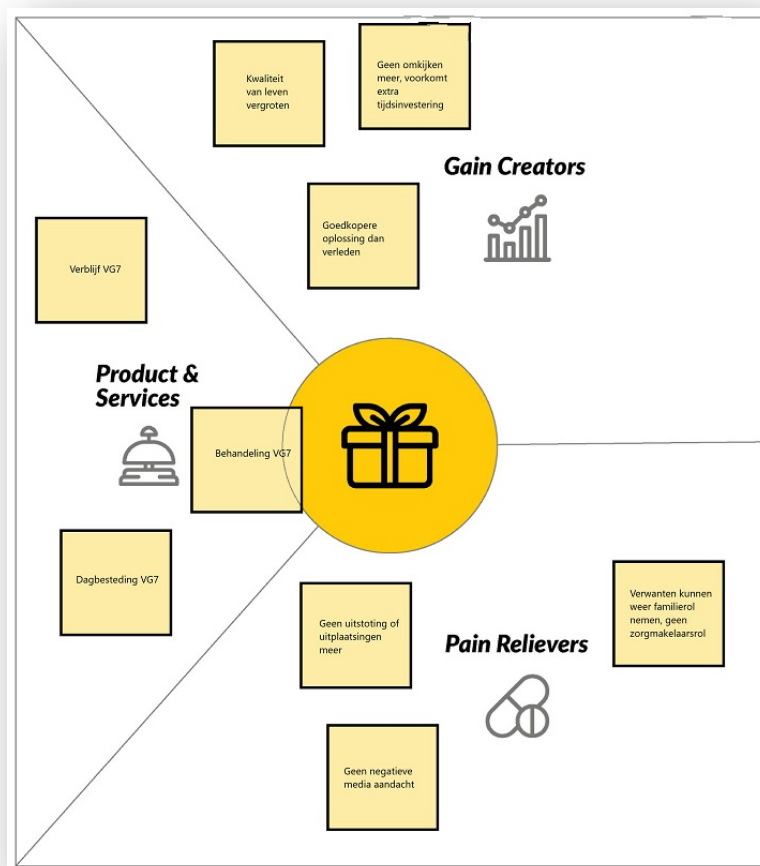
De doelstelling van dit onderzoek is een alternatief te vinden en te onderbouwen, om (een deel van de) tijdelijke middelen om te zetten in permanente financiering. Dit zal het eindproduct worden, in de vorm van een implementatieplan voor 't Kastheel. Het is een onderdeel van het Strategisch meerjarig beleidsplan.

Als carrier van het literatuuronderzoek heb ik allereerst gezocht naar een conceptueel model om structuur aan te brengen. Kaplan en Norton hebben in 1992 de Balance Scorecard (BSC) ontwikkeld als strategisch management instrument. Hiermee kunnen indicatoren gemeten en gemonitord worden. Later is dit verder ontwikkeld in het Business Model Canvas (BMC) door Osterwalder in 2004. Dit gaf meer inzicht in de wijze waarop een bedrijf georganiseerd is, welke waarde wordt er gecreëerd, op welke wijze wordt er geld verdiend, wie de klanten zijn, etc. De verschillende bouwstenen geven een holistische kijk op het bedrijf en heeft geleid tot een conceptueel model dat inmiddels overal te wereld gebruikt wordt. Om inzicht te geven op de manier waarop 't Kastheel georganiseerd is, heb ik het Business Model Canvas ingevuld, welke hieronder wordt weergegeven. Het model is eveneens toegevoegd als bijlage voor betere leesbaarheid.



Figuur 3 The Business Model Canvas van 't Kastheel

Osterwalder heeft in 2014 een nieuwe variant ontworpen genaamd Value Proposition Canvas. Dit is een conceptueel model wat ontworpen is om de behoeftes van een klant centraal te stellen voor het creëren van nieuwe producten.



Figuur 4 Value Proposition 't Kastheel deel 1



Figuur 5 Value Proposition 't Kastheerl deel 2

Het value proposition model gaf mooie inzichten, welke weer gebruikt konden worden in het Business Model Canvas.

Hoofdonderzoeksvraag:

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Is de werkwijze van 't Kastheerl kosten efficiënt voor de maatschappij gezien vanuit de kwaliteit van leven die geboden wordt?

De hoofdvraag bevat een aantal factoren, welke verduidelijkt moeten worden, alvorens wij een holistisch antwoord kunnen geven op de hoofdvraag.

- Hoe kwantificeren we kwaliteit van leven?
- Zijn er verbanden te vinden met externe factoren?
- Hoe gaan we de kosten in verhouding zetten om een juiste prognose op te stellen.

De volgende deelvragen zijn naar voren gekomen:

Kwaliteit van leven

- Wat betekent kwaliteit van leven voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische stoornissen?
- Welke kwaliteit van zorg leveren wij nu, afgezet tegen de kosten?
- Hoe berekenen we de kwaliteit van zorg?

Welke verbanden liggen er bij onze doelgroep tussen de verschillende sectoren en externe factoren?

- Wat zijn de overeenkomsten tussen deze verschillende sectoren en externe factoren? Is er een rode draad te vinden?
- De effecten van werkloosheid op mentale gezondheid en psychische gesteldheid
- De relatie tussen drugsgebruik en een psychische stoornis
- De relatie tussen criminaliteit en een psychische stoornis

De kosten van de zorgsector

- Hoe verhouden deze kosten zich tot de benchmark?
- Welke toekomstverwachting is er voor de tijdelijke financiële middelen?
- Worden er alternatieven geboden om het wegvallen van de tijdelijke middelen op te vangen?
- De kosten van Geestelijke Gezondheidszorg internationaal
 - The cost of mental disorders: a systematic review (Christensen, 2020)
- Kostenonderzoeken in Nederland, zijn daar conclusies uit te trekken?

Ontwikkelingen in de toekomst

- Zijn er andere beleidsontwikkelingen te verwachten, welke invloed uitoefenen op deze onderzoeksvraag?

1.5 Algemeen onderzoeksontwerp

Het primaire onderzoeksperspectief (na het vooronderzoek) zal zich richten op:

- ❑ Literatuuronderzoek naar de deelvragen om de begrippen scherp neer te zetten met empirisch bewijs.
- ❑ een intern veldonderzoek, welke maatschappelijke kosten onze 28 bewoners in het verleden (voor plaatsing bij 't Kastheel) veroorzaakt hebben. Dit doe ik door gebruik te maken van de “Maatschappelijke prijslijst” van het Instituut van Publieke Waarden (IPW). Deze stamt uit 2017 en is helaas niet meer geüpdate. Door indexering toe te passen vanuit het Centraal Planbureau (CPB) worden de cijfers relevant gemaakt voor 2020. Ik gebruik hierin onze eerste 14 bewoners, waar meer data van beschikbaar is. Dit extrapoleer ik naar 28 bewoners.
- ❑ Extern veldonderzoek naar zes vergelijkbare zorgaanbieders. We kijken hierbij naar onderlinge overeenkomsten en verschillen in de uitgaven binnen de jaarrekening.
- ❑ Extern veldonderzoek op basis van landelijke data afkomstig van het Zorgkantoor.

De unieke bedrijfsvoering binnen 't Kastheel zal aantoonbaar worden. Het uiteindelijke product zal de opbrengsten koppelen aan de opbrengsten uit:

- ALP 1 HRM “Stichting 't Kastheel professionaliseert haar strategische personeelsplanning om de arbeidsmarktproblematiek tegen te gaan”.
- ALP 2 SM “De besturingsfilosofie van 't Kastheel”.

Beide Action Learning projecten uit 2022, geven inzage in de kritische succesfactoren van de werkwijze van 't Kastheel.

1.6 Inleiding op het vervolg van de dissertation

In het vervolg van het onderzoek worden de opbrengsten van het literatuuronderzoek en de veldonderzoeken weergegeven, waarna er een analyse volgt. Dit resulteert uiteindelijk in verschillende oplossingsperspectieven en vervolgens een implementatie van het product.

2. Literatuuronderzoek

2.1 Introductie

Vanuit het literatuuronderzoek willen wij dieper op de materie ingaan en de validiteit van het onderzoek aantonen. Om duidelijke kaders te scheppen en voor de lezer een goed beeld te vormen, hebben we het zorglandschap in kaart gebracht.

De Gehandicaptenzorg (GHZ) omvat zorg aan mensen met een verstandelijke, zintuiglijke en/of lichamelijke handicap. De zorg wordt in drie vormen geleverd:

1. zorg met verblijf en behandeling: de intramurale zorg;
2. zorg met verblijf (zonder behandeling): de semimurale zorg;
3. zorg (zonder verblijf, zonder behandeling): de extramurale zorg.

De intramurale zorg is bedoeld voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap die niet zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij. Deze groep cliënten woont, werkt en recreëert in de intramurale instelling. De semimurale zorg wordt verstrekt aan mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap die niet zelfstandig kunnen wonen. Zij werken in sociale werkvoorzieningen en/of recreëren in dagverblijven. De extramurale zorg wordt geleverd aan mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap die thuis wonen en doorgaans eveneens werken in sociale werkvoorzieningen en recreëren in dagverblijven. De drie zorgvormen bestaan ook voor mensen met een zintuiglijke handicap. De instellingen en woonvormen kennen een grote diversiteit. Zo zijn er gezinsvervangende tehuizen, sociowoningen (woonvoorzieningen voor 10 tot 20 personen dicht bij een intramurale instelling), fasehuizen (woonvoorzieningen dichtbij voorzieningen, voor dagopvang van 4 tot 10 personen) en kleinschalige woonvoorzieningen (woningen tot maximaal 6 personen). Er zijn zorginstellingen variërend van 20 tot 10.000 cliënten. Hoe groter de instelling, hoe meer locaties deze bevat en veelal regionale of zelfs landelijke dekking heeft.

De belangrijkste actoren in het primaire proces in de GHZ zijn:

- **Centrum indicatiestelling zorg (CIZ):** het CIZ beoordeelt de zorgvraag van de cliënt en geeft een indicatie af voor de aan te bieden zorg. Het CIZ is in 2005 ontstaan uit een fusie van de 74 Regionale Indicatie Organen (RIO's) en het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG);
- **zorgkantoor:** het zorgkantoor regelt met een zorgaanbieder naar keuze van de cliënt dat de zorg geleverd wordt en dat de cliënt de beschikking krijgt over een zorgzwaartepakket (ZZP) of een persoonsgebonden budget (PGB) om zelf zorg in te kopen. Vanuit het woonplaatsbeginsel volgt de financiering van de client. Hiermee zijn de intramurale plafonds uit het verleden komen te vervallen. Verderop in dit onderzoek kijken we gericht naar deze stakeholder.
- **CAK:** het CAK (voorheen het Centraal Administratie Kantoor) stelt de hoogte vast van de eventueel eigen bijdrage en int deze bij de cliënt. Daarnaast betaalt deze het ZZP aan de zorgaanbieder uit, conform de afspraken met het zorgkantoor;
- **College voor Zorgverzekeringen (CVZ):** het CVZ adviseert het CIZ bij de interpretatie van het verzekerde pakket ten behoeve van de beoordeling van aanvragen;

■ zorgaanbieder: de zorgaanbieders zijn er om de zorg te leveren voor Intramurale zorg, semimurale zorg, extramurale zorg en persoonsgebonden budget;

De belangrijkste actor op het gebied van de regulering is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa is in 2006 opgericht en houdt toezicht op de uitvoering van de Wet Langdurige zorg (WLZ) door de zorgkantoren, controleert of geïndiceerde en verrekenende zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd, geeft regels ten aanzien van de financiering van zorgaanbieders, stelt prestaties voor zorgproducten vast, reguleert de tarieven van de prestaties en de budgetten die zorginstellingen worden opgelegd. In de periode 1962-1982 zijn deze taken uitgevoerd door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), in de periode 1983-2000 door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) en in de periode 2000-2006 door CTG/ZAio, de NZa in oprichting.

Ten slotte houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening. Als de kwaliteit onder de maat is dan kan de IGJ diverse maatregelen nemen, zoals onder verscherpt toezicht stellen of een aanwijzing geven. De IGJ heeft zelfs de bevoegdheid om (delen van) zorginstellingen te sluiten in geval er sprake is van onacceptabele risico's voor de veiligheid van cliënten. De gehele WLZ valt onder de scope van de IGJ, evenals ziekenhuizen, huisartsen, farmaceutische bedrijven en de jeugdzorg.

2.2 Bespreking van de literatuur

Voor de verschillende deelvragen is veel literatuur te vinden, zowel in Nederland als internationaal. Gedurende het literatuuronderzoek kwamen we veel interessante informatie tegen, wat ondersteunend is voor het onderzoek.

Algemene informatie:

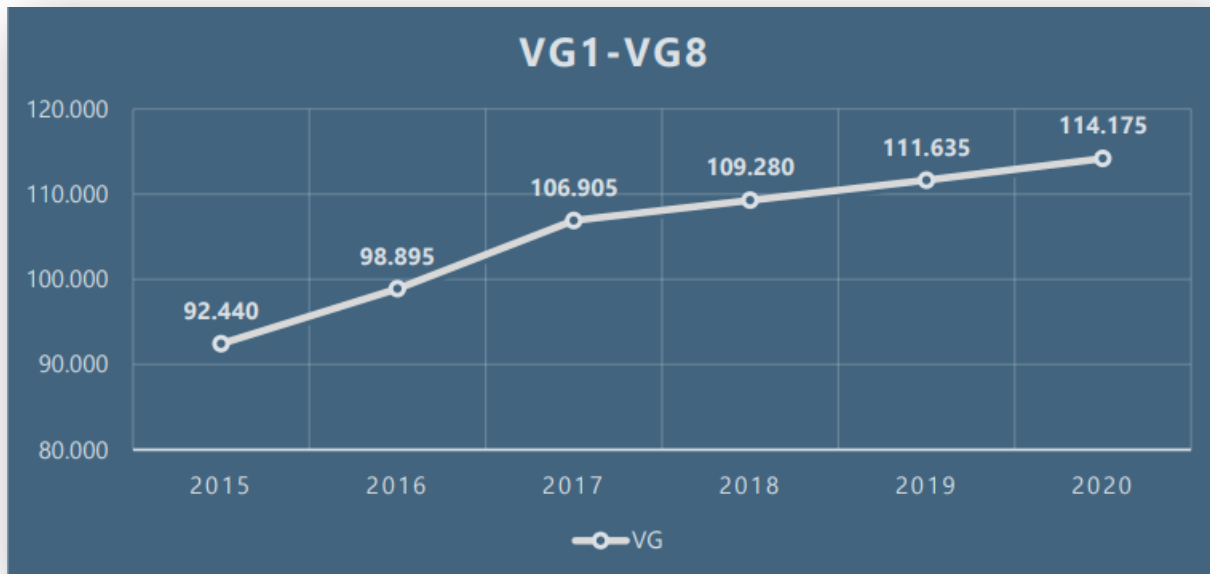
In Nederland stabiliseert de groei door afwezigheid van grote stelselwijzigingen en de komst van o.a. de Wet Maatschappelijke Opvang (WMO) in 2015. Komende jaren blijft waarschijnlijk de groei van 2% en is de instroom nog steeds dubbel zo groot als de uitstroom.

De populatie wordt ouder, de geïndiceerde profielen verzwaren, groei van mensen met een niet-westerse herkomst en een sterke groei van de Meezorg gelden.

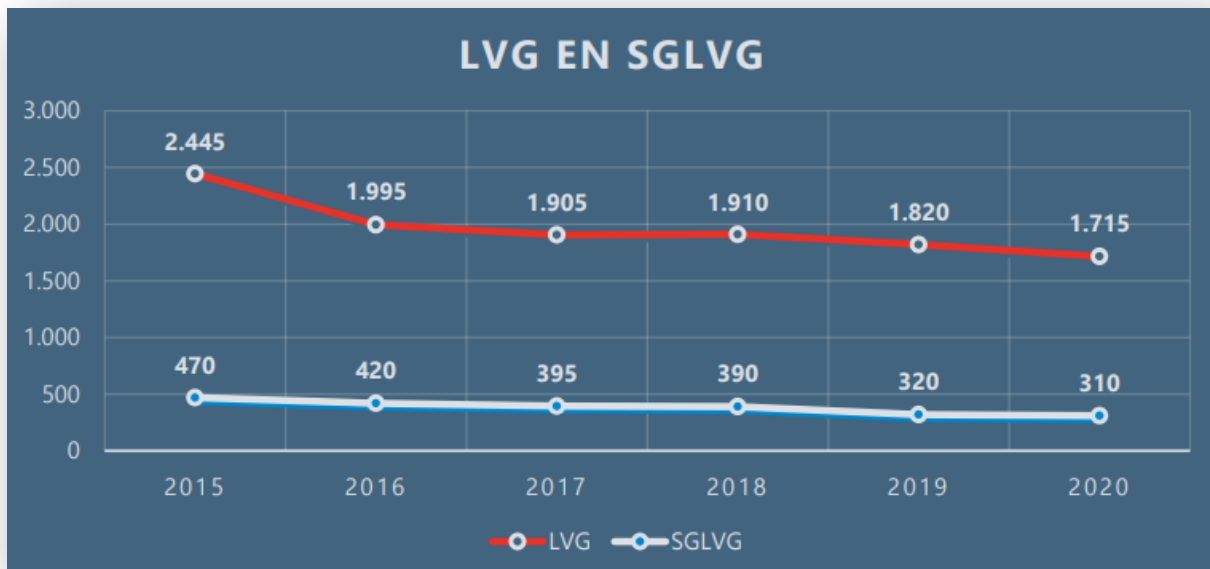
- Is de instroom vanuit de GGZ en de forensische zorg gestabiliseerd sinds 2015?

De cijfers worden mogelijk anders geregistreerd, de instroom stopt zelfs in de jaren 2018/2019.

- Wat is de gerealiseerde groei in VG1 t/m VG8 per jaar en in clusters van jaren? Vergelijking tussen zorgkantoorregio's?



Figuur 6 Aantal VG1-VG8 indicaties



Figuur 7 Aantal LVG en SGLVG indicaties

Er zijn een aantal trends te ontdekken, waar we gebruik van kunnen maken in de analyse.

VG7 stijgt met 28%

LVG5 daalt met 75%

SGLVG daalt met 34%

Stijging Meerzorg bij VG7 in 2020 is 23%

Wat betekent kwaliteit van leven voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische stoornissen?

Er is een onderzoek naar kwaliteit van leven gedaan op een SGLVG behandelinstituut. Conclusie is dat een dergelijk onderzoek uitermate subjectief is en dat de doelgroep zelf hoger scoort dan het systeem eromheen. Wat is nu kwaliteit van leven?

“De individuele perceptie van iemands positie in het leven, binnen de context van de cultuur en het waardesysteem waarin hij of zij zich bevindt en in relatie met zijn of haar doelen, verwachtingen, principes en belangen. Het is een concept met een groot bereik, waarin iemands fysieke gezondheid, geestestoestand, mate van onafhankelijkheid, sociale relaties, persoonlijke overtuigingen en relatie tot opvallende kenmerken van de omgeving op complexe wijze zijn opgenomen.” (Bijker, 2009)

Hulpverleners of andere betrokkenen nemen vaak beslissingen voor cliënten vanuit goede wil, zonder dat zij inzicht hebben in hoe de cliënten hun kwaliteit van leven zelf beoordelen. Daarom is het zo belangrijk om aan de cliënten zelf te vragen wat voor hen het meest belangrijk is om een hogere kwaliteit van leven te bereiken.

Binnen de kwaliteit van leven biedt zinvolle dagbesteding naar schatting de baten 0,06 QALY hoger.

Dit bevestigt ons vertrekpunt gezien de beperkte wilsbekwaamheid, IQ en draagkracht van de cliënten binnen de doelgroep, is het lastig om een valide resultaat te bewerkstelligen met een onderzoek onder de cliënten zelf.

In een onderzoek naar kwaliteit van leven voor naasten van mensen met een verstandelijke beperking zijn 200 personen geïnterviewd. Om de uitkomsten beter te interpreteren zijn er open vragen toegevoegd in de vragenlijst. Er is gebruik gemaakt van de vragenlijst WHO-QoL BREF welke is opgesteld door de World Health Organization (WHO) (Heck, 1996). Deze zijn publiekelijk beschikbaar en er is een Nederlandse versie gebruikt. Er is gekeken naar vier domeinen, te weten fysiek, psychosociaal, sociale relaties en omgeving. Van de naasten heeft 66,3 procent een familielid wonen in een zorginstelling. 69,4 procent ontvangt persoonlijke begeleiding en 79,5 procent ontvangt 24-uurs toezicht of voortdurende nabijheid. Dat betekent dat dit onderzoek uitstekende raakvlakken heeft met onze doelgroep. (Springvloet, 2020)

Hoe berekenen we de kwaliteit van leven?

Vanuit een onderzoek van de Gemeente Amsterdam, kwam ik de term QALY's tegen. Na verder onderzoek blijkt dit een internationaal begrip te zijn, afkomstig van de World Health Organization (WHO). In Nederland wordt dit toegepast door het Zorginstituut Nederland om de ziektelast te berekenen in de cure sector. (Nederland, 2018)

Om vanuit bedrijfskundig en daarmee samenhangend financieel perspectief een kosten-batenanalyse te maken gericht op ziektelast is voor dit onderzoek erg interessant. Binnen het rapport wordt er een Casus voorgelegd aangaande een depressie. Dit biedt veel overeenkomsten met een mogelijke berekening binnen onze doelgroep bepaling uit het vooronderzoek. Aan de hand van deze berekeningen en het voorbeeld, hebben we een ziektelast berekening opgesteld om te gebruiken voor dit onderzoek. We gebruiken een aantal afbeeldingen uit het rapport.

Ziektelast	Referentiewaarde voor de maximale meerkosten (€) per QALY
Van 0,1 tot en met 0,4	Tot € 20.000 per QALY
Vanaf 0,41 tot en met 0,7	Tot € 50.000 per QALY
Vanaf 0,71 tot en met 1,0	Tot € 80.000 per QALY

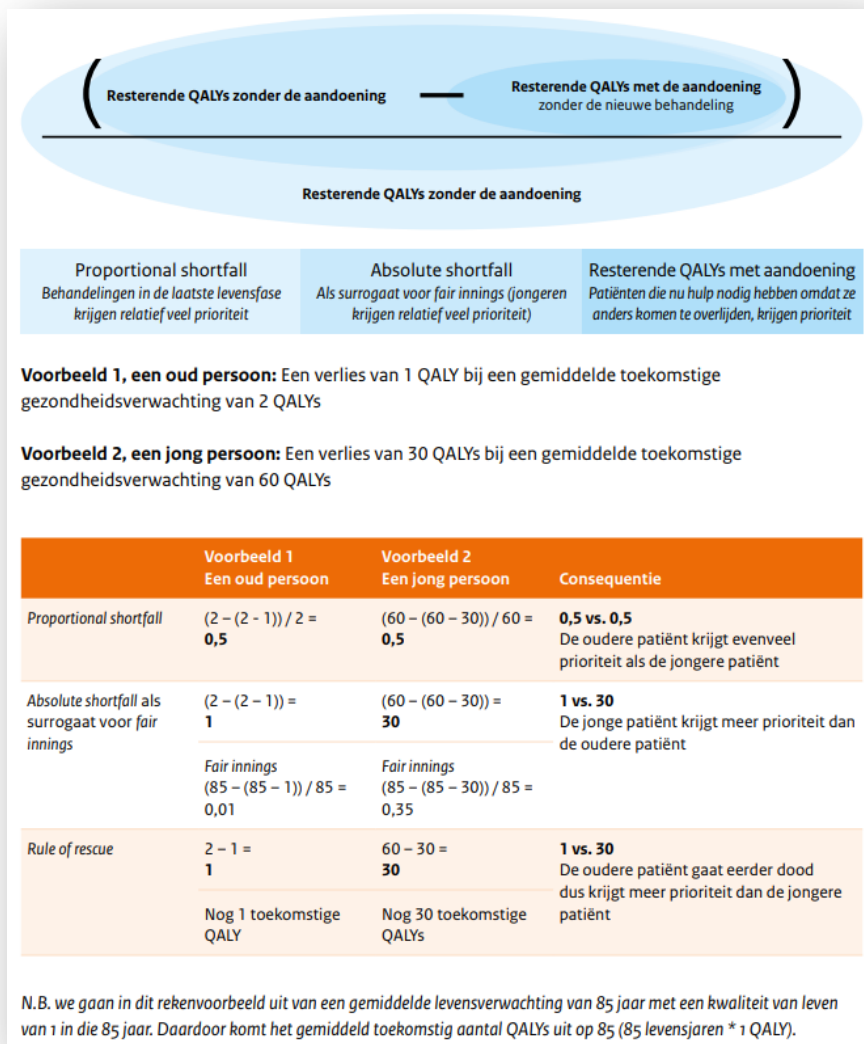
Figuur 8 Ziektelast per QALY

In bovenstaande afbeelding wordt weergegeven wat de maximale meerkosten per euro zou zijn, per QALY, rekening houdend met de hoogte van de ziekte last. Hoe hoger de ziekte last, hoe meer waarde een QALY krijgt.

TABEL 2: ZIEKTELASTBEREKENINGEN AAN DE HAND VAN DE VERSCHILLENDE RECHTVAARDIGHEIDSOVPATTINGEN*	
Rechtvaardigheidsopvatting	Ziektelastberekening
Fair innings Uitgangspunt: Het is het meest rechtvaardig als iedereen een minimale leeftijd X (bijvoorbeeld 80 jaar) in goede gezondheid kan bereiken	
Methodiek: Absolute berekening. Een hoog getal is een hoge ziekte last.	Totaal aantal QALYs zonder de aandoening – Totaal aantal QALYs met de aandoening zonder de nieuwe behandeling
Methodiek: Proportionele berekening	$(\text{Totaal aantal QALYs zonder de aandoening} - \text{Totaal aantal QALYs met de aandoening zonder de nieuwe behandeling}) / (\text{Totaal aantal QALYs zonder de aandoening})$
Prospective health Uitgangspunt: Het is het meest rechtvaardig als we prioriteit geven aan mensen met de slechtste gezondheidsverwachting	
Methodiek: Absolute berekening = absolute shortfall. Een hoog getal is een hoge ziekte last.	Resterend aantal QALYs zonder de aandoening – Resterend aantal QALYs met de aandoening zonder de nieuwe behandeling
Methodiek: Proportionele berekening = proportional shortfall**.	$(\text{Resterend aantal QALYs zonder de aandoening} - \text{Resterend aantal QALYs met de aandoening zonder de nieuwe behandeling}) / (\text{Resterend aantal QALYs zonder de aandoening})$
Rule of rescue Uitgangspunt: Het is het meest rechtvaardig als we prioriteit geven aan mensen in de meest acute levensbedreigende situaties en/of veel kwaliteit van leven verlies	
Methodiek: Absolute berekening. Een laag getal is een hoge ziekte last.	Resterend aantal QALYs met de aandoening zonder de nieuwe behandeling
Methodiek: Proportionele berekening	Niet van toepassing

Figuur 9 Ziektelastberekeningen a.d.h.v. de verschillende rechtvaardigheidsopvattingen

Bovenstaande afbeelding geeft de formule weer, hoe de QALY's worden gekwantificeerd. Er worden diverse scenario's berekend met en zonder de aandoening. Uiteraard wordt er ook gekeken naar scenario's met en zonder een behandeling.



Figuur 10 Formule berekening ziektebelasting

Alle elementen samengevoegd, creëert een formule waarmee de ziektebelasting gekwantificeerd kan worden. Deze opbrengst gebruiken we in het vervolg, namelijk het veldonderzoek.

Welke verbanden liggen er tussen de verschillende sectoren en externe factoren

Werkloosheid:

Er is een empirisch onderzoek gericht op mensen met schizofrenie en psychoses. Werk speelt een cruciale rol voor het psychisch welbevinden en de mentale gezondheid van een mens. Zingeving en hoop zijn belangrijke elementen voor je mentale gezondheid. Een onderzoek van Thornicroft, welke persoonlijke impact schizofrenie in Europa heeft, toont aan dat 80% van de onderzochten geen enkele vorm van werk verrichtte. In Zweden is er een onderzoek geweest wat aantoont dat maar 9% van mensen met een ernstige psychische aandoening een salaris ontvangt. (Thornicroft G, 2004)

Werk stimuleert niet alleen je inkomstenbron om te leven en de sociale interacties die een mens nodig heeft, het heeft een grote impact op je creatieve behoeften, je zelfbeeld, het behalen van je persoonlijke doelen en zelfreflectie.

De deelnemers in het onderzoek welke werkloos werden, vertoonden meer psychosomatische klachten, obsessief gedrag, depressies en angsten. Het verlaagde hun zelfbeeld en

levensvoldoening. De werkloze mensen gingen 3x zo vaak naar de huisarts of het ziekenhuis en lagen 5x meer in bed overdag. Dit is zeer relevante data voor de GGZ en de VG sector, waarin wij zien of een client (of diens verwanten) kwaliteit van leven ervaart. (Linn, 1985)

De resultaten van de onderzoek van Cecilia Areberg tonen aan dat hun verlangen, hun kwaliteiten en competenties ontdekt worden in het uitvoeren van werk. Hierdoor begrepen ze hun mogelijkheden beter en zagen minder obstakels in het leven. De deelnemers ervaarden het als prettig dat zij werden gezien als verantwoordelijke individuen die in staat zijn om weloverwogen beslissingen te nemen. (Cecilia Areberg, 2012)

Middelengebruik:

Een Amerikaans onderzoek wijst uit dat mensen met een beperking veelal in een lager sociaal milieu leven, minder inkomen hebben en meer te maken hebben met werkloosheid. Mede hierdoor zijn ze sneller vatbaar voor het gebruik van alcohol en drugs en procentueel gezien zij meer roken.

Dit onderzoek constateert onder andere dat de verslavingszorg gericht op mensen met een beperking, minder vaak wordt ingezet en minder goed aansluit bij de doelgroep. Mede hierdoor stijgen de cijfers. Ze concludeerden eveneens dat er zeer beperkte onderzoeken te vinden zijn na 2006. (Chapman, 2012)

Criminaliteit:

In een onderzoek uit Denemarken met 324.401 deelnemers is de relatie tussen ernstig psychiatrisch stoornissen en geweld onderzocht.

Diverse onderzoeken uit Scandinavië en Noord-Amerika tonen sinds de jaren 60 aan, dat mensen met psychische problemen (welke ooit zijn opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis) eerder in aanraking komen met het overtreden van de wet en meer agressie laten zien. Deze resultaten zijn terug te zien in diverse leeftijdscategorieën en gelden voor zowel mannen als vrouwen. (Hodgins, 1996)

Rode draad in de literatuur:

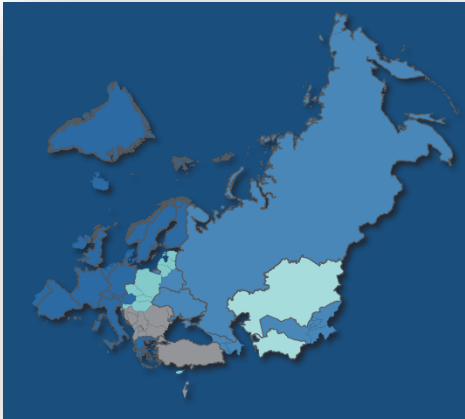
Uit een onderzoek in Engeland wordt gesproken over de theory of mind. Dit vraagt een inhoudelijke uitleg, welke wij kort geven in het belang van de context van dit onderzoek. (Chester, 2022)

Theory of mind (ToM) is term uit de psychologie. Het beschrijft het concept en begrip dat iemand heeft van de beleavingswereld en het perspectief van andere mensen. Iemand met een theory of mind beseft dat de eigen opvattingen, verlangens, ervaringen en emoties kunnen verschillen van die van een ander. Een theory of mind is een noodzakelijke voorwaarde voor empathie. De theory of mind wordt bestudeerd in de psychologie, psychiatrie en de filosofie van de geest.

De ontwikkeling van een theory of mind start in de peuter-kleutertijd (vanaf 2-3 jaar). Het kind begint emoties, gedachten en wensen van zichzelf te leren herkennen en benoemen. Van daaruit ontwikkelt het kind het vermogen om deze gevoelens ook te kunnen herkennen en benoemen bij anderen. Ook leert het kind omgaan met zogenaamde 'false beliefs' (verkeerde aannames), het voor de gek gehouden worden en anderen voor de gek houden.

De kosten van de zorgsector

Uit een rapport van de World Health Organization (WHO) in 2011 worden in de USA 2.5 triljoen U.S. Dollars aan kosten genereerd door mensen met een slechte mentale gezondheid. Dit is 2.500.000.000.000 U.S. Dollar, oftewel 2.5 biljoen in het Europese stelsel. Dit zou naar verwachting in 2030 stijgen naar 6 triljoen U.S. Dollars. Het bruto nationaal product van de USA in 2010 betrof 15,17 biljoen U.S. Dollar. De kosten voor mensen met een slechte mentale gezondheid betrof 16,47% van het bruto nationaal product. Nederland had in 2010 een bruto nationaal product van 847.400.000 U.S. Dollars. (CBS) Omgerekend in Euro's is dat 787.853.202 Euro.



Figuur 11 WHO Mental Health Atlas 2017

Nederland geeft 7.1% van de landelijke budget voor Health Care uit aan Mental Health Care.

In Nederland werken 156.1 inwoners per 100.000 inwoners in de Mental Health Care.

(WHO, Monitoring mental health systems and services in the WHO European Region: Mental Health Atlas, 2017, 2017)

In de Mental Health Atlas 2020 van de WHO staan helaas niet meer dezelfde tabellen dan de Atlas uit 2017. Als we ervanuit gaan dat Nederland in 2020 ook 7.1% van het Zorg budget uitgeeft aan Mental Health Care dan is dat 5,8 miljard euro per jaar. (WHO, Mental Health Atlas, 2020)

Maatschappelijke kosten per patiënt binnen de Mental Healthcare bedraagt volgens 143 artikelen gemiddeld 6236 U.S. Dollars. Het gemiddelde binnen de categorie van gedragsproblemen (Behavioural disorders) ligt op 2151 U.S. Dollars per patiënt. Dat is circa 3,4 % van het totale gemiddelde. (M. K. Christensen, 2020) Dit geeft ons geen bruikbare informatie gezien de grote verschillen tussen de zorgstelsels van Nederland en de U.S.

Nationaal

Er zijn ruim voldoende rapporten te vinden van Nederlandse herkomst, waarin de cijfers voor de zorg terug te vinden zijn.

Nederland had in 2020 een bruto nationaal product van 909,8 miljard U.S. Dollars en een miljoennota van 302 miljard. Hiervan is in 2020 82.2 miljard uitgegeven aan Zorg. (Rijksoverheid, 2020). Met het percentage uit het WHO rapport komt dit wederom uit op 5,8 miljard euro per jaar voor de Geestelijke Gezondheidszorg (Mental Health)

Specifieke kosten

Een kostenonderzoek NZa wijst uit dat alleen al de invoering van de Wet Zorg en Dwang op 1 januari 2020, 111 miljoen euro in 1 jaar heeft gekost. Er zitten 10.000 cliënten in de WZD. (NZa, Kostenonderzoek Wet Zorg en Dwang, 2021)

De WZD wordt niet alleen binnen de Wet Langdurige Zorg toegepast, maar wel voor het overgrote deel. Zonder te veel op de inhoud in te gaan, is dit een nieuwe wet voor het reguleren van dwang in de zorg. Voorheen hadden we de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De kosten voor het implementeren van een nieuwe wet, zijn geen jaarlijks terugkerende kosten. Echter is daar al rekening mee gehouden in het kostenonderzoek. De structurele meerkosten bedragen dus letterlijk 111 miljoen euro per jaar. Als we dit delen door het aantal cliënten binnen dit onderzoek (10.000) dan kost alleen de WZD al 11.100 euro per jaar per bewoner. Deze kosten nemen we mee in het vervolg van dit onderzoek.

Voorheen kostte de wet BOPZ ruim 29 miljoen euro per jaar, dit is met de komst van de WZD gestegen naar ruim 140 miljoen euro per jaar.

2.3 Kwaliteit en aard literatuur

De kwaliteit van het literatuuronderzoek is voornamelijk hard te noemen. Ik heb veel literatuur reviews en artikelen met empirisch onderzoek gebruikt. De kwalitatief zachtere literatuur bestaat uit voornamelijk data afkomstig van overheidsinstanties of brancheorganisaties. Zij zijn eigenaar van de data en dit maakt de data betrouwbaar. In sommige gevallen is er een adviesbureau ingezet in opdracht van een overheidsorgaan. Tijdens het literatuuronderzoek ben ik meermaals een thesis tegengekomen. Hierbij heb ik de bronnen steekproefsgewijs geverifieerd en enkele malen de oorspronkelijke bronnen gebruikt in dit onderzoek, in plaats van de thesis zelf.

2.4 Conclusies

De literatuur welke in dit onderzoek gebruikt is, valideert de data uit het vooronderzoek, zowel uit binnen- als buitenland. De meest opvallende inzichten zijn:

- De komende jaren zal de groei aanhouden.
- Een onderzoek naar het ervaren van kwaliteit van leven kan het beste gericht worden aan wettelijk vertegenwoordigers. Hier zijn vragenlijsten voor beschikbaar vanuit de WHO.
- Het meten van kwaliteit van leven kan door middel van QALY's en wordt wereldwijd en binnen Nederland al gebruikt.
- Het rapport van "Ziektelast in de praktijk" zou zich uitstekend lenen voor een vervolgonderzoek, om te kijken of er draagvlak is voor het creëren van een soortgelijke methode om ziektebelasting in de care toepasbaar te maken.
- Er is een duidelijk verband tussen de verschillende sectoren waar onze doelgroep binnen valt. De kans op werkloosheid, criminaliteit en middelengebruik is groter. De overeenkomst tussen al deze factoren lijkt te liggen in een beperkte theorie of mind, wat een verminderde empathie oplevert.
- Nederland heeft 82,2 miljard euro besteed aan zorg in 2020. Hiervan wordt 7,1% besteed aan de geestelijke gezondheidszorg (Mental Health). Totaal van 5,8 miljard euro.
- Onze doelgroep heeft structureel te maken met zeer veel dwang en drang in hun hulpverleningsgeschiedenis. Deze kosten voor de WZD kunnen we meenemen in de berekeningen, 11.100 euro per bewoner, per jaar.
- Het onderzoek van De Nooij, geeft meerdere handvatten voor dit onderzoek. Er worden kosten ingeschat voor uithuisplaatsingen, delicten, schuldhulpverlening, etc. Dit zijn factoren die relevant zijn voor deze analyse. Er is veel literatuuronderzoek door De Nooij uitgevoerd, zijn uitkomsten komen overeen met ons format "Maatschappelijke prijslijst" voor het veldonderzoek, waardoor we de gebruikte data kunnen valideren.

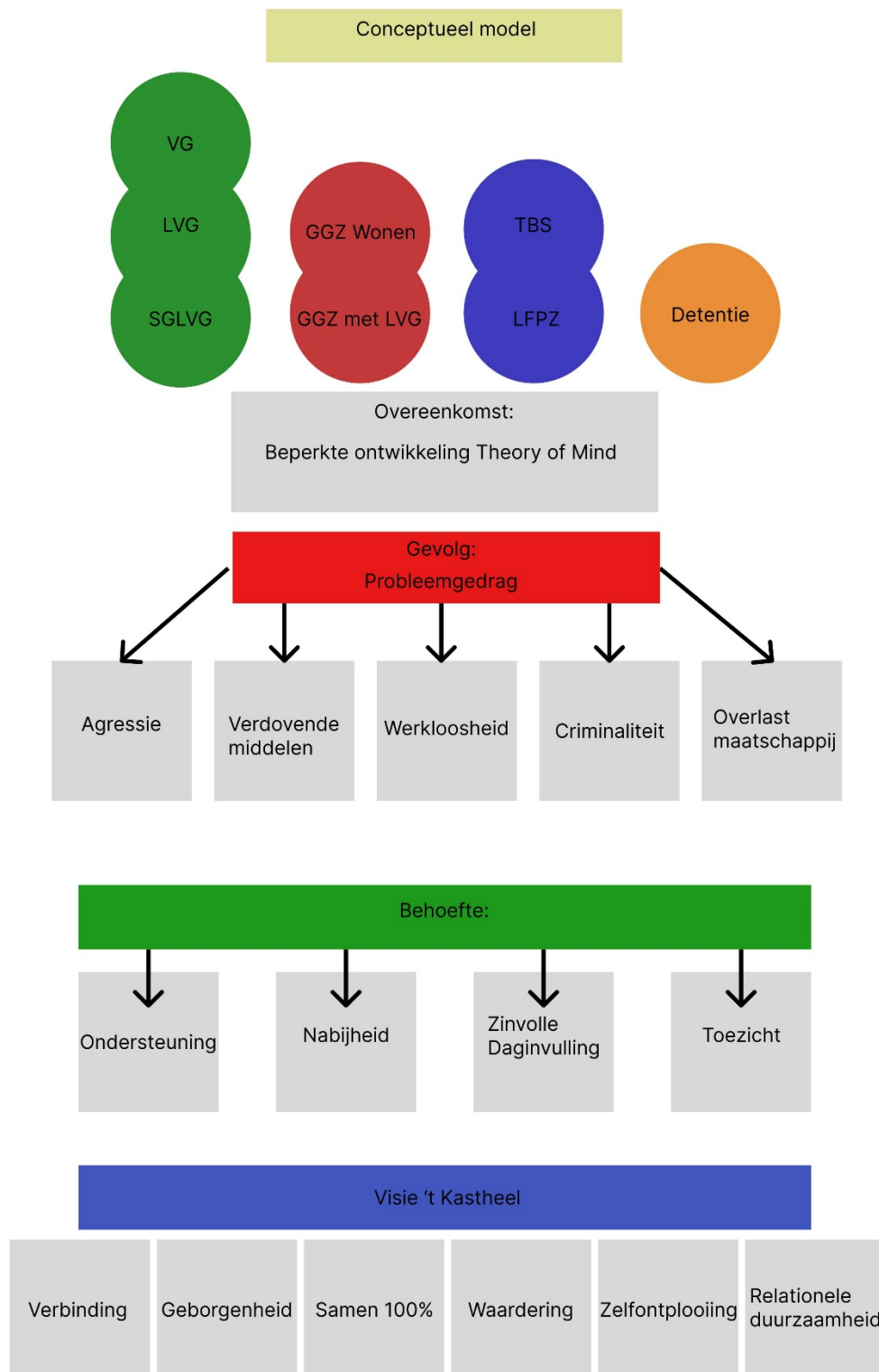
3. Onderzoeksontwerp en methodologie

3.1 Introductie

Het vooronderzoek en het literatuuronderzoek geven inzichten voor verschillende veldonderzoeken. Het onderzoeksontwerp is er op gericht om de inzichten vanuit het vooronderzoek en het literatuuronderzoek te gaan verifiëren in de praktijk. Het heeft geleid tot een conceptueel model die de verbanden uit de literatuur weergeven. De doelgroep bepaling bakent het onderzoek af, in de literatuur hebben we verbanden gezien die te maken hebben met een beperkte ontwikkeling van de theory of mind. Dit leidt tot probleemgedrag op verschillende fronten zoals criminaliteit, verdovende middelen en maatschappelijke overlast. Als laatste maken we een koppeling met de zorg die geleverd wordt door 't Kastheel vanuit de visie van de organisatie afkomstig uit het Business Model Canvas.

In de veldonderzoeken gaan we dieper in op twee aspecten, namelijk de kwaliteit van leven van de bewoners en de kosten die daarmee gepaard gaan.

Het conceptueel model wordt weergegeven op de volgende pagina. Daarnaast is het terug te vinden als bijlage 3 voor betere leesbaarheid.



Veldonderzoek 1: Kwaliteit van zorg en de kosten

Welke kwaliteit van zorg levert 't Kastheer nu, ten opzichte van welke kosten?

Vanuit het vooronderzoek is gebleken dat er 6168 unieke cliënten in Nederland zijn, die binnen onze doelgroep bepaling passen. Deze cliënten kosten gemiddeld € 193.196 per jaar. Hoe verhouden deze kosten zich tot de kosten van 't Kastheer en welke kwaliteit van zorg levert dat op?

Veldonderzoek 2: Zorgkosten vergelijken

Hoe verhouden deze kosten zich tot de benchmark?

Het vooronderzoek heeft ons inzicht gegeven over de benchmark, waarmee wij 't Kastheer kunnen vergelijken. Dit geeft ons inzichten in de overeenkomsten en de verschillen, om te onderzoeken of we patronen kunnen herkennen.

Veldonderzoek 3: Toekomstige ontwikkelingen

- Welke toekomstverwachting is er voor de tijdelijke financiële middelen?
- Worden er alternatieven geboden om het wegvallen van de tijdelijke middelen op te vangen?
- Zijn er andere beleidsontwikkelingen te verwachten, welke invloed uitoefenen op deze onderzoeksvraag?

We gaan op zoek naar recente nieuwsberichten over de huidige situatie in de sector en de eventuele ontwikkelingen die er bekend zijn.

In dit onderzoek hebben we een bewuste afbakening gemaakt, om geen vragenlijst uit te zetten naar wettelijk vertegenwoordigers. Dit omdat het onderzoek uitgevoerd wordt vanuit een Executive MBA opleiding en is gericht op bedrijfsvoering. Een uitgebreide vragenlijst zal te diep ingaan op de inhoudelijke materie terwijl de probleemstelling gericht is op het kostenaspect van de bedrijfsvoering van 't Kastheer.

3.2 Onderzoeksinstrumenten

Veldonderzoek 1: Kwaliteit van zorg en de kosten

Welke kwaliteit van zorg levert 't Kastheer nu, ten opzichte van welke kosten?

In veldonderzoek 1 gaan we door middel van de “Maatschappelijke prijslijst” (zie bijlage 2) een kwantitatief onderzoek uitvoeren, wat de bewoners van 't Kastheer nu kosten per jaar en wat ze hebben gekost voor hun plaatsing bij 't Kastheer. Dit doen we door de prijslijst in te vullen van 14 bewoners, die bij ons het langst in zorg zijn, aan de hand van hun inhoudelijke dossier. Deze 14 bewoners leveren de meeste informatie op, omdat wij meer data hebben over hun verblijf bij ons (3 jaar en 8 jaar). We extrapoleren deze opbrengsten naar 28 bewoners. De nieuwe locatie is nog maar 1 jaar operationeel maar biedt zorg aan dezelfde doelgroep. Het levert ons primaire data op voor het onderzoek.

Veldonderzoek 2: Zorgkosten vergelijken

Hoe verhouden deze kosten zich tot de benchmark?

Het vooronderzoek heeft ons inzicht gegeven over de benchmark, waarmee wij 't Kastheer kunnen vergelijken. Deze data analyseren wij met behulp van de jaarrekeningen. Samen met nieuwe specifieke (geanonimiseerde) data vanuit het Zorgkantoor in veldonderzoek 3, verwachten wij verbanden te herkennen.

Veldonderzoek 3: Toekomstige ontwikkelingen

- Welke toekomstverwachting is er voor de tijdelijke financiële middelen?
- Worden er alternatieven geboden om het wegvallen van de tijdelijke middelen op te vangen?
- Zijn er andere beleidsontwikkelingen te verwachten, welke invloed uitoefenen op deze onderzoeksvraag?

Bovenstaande vragen gaan we beantwoorden met veldonderzoek 3, door de huidige situatie in de sector te bekijken en te onderzoeken welke ontwikkelingen te verwachten zijn. Dit om potentiële oplossingsrichtingen te ontdekken en te verkennen.

3.3 Pilot study

Bij veldonderzoek 1 en 2 richten wij ons eerst op 1 bewoner of zorgaanbieder, hiermee testen wij het ontworpen sjabloon en kijken we of de verwachte resultaten haalbaar zijn. Mochten er onvolkomenheden in het sjabloon zitten, dan zou de verkregen data minder valide zijn.

Bij veldonderzoek 3 is geen pilot study nodig.

3.4 Steekproef

Het onderzoek bevat een gerichte populatie die bij ons bekend is, waardoor een steekproef geen meerwaarde biedt voor de validiteit van de data.

3.5 Dataverzameling

De data die wij vergaren in veldonderzoek 1 is primaire data, rechtstreeks afkomstig uit het dossier van de bewoners. We turven op de prijslijst hoe vaak de verschillende situaties zijn voorgekomen in hun leven. In een tabel laten we vervolgens zien wat de huidige kosten zijn van de zorgverlening die zij nu ontvangen.

Bij het tweede veldonderzoek maken wij gebruik van de definitieve jaarrekeningen welke zijn ondertekend en openbaar zijn gepubliceerd in hetzelfde boekjaar. Hierdoor is de data één op één te vergelijken en is de foutmarge nihil.

Veldonderzoek 3 haalt recente nieuwsberichten naar voren uit 2022 en 2023, daarnaast zoeken wij naar oplossingsrichtingen waar op dit moment over gespeculeerd wordt. Uiteraard kunnen we niet in de toekomst kijken en gebruiken we enkel en alleen ontwikkelingen die door de bekende stakeholders uit de sector worden benoemd. Daarnaast vragen wij data op bij het zorgkantoor en geven we hier een verdiepingsslag op door een interview te voeren met een kwaliteitsadviseur van het Zorgkantoor.

3.6 Data analyse

Alle drie de veldonderzoeken richten zich op harde feiten. In de analyse doen wij geen aannames. Eventuele aanbevelingen of adviezen voor vervolgonderzoeken worden vermeld in hoofdstuk 6 bij de implementatie benoemd.

4. Resultaten

4.1 Presentatie van de opbrengsten

Veldonderzoek 1: Welke kwaliteit van zorg leveren wij nu, tegen welke kosten (Bijlage 3)?

't Kastheel heeft 28 bewoners in zorg. In het onderzoek gebruiken we 14 bewoners die al langer in zorg zijn en deze uitkomsten extrapoleren wij later naar ons totaal van 28 bewoners. De inkomsten bestaan uit een regulier Zorg Zwaarte Pakket (ZZP) en een deel tijdelijke financiële middelen (Meerzorg).

We zijn gestart met de jaarlijkse kosten uit onze productieoverzichten overzichtelijk neer te zetten in een schema. Hierbij maken we onderscheid tussen het reguliere ZZP pakketten en de Meerzorg gelden. Sommige bewoners zijn in 2015 ingestroomd, sommige in 2019. In de periode van 2015 t/m 2019 werden er individuele Meerzorg aanvragen ingestuurd door 't Kastheel. Vanaf 2020 werd het mogelijk om Groepsmeerzorg aanvragen in te sturen. Bij een individuele aanvraag mag alleen die client waar het voor aangevraagd is, profiteren van de gelden. In een Groepsmeerzorg mogen alle cliënten van die groep (in ons geval de hele locatie) van de gelden profiteren. Dit is de wijze waarop de NZa beleidsregels rondom Meerzorg gelden, uitgebracht zijn in de WLZ.

Kosten sinds cliënten in zorg zijn																	
Naam	Indicatie 2015	Meerzorg 2015	Indicatie 2016	Meerzorg 2016	Indicatie 2017	Meerzorg 2017	Indicatie 2018	Meerzorg 2018	Indicatie 2019	Meerzorg 2019	Indicatie 2020	Meerzorg 2020	Indicatie 2021	Meerzorg 2021	Indicatie 2022	Meerzorg 2022	Kosten per jaar in zorg
A.B.	€ 94.170,00	€ -	€ 97.714,00	€ -	€ 98.929,00	€ -	€ 117.588,00	€ -	€ 124.264,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 161.806,00
A.K.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 124.264,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 181.060,25
A.W.	€ 89.412,00	€ -	€ 92.987,00	€ -	€ 88.315,00	€ -	€ 100.389,00	€ -	€ 104.216,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 153.613,71
D.S.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 124.264,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 181.060,25
G.G.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 124.264,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 181.060,25
G.R.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 124.264,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 181.060,25
J.C.	€ 94.170,00	€ 142.104,00	€ 97.714,00	€ 143.164,00	€ 98.929,00	€ 122.829,00	€ 117.588,00	€ 126.330,00	€ 124.264,00	€ 126.330,00	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 256.199,86
J.V.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 124.264,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 153.639,75
M.B.	€ 94.170,00	€ 130.128,00	€ 97.714,00	€ 112.204,00	€ 98.929,00	€ 113.880,00	€ 117.588,00	€ 117.124,00	€ 124.264,00	€ 117.124,00	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 246.157,43
M.Bo	€ 89.412,00	€ -	€ 92.987,00	€ -	€ 88.315,00	€ -	€ 100.389,00	€ -	€ 104.216,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 153.613,71
M.E.	€ 94.170,00	€ -	€ 97.714,00	€ -	€ 98.929,00	€ -	€ 117.588,00	€ -	€ 124.264,00	€ 29.803,00	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 166.063,57
P.R.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 130.279,00	€ -	€ 132.750,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 163.885,00	€ 66.247,00	€ 192.498,50
S.R.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 124.264,00	€ -	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 181.060,25
T.S.	€ 94.170,00	€ 96.672,00	€ 97.714,00	€ 96.598,00	€ 98.929,00	€ 115.934,00	€ 117.588,00	€ 119.238,00	€ 124.264,00	€ 119.238,00	€ 126.592,00	€ 72.419,00	€ 131.049,00	€ 73.365,00	€ 130.305,00	€ 66.247,00	€ 240.046,00
Kosten per jaar	€ 649.674,00	€ 368.904,00	€ 674.544,00	€ 351.966,00	€ 671.275,00	€ 352.643,00	€ 788.718,00	€ 362.692,00	€ 1.705.615,00	€ 392.495,00	€ 1.778.446,00	€ 1.013.866,00	€ 1.834.686,00	€ 1.027.110,00	€ 1.814.415,00	€ 861.211,00	
	€ 1.018.578,00		€ 1.026.510,00		€ 1.023.918,00		€ 1.151.410,00		€ 2.098.110,00		€ 2.792.312,00		€ 2.861.796,00		€ 2.675.626,00		
Kosten per jaar (gedeeld door aantal bewoners)	€	145.511,14	€	146.644,29	€	146.274,00	€	164.487,14	€	149.865,00	€	199.450,86	€	204.414,00	€	191.116,14	€ 187.781,41

Figuur 12 Berekening maatschappelijke prijslijst

Bovenstaande berekening van figuur 12 heeft geleid tot een beknopt overzicht, om verbanden te kunnen zien.

Overzicht "Maatschappelijke Prijslijst"								
Levensgeschiedenis voor plaatsing bij 't Kastheerl						In zorg bij 't Kastheerl		
Naam	Geb. Datum	Totale kosten	Aantal jaren	Vanaf 18 jr	Kosten per jaar	Jaartal in zorg	Aantal jaren	Kosten per jaar
A.B.	1991	€ 2.241.126,00	24	6	€ 373.521,00	2015	7	€ 161.806,00
A.K.	1971	€ 2.459.968,00	48	30	€ 81.998,93	2019	4	€ 181.060,25
A.W.	1986	€ 2.528.488,00	29	11	€ 229.862,55	2015	7	€ 153.613,71
D.S.	1983	€ 1.621.705,00	36	18	€ 90.094,72	2019	4	€ 181.060,25
G.G.	1969	€ 2.108.834,00	50	32	€ 65.901,06	2019	4	€ 181.060,25
G.R.	1994	€ 1.743.583,00	25	7	€ 249.083,29	2019	4	€ 181.060,25
J.C.	1997	€ 925.692,00	18	3	€ 308.564,00	2015	7	€ 256.199,86
J.V.	1977	€ 2.764.637,00	42	24	€ 115.193,21	2019	4	€ 153.639,75
M.B.	1986	€ 3.001.469,00	29	11	€ 272.860,82	2015	7	€ 246.157,43
M.Bo	1965	€ 3.244.019,00	50	32	€ 101.375,59	2015	7	€ 153.613,71
M.E.	1989	€ 2.628.847,00	26	8	€ 328.605,88	2015	7	€ 166.063,57
P.R.	2000	€ 1.055.900,00	19	4	€ 263.975,00	2019	4	€ 192.498,50
S.R.	1997	€ 1.984.237,00	22	4	€ 496.059,25	2019	4	€ 181.060,25
T.S.	1975	€ 4.808.755,00	40	22	€ 218.579,77	2015	7	€ 240.046,00
		€ 33.117.260,00		212	€ 228.262,50			€ 187.781,41

Figuur 13 Overzicht Maatschappelijke prijslijst bewoners 't Kastheerl

De kolomindeling van Figuur 13 is als volgt weergegeven:

A = Initialen van de bewoner

B = Geboorte datum

C = De totale kosten vanuit de ingevulde maatschappelijke prijslijsten, voorafgaand aan de plaatsing bij 't Kastheerl

(Onderaan een totaal som aan kosten voor deze 14 bewoners)

D = De leeftijd in het jaar waarin zij in zorg zijn gekomen

E = We trekken 18 jaar van de leeftijd af, omdat wij onvoldoende zicht hebben op de periode voor hun 18^{de} levensjaar.

F = De totale kosten gedeeld door het aantal levensjaren na hun 18^{de}

(Onderaan de gemiddelde kosten per levensjaar na hun 18^e, voor plaatsing bij 't Kastheerl)

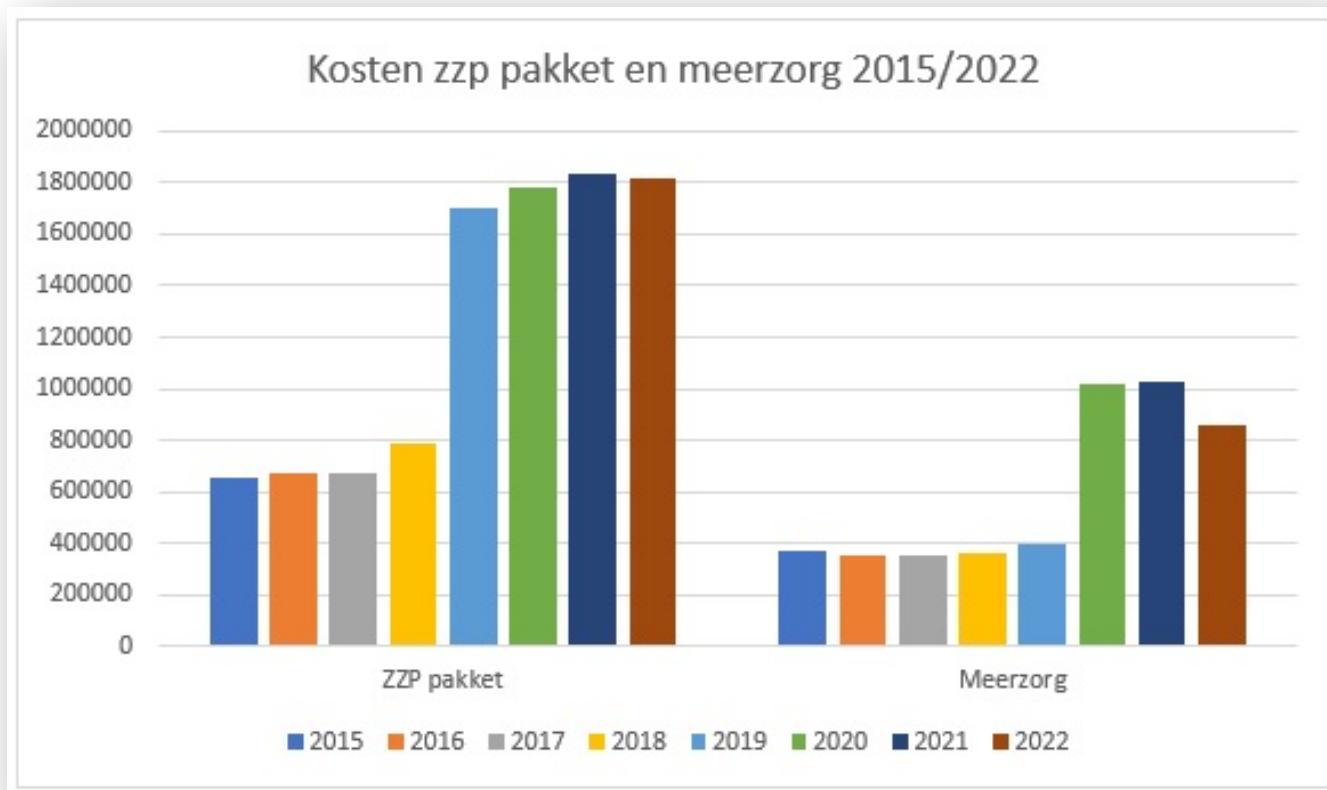
G = Jaartal waarop zij in zorg zijn gekomen bij 't Kastheerl

H = Aantal jaren in zorg

I = Kosten per jaar sinds plaatsing bij 't Kastheerl

Het valt op dat er grote verschillen zijn tussen de bewoners onderling. Tijdens het veldonderzoek kwamen wij erachter dat de twee jongere bewoners J.C. en P.R. op zeer jonge leeftijd bij 't Kastheerl zijn komen wonen (op hun 18^{de} en 19^{de} levensjaar). Ondanks dat we besloten hadden om niet de jeugdijaren voor hun 18^{de} mee te nemen tijdens dit onderzoek, bleek dit voor deze twee bewoners niet haalbaar te zijn. Enerzijds was het dossier waarmee wij de maatschappelijke prijslijst in konden vullen ruimschoots bekend vanaf hun 15^{de} levensjaar. Dit in tegenstelling tot een aantal oudere bewoners. Anderzijds zagen we dat deze bewoners juist enorme kosten met zich mee brachten in die korte periode voor hun 18^{de} levensjaar vanwege hun verblijf in de gesloten jeugdzorg en forensische crisisplekken. Voor deze twee bewoners hebben wij een aanpassing gedaan in de methodologie.

Door de jaarlijkse kosten in de periode 2015 t/m 2022 uit figuur 12 om te zetten in een grafiek zien we een aantal trends.



Figuur 14 Grafiek kosten ZZZP pakket en Meerzorg 2015/2022 't Kastheel

De meest opvallende inzichten vanuit de grafiek zijn als volgt te verklaren:

- De ZZZP pakketten laten een enorme groei zien sinds 2019, dit is te verklaren door de opening van een tweede woongroep, waardoor er 14 bewoners op de locatie verbleven in plaats van 7 bewoners in de jaren daarvoor.
- In 2022 zien we bij de ZZZP pakketten een lichte daling, dit is te verklaren door nieuwe indicaties van 2 bewoners. Een van de bewoners J.V. kreeg een lagere indicatie (GGZ Wonen 3) omdat zijn behoefte van de begeleidingsintensiteit af is genomen in de periode 2019 t/m 2021. Door zijn lagere indicatie viel deze bewoner ook buiten de scope van de Groepsmeerzorg. De andere bewoner P.R. steeg in zijn indicatie naar een GGZ Wonen 5.
- De Meerzorg laat eveneens een flinke groei zien, sinds 2020. Dit is te verklaren doordat een Groepsmeerzorg alleen aangevraagd kan worden met een ingangsdatum van 1 januari. De tweede woongroep is op 1 oktober 2019 geopend en de beschikking van de Groepsmeerzorg is op 1 januari 2020 pas afgegeven. In de tussenliggende 3 maanden heeft 't Kastheel extra geïnvesteerd uit eigen middelen om de personele inzet wel te vergroten, vergelijkbaar met de Groepsmeerzorg aanvraag, zonder daarvoor extra middelen te ontvangen.
- Bij zowel de ZZZP pakketten als de Meerzorg gelden zien we in alle jaren lichte stijgingen, dit zijn tarief indexering geweest, vastgesteld door de NZa.
- Het meest opvallende trend in de grafiek is de sterkere daling in de Meerzorg gelden in 2022 ten opzichte van 2021. Hier heeft 't Kastheel een bewuste afbouw doorgevoerd als gevolg van de hoge kwaliteit van zorg welke geleverd is in de voorgaande jaren. Dit resulteerde in minder incidenten, waardoor er minder personele inzet nodig was om de juiste nabijheid en toezicht te kunnen borgen. In dat jaar is er een afbouw gerealiseerd van 165.899 euro op jaarbasis.

- De gemiddelde kosten uit de doelgroep bepaling bedragen € 193.196 euro per jaar. De bewoners van 't Kastheel kostte voordat zij bij 't Kastheel kwamen wonen € 228.262 euro per jaar en zijn daarmee bovengemiddeld.
- Gedurende hun zorg bij 't Kastheel € 187.781 per jaar, waardoor ze onder het gemiddelde zijn gekomen.
- In de huidige situatie levert dit een kostenbesparing voor de maatschappij op van 17,7% per bewoner, per jaar.

Kwaliteit van leven berekenen aan de hand van QALY's

Vanuit het vooronderzoek heb ik een methode gevonden om kwaliteit van leven te berekenen (pagina 24 t/m 26), de uitgebreide berekening is te vinden in Bijlage 4. De doelgroep heeft een verlies aan kwaliteit van leven, welke ik meeneem in de kostenberekening. In onderstaande bijlage zien we de ingevulde formule:

Casus: Complexe doelgroep, tussen diverse zorgsectoren, hoge mate van maatschappelijke overlast.

Stap 1: Nauwkeurige beschrijving van de indicatie

Er is een nieuw behandelklimaat voor een zeer complexe doelgroep met kenmerken van een verstandelijke beperking (ZZP VG-7 met Meerzorg), psychiatrische stoornissen, verslavingsproblematiek met een eventueel justitieel verleden. Deze kenmerkt zich door hoge maatschappelijke kosten en overlast, lange hulpverleningsgeschiedenis en gebrek aan perspectief.

Stap 2: Identificatie ziektebelastingcomponenten

Kwaliteit van leven verlies? JA
De gemiddelde kwaliteit van leven van de patiënten met een ernstige combinatie van diagnoses en problematiek is 0,4 (o.b.v. het kosten-effectiviteitsmodel);
De gemiddelde kwaliteit van leven zonder de aandoening: EQ-5D score= 0,85.

Verlies van levensjaren? JA
De gemiddelde leeftijd van de patiëntenpopulatie: 30 jaar. De gemiddelde overleving van de patiëntenpopulatie: 20 jaar (levensverwachting is 50 jaar);
De overleving in afwezigheid van de aandoening: 45 jaar (uitgaande van een gemiddelde levensverwachting van 75 jaar).

Stap 3: Kent het ziektebeeld bijzonderheden die eenduidige ziektebelasting bepaling bemoeilijken?

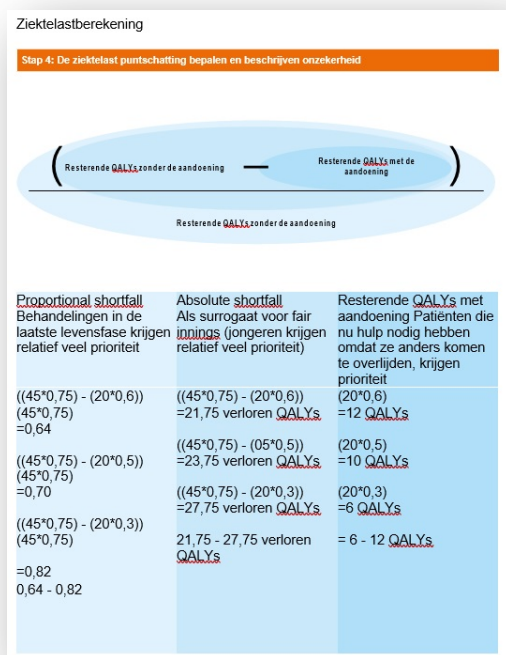
Heterogene aandoening: De complexe doelgroep is een heterogene aandoening, belast met diverse belemmerende factoren. Bij een milde situatie is de kwaliteit van leven 0,6, bij een matige situatie 0,5 en bij een ernstige situatie 0,3.

Bij 50% van de complexe doelgroep wordt de situatie naar mate de mens ouder wordt milder. Bij 20% van de mensen duurt een situatie jaren en blijft deze aanhouden. De gemiddelde duur van een depressie is 8 maanden. Bij 40% van de mensen treedt binnen 2 jaar een nieuwe problematische situatie op met een terugkerend patroon.

Bij deze berekening gaan we uit van een chronische aandoening, omdat een verstandelijke beperking, psychische stoornissen en verslavingsproblematiek niet genezen kunnen worden. Dit zal een overschatting geven van de ziektebelasting (episodisch verloop). Daarnaast berekenen we de ziektebelasting voor milde, matige en ernstige episodes (heterogeniteit).

Figuur 15 Berekening QALY's bewoners 't Kastheel

Dit leidt tot de benodigde parameters voor de formule in figuur 16.



Figuur 16 Formule verlies van QALY's

Op basis van de ziektelast berekening komt er een gemiddeld verlies van 23,75 verloren QALY's uit. Uit eerdere aspecten in dit onderzoek, bleek dat de bewoners van 't Kastheer hogere kosten met zich meebrengen dan het landelijke gemiddelde uit de doelgroep bepaling. Desondanks hebben we een gemiddelde van € 50.000 per QALY gehanteerd. Door € 50.000 maal 23,75 te hanteren als rekensom komen we uit op € 1.187.500 per bewoner uit, welke meegenomen is in kolom 5 van figuur 17.

Nadat we de huidige situatie in kaart hebben gebracht, wilden we ook een inkijkje geven in de prognose. Voornamelijk omdat de levensverwachting vergroot, lopen de kosten uiteraard ook langer door. Dit schept de verwachting dat de behandeling van 't Kastheer niet per definitie goedkoper is op de lange termijn. We hebben geen onzekere variabelen toegevoegd aan deze prognose. Er zijn genoeg scenario's te bedenken waarin de afbouw van Meezorg verder door gezet kan worden omdat de begeleidingsintensiteit afneemt. Daartegenover staat weer een scenario dat de somatische zorg groter wordt als bewoners ouder worden, dit brengt nieuwe kosten met zich mee. Kortom, dit hebben wij in dit onderzoek niet meegenomen en we gaan uit van een statisch cijfer.

			Vroegere situatie			Prognose		
Naam	Geb. Datum	Jaren in zorg	Kosten maatschappelijke overlast	Kosten verlies van QALY's per leven	Totale kosten	Levensjaren tot 50ste	Toekomstige kosten zonder interventie	Totale kosten tot 50ste
A.B.	1991	6	€ 2.241.126,00	€ 1.187.500,00	€ 3.428.626,00	27	€ 13.513.693,00	€ 16.942.319,00
A.K.	1971	30	€ 2.459.968,00	€ 1.187.500,00	€ 3.647.468,00	3	€ 3.893.464,80	€ 7.540.932,80
A.W.	1986	11	€ 2.528.488,00	€ 1.187.500,00	€ 3.715.988,00	22	€ 8.772.964,00	€ 12.488.952,00
D.S.	1983	18	€ 1.621.705,00	€ 1.187.500,00	€ 2.809.205,00	15	€ 4.160.625,83	€ 6.969.830,83
G.G.	1969	32	€ 2.108.834,00	€ 1.187.500,00	€ 3.296.334,00	1	€ 3.362.235,06	€ 6.658.569,06
G.R.	1994	7	€ 1.743.583,00	€ 1.187.500,00	€ 2.931.083,00	26	€ 9.407.248,43	€ 12.338.331,43
J.C.	1997	3	€ 925.692,00	€ 1.187.500,00	€ 2.113.192,00	32	€ 11.987.240,00	€ 14.100.432,00
J.V.	1977	24	€ 2.764.637,00	€ 1.187.500,00	€ 3.952.137,00	29	€ 7.292.740,04	€ 11.244.877,04
M.B.	1986	11	€ 3.001.469,00	€ 1.187.500,00	€ 4.188.969,00	22	€ 10.191.907,00	€ 14.380.876,00
M.Bo	1965	32	€ 3.244.019,00	€ 1.187.500,00	€ 4.431.519,00	1	€ 4.532.894,59	€ 8.964.413,59
M.E.	1989	8	€ 2.628.847,00	€ 1.187.500,00	€ 3.816.347,00	25	€ 12.031.493,88	€ 15.847.840,88
P.R.	2000	4	€ 1.055.900,00	€ 1.187.500,00	€ 2.243.400,00	29	€ 9.898.675,00	€ 12.142.075,00
S.R.	1997	4	€ 1.984.237,00	€ 1.187.500,00	€ 3.171.737,00	29	€ 17.557.455,25	€ 20.729.192,25
T.S.	1975	22	€ 4.808.755,00	€ 1.187.500,00	€ 5.996.255,00	16	€ 9.493.531,36	€ 15.489.786,36
		212	€ 33.117.260,00	€ 16.625.000,00	€ 49.742.260,00	277	€ 126.096.168,25	€ 175.838.428,25

De oude situatie heeft voor deze 14 bewoners tot nu toe € 49.742.260 euro gekost, als wij deze situatie extrapoleren (zonder zorg van 't Kastheel) tot een levensverwachting van 50 jaar dan zou dit € 175.838.428 kosten. Voor deze kosten ervaren de bewoners en hun verwanten een zeer beperkt niveau kwaliteit van leven en de maatschappelijke overlast is zeer hoog.

Gemiddelde kosten per bewoner, per levensjaar € 359.587 (voor gezamenlijk 489 levensjaren)

Figuur 17 Scenario A: Prognose zonder behandeling 't Kastheel

In scenario A met de prognose zonder behandeling van 't Kastheel gaan we uit van de volgende parameters:

- Het verleden blijft een feit, totaal zijn dat 212 jaren in zorg.
- 't Kastheel bestaat niet en die oude situatie zet zich verder door.
- Alle bewoners worden 50 jaar oud.
- De kosten vanuit het verleden worden gemiddeld genomen en continueren zich tot hun 50^{ste} levensjaar.
- Totaal zijn dat 489 levensjaren voor deze 14 bewoners.
- Dit brengt € 175.838.428 aan kosten met zich mee.
- Gemiddeld is dat € 359.587 per levensjaar.

Het andere scenario (B) betreft de parameters waarbij de bewoner in zorg is bij 't Kastheel en daar blijft tot hun overlijden op 75 jarige leeftijd.

In zorg bij 't Kastheel				Prognose		Totale kosten tot 75ste met behandeling
Jaartal in zorg	Aantal jaren	Kosten per jaar	Totaal kosten verblijf	Aantal jaren	Kosten tot 75ste levensjaar	
2015	7	€ 161.806,00	€ 1.132.642,00	45	€ 7.281.270,00	€ 10.655.038,00
2019	4	€ 181.060,25	€ 724.241,00	24	€ 4.345.446,00	€ 7.529.655,00
2015	7	€ 153.613,71	€ 1.075.296,00	40	€ 6.144.548,57	€ 9.748.332,57
2019	4	€ 181.060,25	€ 724.241,00	36	€ 6.518.169,00	€ 8.864.115,00
2019	4	€ 181.060,25	€ 724.241,00	22	€ 3.983.325,50	€ 6.816.400,50
2019	4	€ 181.060,25	€ 724.241,00	47	€ 8.509.831,75	€ 10.977.655,75
2015	7	€ 256.199,86	€ 1.793.399,00	50	€ 12.809.992,86	€ 15.529.083,86
2019	4	€ 153.639,75	€ 614.559,00	50	€ 7.681.987,50	€ 11.061.183,50
2015	7	€ 246.157,43	€ 1.723.102,00	40	€ 9.846.297,14	€ 14.570.868,14
2015	7	€ 153.613,71	€ 1.075.296,00	19	€ 2.918.660,57	€ 7.237.975,57
2015	7	€ 166.063,57	€ 1.162.445,00	43	€ 7.140.733,57	€ 10.932.025,57
2019	4	€ 192.498,50	€ 769.994,00	50	€ 9.624.925,00	€ 11.450.819,00
2019	4	€ 181.060,25	€ 724.241,00	50	€ 9.053.012,50	€ 11.761.490,50
2015	7	€ 240.046,00	€ 1.680.322,00	34	€ 8.161.564,00	€ 14.650.641,00
	77	€ 2.628.939,79	€ 14.648.260,00	550	€ 104.019.763,96	€ 151.785.283,96

De huidige situatie in zorg bij 't Kastheel voor deze 14 bewoners kost momenteel € 2.628.939 per jaar. Voor de plaatsing hebben zij samen al € 33.117.260 gekost, dit nemen we mee. Als wij de huidige situatie extrapoleren tot een levensverwachting van 75 jaar dan zouden zij in hun hele leven € 151.785.283 kosten. Voor deze kosten ervaren de bewoners een langer leven van 25 jaar, met veel meer kwaliteit van leven en zonder enige vorm van maatschappelijke overlast. Ervan uitgaande dat de jaarlijkse kosten uit het verleden hetzelfde blijft voor de toekomst. Verder afbouw van de huidige Meerzorg is niet meegenomen in de berekening.

Gemiddelde kosten per bewoner, per levensjaar € 180.912 (voor gezamenlijk 839 levensjaren)

Figuur 18 Scenario B: Prognose met behandeling 't Kastheel

In scenario B met de prognose, met behandeling van 't Kastheel gaan we uit van de volgende parameters:

- Het verleden blijft een feit, totaal zijn dat 212 jaren in zorg.
- 't Kastheel heeft deze 14 bewoners in zorg gekregen zoals in werkelijkheid is gebeurd.
- De geschiedenis terwijl de bewoners in zorg zijn bij 't Kastheel zijn een feit.
- Alle bewoners worden 75 jaar oud.
- De kosten voor verlies van QALY's worden niet meegenomen.
- De kosten worden berekend door het verleden (212 jaren) op te tellen, zowel voor als na in zorg te zijn gekomen bij 't Kastheel (77 jaren) en de huidige situatie wordt geëxtrapoleerd (550 jaren).
- Totaal zijn dat 839 levensjaren voor deze 14 bewoners.
- Dit brengt € 151.785.283 aan kosten met zich mee.
- Gemiddeld is dat € 180.912 per levensjaar.

Als we beide scenario's op hoofdlijnen naast elkaar zetten zien we het volgende:

	Scenario A	Scenario B
Maatschappelijke overlast	Ja	Nee
Kwaliteit van leven bewoner	Minder goed	Verbeterd
Tevreden verwanten	Minder goed	Verbeterd
Levensverwachting	50 jaar	75 jaar
Totale kosten 14 bewoners	€ 175.838.428,00	€ 151.785.283,00
Individuele kosten per levensjaar (na 18de)	€ 359.587,79	€ 180.912,14

Figuur 19 Overzicht scenario vergelijking

Conclusie

Dit resultaat is verbijsterend, niet alleen op het zachte vlak waarbij de bewoners een prettiger leven ervaren, de verwanten tevreden zijn en de maatschappelijke overlast drastisch verlaagd is. Zelfs met een vele hogere levensverwachting zijn de totale kosten 24 miljoen lager. Daarbij te bedenken dat we hiermee de kosten gedurende hun jeugd nog niet meerekenen. We weten dat deze kosten ook enorm zijn voor de overheid. Zeker deze doelgroep zal geheid ook hier boven de gemiddelde cijfers uitkomen.

Veldonderzoek 2: Zorgkosten vergelijken

Hoe verhouden deze kosten zich tot de benchmark?

De volledige opbrengsten uit dit veldonderzoek zijn terug te vinden in Bijlage 5. Een korte analyse heeft de volgende verbanden blootgelegd:

- Grote zorgaanbieders hebben meer vaste activa.
- Kleine zorgaanbieders hebben minder vreemd vermogen.
- Kleine zorgaanbieders hebben een hogere EBIT.
- Alle zorgaanbieders, ongeacht omvang, geven circa 70% uit aan personeelskosten en clientkosten.
- De kosten voor onderhoud en energie variëren enorm. De vraag is wat er precies onder valt bij alle zorgaanbieders.
- De Wet Normering Topinkomens (WNT) kosten voor zowel Raad van Bestuur (RvB) als Raad van Toezicht (RvT) variëren enorm. De vraag is hoe de organisatiestructuur eruit ziet en hoe groot de directie en/of Management Team (MT) is.
- De financiële ratio's variëren onderling enorm.
- Opvallend om te zien dat 2020 een Covid-19 jaar is, waarin zorgaanbieders subsidies hebben ontvangen om kosten te compenseren. Van de zeven zorgaanbieders in dit onderzoek hebben de 3 kleine organisaties geen tot weinig subsidies aangevraagd. Zij hebben allemaal positieve resultaten geboekt, waarvan de een 9,7% resultaat en 't Kastheer 12,8%. De vier grotere zorgaanbieders hebben de subsidies wel aangevraagd en ontvangen. Twee daarvan zouden een negatieve EBIT behaald hebben zonder subsidies. De andere twee grote zorgaanbieders zouden krap de benchmark van de minimale 2% Resultaat Ratio behaald hebben.

Veldonderzoek jaarrekeningen 2020															Benchmark 2020		
	Omzet boven 100 mio			Omzet onder 100 mio			Omzet onder 10 mio										
Kostensoort	Zorgaanbieder A	Zorgaanbieder B		Zorgaanbieder C	Zorgaanbieder D		Zorgaanbieder E	Zorgaanbieder F	t Kastheel			Toelichting	Kostensoort		Percentage		
Vaste activa	€ 120.162.413	51%	€ 47.127.599	35%	€ 21.739.585	35%	€ 51.915.480	57%	€ 93.000	5%	€ 182.893	3%	€ 433.995	9%	Vaste activa	39,3%	
Viottende activa	€ 81.689.972	35%	€ 51.803.572	38%	€ 24.493.477	40%	€ 34.206.217	38%	€ 744.000	40%	€ 834.084	12%	€ 310.720	6%	Viottende activa	30,6%	
Liquide middelen	€ 60.478.147		€ 32.335.069		€ 22.064.333		€ 27.975.002		€ 343.748		€ 474.267		€ 924.248				
Voorraden	€ 3.905		€ 79.202		€ 0		€ 6.655		€ 0		€ 0		€ 12.500				
Eigen vermogen 31/12	€ 67.766.476	29%	€ 48.756.610	36%	€ 17.560.822	29%	€ 38.984.559	43%	€ 611.000	33%	€ 1.573.169	-23%	€ 1.684.563	35%	Eigen vermogen		
Eigen vermogen 01/01	€ 47.016.842		€ 47.487.795		€ 14.800.579		€ 37.327.477		€ 458.415		€ 1.688.481		€ 1.037.851				
Vreemd vermogen	€ 134.085.495	57%	€ 49.038.920	36%	€ 27.197.331	44%	€ 45.296.485	50%	€ 133.000	7%	€ 1.016.977	15%	€ 666.523	14%	Vreemd vermogen		
kort	€ 81.689.972		€ 29.420.038		€ 12.174.516		€ 18.592.578		€ 132.587		€ 1.016.977		€ 108.345				
lang	€ 52.395.523		€ 19.382.678		€ 15.022.816		€ 26.703.906		€ 0		€ 406.262		€ 558.178				
Totale passiva	€ 201.851.971	85,6%	€ 97.795.530	71,7%	€ 44.758.153	72,9%	€ 84.281.044	92,6%	€ 744.000	40,5%	€ 556.192	-8,3%	€ 2.351.086	48,9%	Totale passiva		
Omzet	€ 235.866.201		€ 136.421.312		€ 61.417.432		€ 91.015.261		€ 1.838.000		€ 6.737.844		€ 4.809.898		Omzet		
rente	€ 3.970.681		€ 688.780		€ 329.713		€ 942.549		€ 2.520		€ 15.824		€ 7.558				
belasting	€ 0		€ 0		€ 0		€ 0		€ 35.467		€ 22.894		€ 0				
EBIT	€ 15.905.283	7%	€ 1.268.815	1%	€ 2.760.243	4%	€ 1.657.082	2%	€ 178.000	10%	€ 115.312	2%	€ 617.639	13%	EBIT	2,2%	
EBITDA	€ 19.875.964	8,4%	€ 1.957.175	1,4%	€ 3.089.956	5,0%	€ 2.599.631	2,9%	€ 213.000	11,6%	€ 138.206	2,1%	€ 743.554	15,5%	EBITDA	8,3%	
Lasten																	
Personeelskosten	€ 148.723.221	63,1%	€ 103.162.263	75,6%	€ 40.357.480	65,7%	€ 63.105.706	69,3%	€ 984.280	53,6%	€ 4.308.842	63,9%	€ 1.821.106	37,9%	Onderaanneming bij AHMN en 't Kastheel	Personeelskosten	60,1%
Clientkosten	€ 12.838.576	5,4%	€ 6.934.934	5,1%	€ 2.161.793	3,5%	€ 3.495.113	3,8%	€ 21.540	1,2%	€ 1.707.629	25,3%	€ 1.900.179	39,5%	Onderaanneming bij AHMN en 't Kastheel	Clientkosten	4,7%
Onderhoud en energie	€ 3.641.667	1,5%	€ 3.961.236	2,9%	€ 2.005.035	3,3%	€ 4.561.240	5,0%	€ 192.218	10,5%	€ 94.243	1,4%	€ 65.592	1,4%		Onderhoud en energie	2,9%
Hotelmatige kosten	€ 10.612.684	4,5%	€ 4.399.258	3,2%	€ 4.534.439	7,4%	€ 5.419.548	6,0%	€ 43.842	2,4%	Zit in client		€ 43.269	0,9%		Hotelmatige kosten	1,8%
Algemene kosten	€ 25.988.484	11,0%	€ 7.443.144	5,5%	€ 3.968.011	6,5%	€ 6.293.469	6,9%	€ 65.510	3,6%	€ 2.267.334	33,7%	€ 133.399	2,8%		Algemene kosten	8,8%
Accountantskosten	€ 1.570.457	0,7%	€ 307.394	0,2%	€ 103.019	0,2%	€ 460.368	0,5%	€ 2.700	0,1%	zit in algemeen		€ 17.169	0,4%		Accountantskosten	
WNT kosten RvB	€ 353.716	0,1%	€ 463.557	0,3%	€ 184.537	0,3%	€ 168.792	0,2%	€ 135.000	7,3%	€ 227.837	3,4%	€ 104.185	2,2%	Geen directie laag bij AHMN en 't Kastheel	WNT kosten RvB	
Klasse	V	IV	IV	IV	IV	III	III	III	I	I	I	I	I	I		Klasse	
Fte	3,0	2,5	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		Fte	
WNT kosten RvT	€ 132.723	0,06%	€ 92.592	0,07%	€ 94.120	0,15%	€ 98.520	0,11%	€ 0	0,00%	€ 33.660	0,50%	€ 0	0,00%		WNT kosten RvT	
Aantal leden RvT	7	7	5	6	6	3	3	3	3	3	3	3	3	3		Aantal leden RvT	
Kengetallen																	
Weerstandsvermogen	28,73	35,74	28,59	42,83	33,24	-23,35	35,02									Weerstandsvermogen	30,5%
Currentratio	1,74	2,86	3,82	3,34	4,91	1,29	2,26									Currentratio	2,0%
Rentabiliteit totaal	20,80	1,21	15,02	1,87	28,31	-7,07	31,56									Rentabiliteit	7,3%
Quickratio	1,74	2,86	3,82	3,34	4,91	1,29	2,26									Quickratio	2,0%
Solvabiliteit 1e	33,57	49,86	39,23	46,26	82,17	277,00	60,43									Solvabiliteit	41,6%
Resultaat ratio	6,74	0,93	4,49	1,82	9,68	1,71	12,84									Resultaat ratio	2-5%
Corona subsidie																	
Ontvangen subsidie	€ 11.066.550		€ 3.500.000		€ 1.347.516		€ 1.698.796		€ 0		€ 10.843		€ 0		Ontvangen subsidie		
EBIT zonder subsidie	€ 4.838.733	2,1%	€ 2.231.185	-1,6%	€ 1.412.727	2,3%	€ 41.714	0,0%	€ 178.000	9,7%	€ 104.469	1,6%	€ 617.639	12,8%	EBIT zonder subsidie		

Figuur 20 Onderzoek jaarrekeningen benchmark

Helaas geven de jaarrekeningen alleen inzicht in de uitgaven binnen het gehele concern. Na de korte analyse hebben we de scope uitgebreid om te achterhalen hoe wij meer data kunnen gebruiken om voorlopige aanbevelingen te doen. We hebben door middel van een breder onderzoek naar Kwaliteitsrapporten en de websites, de volgende cijfers proberen te achterhalen:

- Hoeveel cliënten zijn er binnen de WLZ in zorg in 2020 bij deze zorgaanbieders?
- Maken deze zorgaanbieders gebruik van Meerzorg gelden?
- Zijn er organogrammen van de zorgaanbieders beschikbaar om te achterhalen hoe groot de directie laag is, buiten de WNT om?

We zijn tot de conclusie gekomen dat de meeste cijfers niet te achterhalen zijn, ingeval wij wel accurate cijfers konden vinden bij een zorgaanbieder voor een specifieke vraag, was het niet mogelijk om een vergelijking te maken met de andere zorgaanbieders. Deze scope is dan ook niet verder verruimd.

Het overzicht van de 7 zorgaanbieders, hebben wij naast de benchmark gegevens vanuit het CBS gelegd. Deze wordt weergegeven in de achterste kolom in figuur 21. We hebben ons voornamelijk gericht op de kengetallen, omdat de andere informatie niet exact onderling overeenkomt.

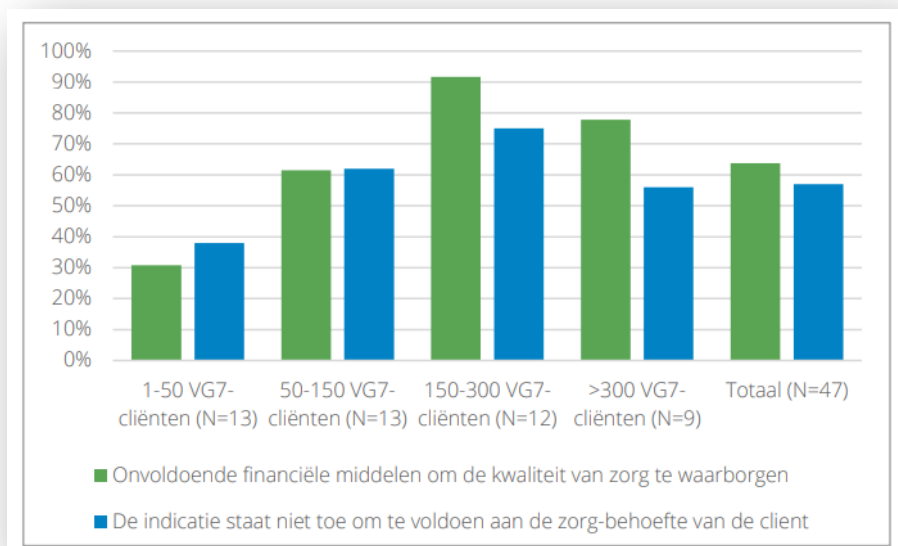
Veldonderzoek jaarrekeningen 2020													
	Omzet boven 100 mio				Omzet onder 100 mio				Omzet onder 10 mio				
Kostensoort	Zorgaanbieder A		Zorgaanbieder B		Zorgaanbieder C		Zorgaanbieder D		Zorgaanbieder E		Zorgaanbieder F		t Kastheel
Omzet	€ 235.866.201		€ 136.421.312		€ 61.417.432		€ 91.015.261		€ 1.838.000		€ 6.737.844		€ 4.809.898
EBIT	€ 15.905.283	7%	€ 1.268.815	1%	€ 2.760.243	4%	€ 1.657.082	2%	€ 178.000	10%	€ 115.312	2%	€ 617.639
EBITDA	€ 19.875.964	8,4%	€ 1.957.175	1,4%	€ 3.089.956	5,0%	€ 2.599.631	2,9%	€ 213.000	11,6%	€ 138.206	2,1%	€ 743.554
Lasten													
Personeelskosten	€ 148.723.221	63,1%	€ 103.162.263	75,6%	€ 40.357.480	65,7%	€ 63.105.706	69,3%	€ 984.280	53,6%	€ 4.308.842	63,9%	€ 1.821.106
Clientkosten	€ 12.838.576	5,4%	€ 6.934.934	5,1%	€ 2.161.793	3,5%	€ 3.495.113	3,8%	€ 21.540	1,2%	€ 1.707.629	25,3%	€ 1.900.179
WNT kosten RvT	€ 132.723	0,06%	€ 92.592	0,07%	€ 94.120	0,15%	€ 98.520	0,11%	€ 0	0,00%	€ 33.660	0,50%	€ 0
Aantal leden RvT	7		7		5		6		3		3		3
Kengetallen													
Weerstandsvermogen	28,73		35,74		28,59		42,83		33,24		-23,35		35,02
Currentratio	1,74		2,86		3,82		3,34		4,91		1,29		2,26
Rentabiliteit totaal	20,80		1,21		15,02		1,87		28,31		-7,07		31,56
Quickratio	1,74		2,86		3,82		3,34		4,91		1,29		2,26
Solvabiliteit 1e	33,57		49,86		39,23		46,26		82,17		277,00		60,43
Resultaat ratio	6,74		0,93		4,49		1,82		9,68		1,71		12,84
Corona subsidie													
Ontvangen subsidie	€ 11.066.550		€ 3.500.000		€ 1.347.516		€ 1.698.796		€ 0		€ 10.843		€ 0
EBIT zonder subsidie	€ 4.838.733	2,1%	-€ 2.231.185	-1,6%	€ 1.412.727	2,3%	-€ 41.714	0,0%	€ 178.000	9,7%	€ 104.469	1,6%	€ 617.639

Figuur 21 Kengetallen benchmark

Het valt op dat er twee zorgaanbieders zijn die grotendeels onder de kengetallen zitten van de benchmark. Dit betreft de grootste zorgaanbieder met een omzet van 235 miljoen en een kleinere zorgaanbieder met een omzet van 6,7 miljoen. Er zijn twee zorgaanbieders die positief scoren op alle benchmark kengetallen, dit zijn de kleinste collega zorgaanbieder en 't Kastheel. Beide organisaties zijn specialisten op 1 gebied. Alle andere collega zorgaanbieders hebben verschillende doelgroepen in zorg en leveren de zorg in diverse vormen.

De wendbaarheid van organisaties op financieel gebied kan worden getoetst in het weerstandsvermogen en de Quick ratio. Wanneer een organisatie "Agile" als middel gebruikt kunnen deze ratio's een richtlijn zijn om te zien of zij snel kunnen reageren op veranderingen in de markt.

Vanuit het kostenonderzoek uitgevoerd door HHM, zien we dat schaalgrootte invloed heeft op de wijze waarop de organisatie de zorgverlening voor de complexe doelgroep kan vormgeven. Van de 47 deelnemers, heeft 30% van de kleine organisaties (omvang 1-50 cliënten) last van onvoldoende financiële middelen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Deze vraag is gesteld op basis van de reguliere VG7 ZZP pakketten. Dit betreft dus niet de Meerzorg gelden. Dit inzicht komt overeen met onze opbrengst dat kleine (gespecialiseerde) zorgaanbieders voor de complexe doelgroep, minder problemen ervaren met de financiering.



Figuur 22 Schaalgrootte beïnvloed complexe zorg

De vergelijking van de 7 zorgaanbieders heeft laten zien dat de verhouding van de “Golden Rule of Finance” verschilt. De uitleg van deze regel is als volgt:

Lange investeringen financieren met lang vreemd vermogen, korte investeringen met kortdurend vreemd vermogen.

Het uitgangspunt van deze regel is dat wanneer je met veel vreemd vermogen in je organisatie zit, dit stress oplevert. De Cost of Financial Distress is dan te hoog. Volledig met eigen vermogen je investeringen uitvoeren, dan worden alle risico's zelf gedragen en gaat dit ten koste van je wendbaarheid. Een verdeling van 25-40% vreemd vermogen zou ideaal zijn.

Als we deze Golden Rule toepassen op de 7 zorgaanbieders, dan zijn de resultaten als volgt:

	Aanbieder A		Aanbieder B		Aanbieder C		Aanbieder D		Aanbieder E		Aanbieder F		t Kastheel	
Eigen vermogen	€ 67.766.476	34%	€ 48.756.610	50%	€ 17.560.822	39%	€ 38.984.559	46%	€ 611.000	82%	-€ 1.573.169	283%	€ 1.684.563	72%
Vreemd vermogen	€ 134.085.495	66%	€ 49.038.920	50%	€ 27.197.331	61%	€ 45.296.485	54%	€ 133.000	18%	€ 1.016.977	283%	€ 666.523	28%
Totale passiva	€ 201.851.971		€ 97.795.530		€ 44.758.153		€ 84.281.044		€ 744.000		-€ 556.192		€ 2.351.086	

Figuur 23 Golden Rule of Finance

We zien dat alle zes collega zorgaanbieders niet binnen de Golden Rule of Finance vallen. De vier grotere zorgaanbieders zitten te hoog in hun ratio met vreemd vermogen. De twee kleinere zorgaanbieders te laag. De enige zorgaanbieder die binnen de marge van 25-40% vreemd vermogen valt is 't Kastheel.

Conclusie:

- Financiële wendbaarheid wordt onder andere geboden door de juiste verhouding tussen eigen vermogen en vreemd vermogen. Streven is tussen de 25-40% vreemd vermogen.
- Kleinschaligheid en specialisatie op zorg levert voordelen op, welke terug te zien zijn in de kengetallen en het ervaren van problemen in de financiering van VG7 doelgroep.

Veldonderzoek 3:

Welke toekomstverwachting is er voor de tijdelijke financiële middelen?

Enkele maanden geleden is de Meezorg systematiek vernieuwd. De verantwoording van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) luidt als volgt:

De huidige systematiek is niet meer actueel en sluit niet meer aan bij huidige financieringssystematiek. Daarnaast is er in de loop der jaren een stijging gesignaleerd in het gebruik van Meezorg en dient de systematiek ook aangepast te worden op inhoud, doelmatigheid en de maatschappelijke verantwoordelijkheid die er is om Meezorg als uitzondering te zien voor de complexe zorgvragen die het reguliere zorgzwaartepakket overstijgen en hiermee betaalbaar te houden. Eind 2020 heeft ZN een extern onderzoek laten doen naar de werking van het Meezorg sjabloon door Deloitte. Op de volgende onderdelen zijn opmerkingen te plaatsen:

Deloitte concludeert dat het sjabloon goed is opgebouwd als het gaat om de opzet vanuit de beleidsregel, de consistentie van het model en de gebruikte parameters (tarieven, percentages etc.). Het model is echter op een cruciaal onderdeel achterhaald:

- o We rekenen met verouderde (geïndexeerde) tarieven voor Meezorg prestaties, die door de NZa niet meer worden gehanteerd en onderhouden.
- o Tot het jaar 2018 was het mogelijk om Meezorg-uren te vergelijken met de zorguren opgenomen in de ZZP's. Vanaf het jaar 2019 is dit niet meer mogelijk, waardoor de uren Meezorg op basis van de drie verouderde tarieven zijn vertaald naar een budget. Op dat budget zijn vervolgens de loonwaarde van het betreffende ZZP in mindering gebracht. In de aanpassing van het sjabloon naar het jaar 2021 is deze loonwaarde gecorrigeerd voor de indirecte kosten.
- o Uit onderzoek naar de opbouw van de verouderde Meezorg tarieven is gebleken dat het integrale tarieven zijn, die alleen gecorrigeerd zijn voor overhead. In deze tarieven zijn materiele kosten al opgenomen. De correctie die in 2021 is gedaan op de ZZP tarieven door het in mindering brengen van de op materiele kosten is hiermee niet juist gebleken. Dit betekent dat de aanname dat het sjabloon in 2020 te laag uit zou vallen niet correct is.

Zorgkantoren hebben op basis van deze bevindingen, het sjabloon voor 2021 gecorrigeerd. Hierdoor geeft de uitkomst van het sjabloon een goede weergave wat er nodig is aan Meezorg. In de tussentijd kan gewerkt worden aan een vernieuwde passende systematiek. De nieuwe systematiek is gericht op profielen, waarmee de aanvraag gekaderd wordt in een profiel. Deze nieuwe systematiek is inmiddels ingevoerd op 1 januari 2023.

Worden er alternatieven geboden om het wegvallen van de tijdelijke middelen op te vangen?

Er zijn geen bestaande alternatieven gevonden. Er wordt veel gesproken over innovaties en toekomstvisies vanuit diverse instanties in de keten. Zorgtechnologie is hier een van. Deze innovaties gaan over de hele linie helpen in de zorgsector. Echter is er geen bestaand alternatief gericht op het wegvallen van tijdelijke extra middelen. In het kader van de afbakening van dit onderzoek, gaan wij hier dan ook niet verder op in.

Zijn er andere beleidsontwikkelingen te verwachten, welke invloed uitoefenen op deze onderzoeksvraag?

Toekomstbestendigheid van de Langdurige zorg is in 2018 onderzocht door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (Milieu, 2018)

De samenvattende kernboodschappen zijn:

- Zorgvraag en zorgaanbod veranderen. Meer aandacht voor autonomie, zingeving, zinvolle dagbesteding, aandacht voor wat mensen nog wel kunnen. Groeiend aanbod van kleinschalige woon- en zorgvormen. Complexer wordende zorgvraag.
- Uitdagingen liggen op verschillende niveaus in het zorgsysteem. Arbeidsmarkt, opleidingen, zorgvastgoed en zorgtechnologie.
- Oplossingsrichtingen hangen met elkaar samen en beïnvloeden elkaar. Client als uitgangspunt nemen, samenwerking binnen de zorg maar ook daarbuiten zoals onderwijs, goede voorbeelden uitwisselen.

De afgelopen jaren zijn er regelmatig nieuwsberichten te lezen, waarin diverse partijen in het werkveld aangeven dat de complexe zorg onder druk staat. Deze nieuwsberichten gaan niet altijd over de doelgroep zoals omschreven in dit onderzoek. Het gaat geregeld ook over complexe jeugdzorg, thuiszorg of ouderenzorg. Recent heeft de grootste zorgaanbieder in Nederland aangegeven dat de complexe gehandicaptenzorg (met zorgprofiel VG7) een grens bereikt. 's Heerenloo had in 2020 bijna 13.500 cliënten in zorg. Hiervan ontvangen 7200 cliënten intramurale zorg met verblijf. Het is niet exact terug te vinden hoeveel van deze cliënten een VG7 zorgprofiel hebben, wij schatten in dat het richting de 3000 zal gaan. In 2022 hebben zij 25 miljoen euro verlies geleden op de zorg voor deze complexe doelgroep. Deze tekorten hebben zij opgevuld met geld wat overbleef uit de vastgoedexploitatie. Hoe dit exact geregeld is weten we niet. De jaarrekeningen van 2022 zijn immers nog niet afgerond en gepubliceerd. Daarnaast zijn deze vragen niet te beantwoorden vanuit een geconsolideerde jaarrekening van zo'n groot concern. Deze recente nieuwsberichten uit 2023 komen overeen met de eerdere bevindingen vanuit de kostenonderzoeken en de nieuwe Meerzorg systematiek.

Bron: [Ernst Klunder over complexe gehandicaptenzorg: We raken aan een grens - Zorgvisie](#)

We zien de jarenlange stijgingen van de zorgkosten terug in het literatuuronderzoek. De overheid en de uitvoeringsinstanties maken zich daar al jaren zorgen over. In het bijzonder de complexe gehandicaptenzorg en de Meerzorg kosten.

Vorig jaar is er een landelijk akkoord bereikt met verschillende brancheverenigingen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de " Transitie toekomstbestendige gehandicaptenzorg". Dit akkoord is erop gericht om duurzaam, toekomstbestendig en betaalbare gehandicaptenzorg te houden in Nederland.

Bron: [Transitie toekomstbestendige gehandicaptenzorg: het laatste nieuws | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland \(vgn.nl\)](#)

Wendbaarheid

Organisaties moeten strategisch wendbaarder worden en dat betekent investeren in 'strategic agility'. Dit is het vermogen van een organisatie om zijn strategische koers snel en effectief te veranderen, anticiperend of reagerend op kansen en bedreigingen in zijn omgeving. Strategic agility bestaat uit twee elementen die elkaar versterken. Aan de ene kant de behendigheid en lenigheid (agility) van de organisatie om offensief kansen te benutten die zich aandienen door veranderingen in de markt en aan de andere kant de veerkracht en robuustheid (resiliency) van de organisatie om de gevolgen van vaak grote en onvoorziene veranderingen op te vangen. Strategic agility is niet alleen noodzaak om te overleven, maar het biedt concrete handvatten voor het vergroten van het concurrentievermogen en de winstgevendheid. Des te wendbaarder, des te beter!

1. **Externe gerichtheid: de blik naar buiten**

Dit betekent het voortdurend monitoren van de omgeving waarin de organisatie opereert en het verzamelen van inzichten. Het gaat om het opbouwen van 'strategische alertheid' om tijdig trends, ontwikkelingen, kansen en bedreigingen te zien en het belang daarvan voor de organisatie in te schatten.

2. **Verbindend leiderschap: goed voorbeeld doet volgen**

Niet alleen moet de top van het bedrijf de omgeving verbinden met de eigen organisatie, maar ze moet ook zorgen dat intern 'alle neuzen dezelfde kant op staan'. Essentieel hierbij is dat op organisatieniveau prioriteiten vastgesteld worden, dus business unit en afdeling overstijgend. Flexibel meebewegen met de omgeving kan namelijk betekenen dat processen en systemen gereconfigureerd moeten worden en dat mensen, middelen en budgetten – over business units en afdelingen heen – gealloceerd moeten worden. Op basis van snelle en dynamische besluitvorming. Verbindend leiderschap betekent ook dat een brede groep managers en externe partijen betrokken worden bij de strategievorming. Slaagkansen nemen hierdoor toe en het maakt het omgaan met strategische paradoxen gemakkelijker.

3. **Flexibele werkorganisatie: zelforganiserende eenheden**

Strategische wendbaarheid betekent het einde van de hiërarchische, bureaucratische en top-down gestuurde organisaties. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden zo laag mogelijk in de organisatie belegd en gedelegeerd naar kleine resultaatgerichte eenheden en zelfsturende teams. Ondernemerschap is aanwezig tot op de werkvloer om snel te kunnen beslissen en te handelen als de situatie daar om vraagt. Dat vraagt ook om nauwe samenwerking, het vrijelijk delen van informatie, een cultuur van (gecalculeerde) risico's durven nemen en fouten mogen maken en het creëren van een lerende organisatie.

4. **Flexibele processen & IT: modelleren en genereren**

Rigide bedrijfsprocessen en inflexibele IT-systemen zijn vaak grote obstakels voor het snel kunnen doorvoeren van veranderingen of benutten van marktkansen. Het flexibiliseren van processen en IT staat dan ook hoog op de directie-agenda. Dit is de vierde bouwsteen. Processen en IT kunnen flexibeler gemaakt worden door toepassing van nieuwe concepten en hulpmiddelen zoals proces- en IT-frameworks, standaardisatie, modularisatie, software as a service en strategic agility-systemen. Hierdoor kunnen processen en IT-systemen snel aangepast worden als nieuwe marktkansen zich aandienen of als strategische prioriteiten wijzigen.

Wendbaar aan de slag

Organisaties die in de toekomst succesvol zijn, weten de steeds snellere veranderingen bij te houden, mee te dicteren en daar van te profiteren. Anticiperen en flexibel meebewegen wordt de norm. Hiervoor moeten organisaties over verschillende competenties beschikken variërend van snelle besluitvorming en flexibele teams tot efficiënte processen, flexibele IT-applicaties, samenwerking en open innovatie.

Datasheet Zorgkantoor

Om de verkregen opbrengsten uit de veldonderzoeken te verifiëren, hebben we data opgevraagd bij Zorgkantoor Zilveren Kruis. Bij het zorgkantoor Zilveren Kruis heeft 't Kastheerl sinds de start in 2015 een inkoopcontract voor alle geleverde zorg. Er zijn 8 zorgkantoren in Nederland is onderverdeeld in 32 regio's. Inmiddels is DFZ gefuseerd met Zilveren Kruis.



Figuur 24 Zorgkantoren in Nederland



Figuur 25 Indeling Zorgkantoren regio's

Het Zilveren Kruis bedient meerdere regio's en is daarmee het grootste zorgkantoor. Inmiddels is regio Friesland ook gefuseerd met het Zilveren Kruis en bedienen zij inmiddels 43% van de zorg in Nederland. De verkregen datasheet is een Excel bestand en bevat data in procenten en euro's en is dan ook zeer bruikbaar en valide te noemen. De volledige datasheet is toegevoegd aan het onderzoek als bijlage 6.

Het is belangrijk om te vermelden dat de datasheet zich beperkt tot de indicaties binnen de gehele WLZ, die mogelijk Meezorg mogen aanvragen. Dit bevordert de leesbaarheid. Dit betreft dus verschillende sectoren zoals de verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG), sterk gedragsgestoord en licht verstandelijk beperkt (SGLVG), lichamelijk gehandicapten (LG), zintuigelijk gehandicapten visueel (ZGvis), zintuigelijk gehandicapten auditief (ZGaud), verpleging en verzorging (VV) en sinds 2021 ook GGZ Wonen (GGZ-W). Alleen het maximum (vaak ook het een na hoogste) pakket van elk indicatie type in aanmerking kan komen voor Meezorg. Een lager pakket kan eerst nog stijgen in een hoger regulier zzp pakket. In dit onderzoek hebben wij gerichte cijfers gebruikt op bladzijde 9, waar gesproken wordt over 14.044 VG7 cliënten, op bladzijden 19 t/m 21 spreken we over een totaal van 114.175 VG indicaties (VG1 t/m VG8) en ruim 2.000 LVG/SGLVG indicaties. Deze cijfers komen niet één op één overeen met de verkregen datasheet en heb ik ook niet zodanig vergeleken met elkaar.

Naar aanleiding van de datasheet en een eerste analyse heeft er een interview plaatsgevonden met de zorginhoudelijk adviseur van het Zilveren Kruis. Er zijn verdiepvragen gesteld om de analyse te verifiëren.

De analyse van de verkregen data laat een aantal feiten zien, welke inzicht geven in de omvang van de situatie en het aandeel van 't Kastheer in het geheel. De absolute aantallen zijn gebaseerd op alle zorgzwaarte pakketten in de gehele sector, die de mogelijkheid hebben om Meezorg aan te vragen.

2015								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meezorg	% meez	Intr + vpt	meezorg	% meez	€ per client
Meezorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	25506	868	3,40%	€ 4.740.998.197	€ 53.873.771	1,14%	€ 62.067
	Zwolle	2234	39	1,75%	€ 419.531.883	€ 2.633.513	0,63%	€ 67.526
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 649.674	€ 368.904	56,78%	€ 52.701
Meezorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meezorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	9462	868	9,17%	€ 799.112.757	€ 53.873.771	6,74%	
	Zwolle	668	39	5,84%	€ 51.636.562	€ 2.633.513	5,10%	
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 649.674	€ 368.904	56,78%	

2016								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meezorg	% meez	Intr + vpt	meezorg	% meez	€ per client
Meezorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	25667	956	3,72%	€ 4.963.900.394	€ 60.240.037	1,21%	€ 63.013
	Zwolle	2284	35	1,53%	€ 442.068.846	€ 2.268.102	0,51%	€ 64.803
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 674.544	€ 351.966	52,18%	€ 50.281
Meezorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meezorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	9638	956	9,92%	€ 852.204.104	€ 60.240.037	7,07%	
	Zwolle	678	35	5,16%	€ 55.449.782	€ 2.268.102	4,09%	
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 674.544	€ 351.966	52,18%	

2017								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meezorg	% meez	Intr + vpt	meezorg	% meez	€ per client
Meezorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	25850	1114	4,31%	€ 5.154.610.240	€ 73.678.823	1,43%	€ 66.139
	Zwolle	2451	53	2,16%	€ 470.830.073	€ 3.658.216	0,78%	€ 69.023
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 671.275	€ 352.643	52,53%	€ 50.378
Meezorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meezorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	9865	1114	11,29%	€ 911.184.305	€ 73.678.823	8,09%	
	Zwolle	754	53	7,03%	€ 62.528.462	€ 3.658.216	5,85%	
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 671.275	€ 352.643	52,53%	

2018								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meezorg	% meez	Intr + vpt	meezorg	% meez	€ per client
Meezorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	26171	1483	5,67%	€ 5.541.951.716	€ 99.960.657	1,80%	€ 67.404
	Zwolle	2507	64	2,55%	€ 510.737.772	€ 4.052.585	0,79%	€ 63.322
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 788.718	€ 362.692	45,99%	€ 51.813
Meezorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meezorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	10143	1483	14,62%	€ 974.417.715	€ 99.960.657	10,26%	
	Zwolle	819	64	7,81%	€ 69.720.704	€ 4.052.585	5,81%	
	t Kastheer	7	7	100,00%	€ 788.718	€ 362.692	45,99%	

Figuur 26 Analyse datasheet Zorgkantoor 2015/2018

De oranje markeringen geven weer dat zowel de absolute aantallen (stijging complexiteit van de doelgroep) als de kosten (inflatie en/of tarief verhogingen vanuit de NZa) elk jaar stijgen in de periode 2015 t/m 2022 (gaat verder in figuur 27). Verder doorvoeren!

De blauwe markeringen laten zien dat niet alleen de aantallen en de kosten toenemen maar ook het gebruik van de regeling en procentueel gezien toeneemt. Hierdoor stijgen de kosten per client in de laatste kolom (gaat eveneens verder in figuur 27).

De groene markering laat zien dat de gemiddelde kosten per client van 't Kastheer lager liggen dan het regionale gemiddelde (gaat eveneens verder in figuur 27).

In de periode 2015 t/m 2017 zat de regio Zwolle boven het gemiddelde van alle regio's. In 2018 verandert dit en zakt de regio onder het gemiddelde van alle regio's. Deze trend zet zich de rest van de jaren tot op heden door. 't Kastheer valt ook in deze regio en is dan ook onderdeel van de regio cijfers.

2019								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	€ per client
Meerzorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	26362	1767	6,70%	€ 5.861.695.267	€ 124.731.497	2,13%	€ 70.589
	Zwolle	2693	100	3,71%	€ 544.451.106	€ 5.553.574	1,02%	€ 55.536
	t Kastheel	14	14	100,00%	€ 1.705.615	€ 392.495	23,01%	€ 28.035
Meerzorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meerzorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	10356	1767	17,06%	€ 1.080.792.539	€ 124.731.497	11,54%	
	Zwolle	842	100	11,88%	€ 81.123.323	€ 5.553.574	6,85%	
	t Kastheel	14	14	100,00%	€ 1.705.615	€ 392.495	23,01%	

2020								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	€ per client
Meerzorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	29487	2124	7,20%	€ 6.757.377.953	€ 155.562.223	2,30%	€ 73.240
	Zwolle	2650	131	4,94%	€ 545.601.974	€ 8.402.122	1,54%	€ 64.138
	t Kastheel	14	14	100,00%	€ 1.778.446	€ 1.013.866	57,01%	€ 72.419
Meerzorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meerzorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	11874	2124	17,89%	€ 1.269.352.303	€ 155.562.223	12,26%	
	Zwolle	869	131	15,07%	€ 85.494.510	€ 8.402.122	9,83%	
	t Kastheel	14	14	100,00%	€ 1.778.446	€ 1.013.866	57,01%	

2021								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	€ per client
Meerzorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	30717	2429	7,91%	€ 7.470.264.760	€ 172.849.030	2,31%	€ 71.161
	Zwolle	2854	166	5,82%	€ 603.737.696	€ 10.404.001	1,72%	€ 62.675
	t Kastheel	14	13	92,86%	€ 1.834.686	€ 1.027.110	55,98%	€ 79.008
Meerzorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meerzorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	12049	2429	20,16%	€ 1.336.770.319	€ 172.849.030	12,93%	
	Zwolle	862	166	19,26%	€ 91.393.213	€ 10.404.001	11,38%	
	t Kastheel	14	13	92,86%	€ 1.834.686	€ 1.027.110	55,98%	

2022								
Omschrijving	Locatie	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	Intr + vpt	meerzorg	% meerz	€ per client
Meerzorg t.o.v totaal klanten (vpt+intr)	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	31107	2641	8,49%	€ 8.493.248.998	€ 200.560.848	2,36%	€ 75.941
	Zwolle	2956	190	6,43%	€ 731.990.556	€ 12.654.508	1,73%	€ 66.603
	t Kastheel	27	26	96,30%	€ 3.356.415	€ 1.967.150	58,61%	€ 75.660
Meerzorg klanten t.o.v. aantal klanten met indicaties waar meerzorg op toegekend kan worden	Alle regio's van Zilveren Kruis Zorgkantoor	12199	2641	21,65%	€ 1.403.791.354	€ 200.560.848	14,29%	
	Zwolle	901	190	21,09%	€ 98.499.807	€ 12.654.508	12,85%	
	t Kastheel	27	26	96,30%	€ 3.356.415	€ 1.967.150	58,61%	

Figuur 27 Analyse datasheet Zorgkantoor 2019/2022

In de periode 2019 t/m 2022 zien we een aantal nieuwe ontwikkelingen, naast de bovenstaande analyse die zich doorzet in deze jaren.

In 2020 stijgen de gemiddelde kosten per client van 't Kastheel met 158%, maar deze kosten blijven onder het gemiddelde van alle regio's (groene markeringen). De oorsprong van deze grote stijging van 158% is terug te vinden in de daling van 2018 naar 2019 van maar liefst 51%. De verklaring voor deze sterke daling en vervolgens sterke stijging is de verdubbeling van cliënten in 2019 in oktober van dat jaar op de eerste locatie van 't Kastheel. In het laatste kwartaal van dat jaar zijn er geen Meerzorg gelden ontvangen voor deze nieuwe bewoners. Pas vanaf 1 januari 2020 zijn deze gelden verstrekt. De verhouding raakt hiermee procentueel gezien uit z'n verband in 2018, 2019 en 2020.

Bij de rode markering is te zien dat 't Kastheel in 2021 boven het gemiddelde van alle regio's uit stijgt. De aanvraag van een Groepsmeerzorg blijft in euro's bijna gelijk, terwijl er 1 bewoner minder mee mag doen met de regeling vanwege de verlaging van zijn ZZP pakket. Indien dezelfde aanvraag door 14 bewoners gedeeld zou worden, zou het gemiddelde bedrag op € 73.365 uit komen. Daarmee blijft de kosten nog steeds boven het gemiddelde van alle regio's maar is het verschil minder groot.

In 2022 valt op dat 't Kastheel weer bijna gelijk staat aan het gemiddelde van alle regio's. Dit komt voort uit het feit dat de productie van 't Kastheel verdubbeld is, echter heeft de nieuwe locatie twee bijzonderheden te vermelden. Op deze locatie is er ook 1 bewoner die niet

meegenomen wordt in de Groepsmeezorg. Het tweede punt is dat de Groepsmeezorg veel hoger is (€ 1.105.939) dan de beschikking aangeeft over de eerste locatie in 2022 (€ 861.211). Dit heeft te maken met de start van de locatie, waarbij nieuwe cliënten en nieuwe medewerkers elkaar nog niet goed genoeg kennen. We zien dit gegeven terug in voorgaande jaren bij de eerste locatie (in 2020 bedroeg de Groepsmeezorg daar ook €1.013.866). Een afbouw is pas mogelijk na een investering van een aantal jaar door middel van onze werkwijze.

Voorlopige conclusie analyse datasheet Zorgkantoor

De trends in de periode 2015 t/m 2022 komen overeen met de inzichten uit het vooronderzoek, het literatuuronderzoek en de recente nieuwsberichten en ontwikkelingen.

We kunnen aan de hand van de data van het zorgkantoor valideren dat de trends van 't Kastheer in de afgelopen jaren anders zijn, dan de trends uit de sector.

Interview met verdiepende vragen:

- Hoeveel cliënten bedient het Zorgkantoor Zilveren Kruis in zijn totaliteit? Dus niet alleen het aantal wat aanspraak kan maken op Meezorg maar de absolute totaliteit?

30.839 totaal intramuraal/ 3000 VPT Zilveren Kruis

- Klopt het dat het Zilveren Kruis grofweg 60% van de zorgsector in Nederland bedient?

Zilveren Kruis bediend 43% van de langdurige zorg. De langdurige zorg bevat in 2021 totaal 340.125 cliënten met verblijf.

- Herken je de inzichten uit de analyse? Komt dit overeen met jou ervaring in de praktijk?

Jazeker, dit zien wij absoluut terug in de praktijk. We zien nergens anders zo'n afbouw in Meezorg gelden, dan bij 't Kastheer.

- Welke trends zie jij nog, trends die nog niet vanuit de cijfers te herleiden zijn?

De nieuwe Meezorg systematiek, daar werken we met een bandbreedte en kan perverse prikkel betekenen. We zien dat in percentages terug, waar hoog of laag in de profielen wordt gescoord.

- In de analyse zien wij dat 't Kastheer vanaf de start in 2015 een andere trend laat zien dan de trend die te zien is in de gehele sector. Kan jij dit bevestigen?

Dat bevestigen wij en hebben wij de afgelopen jaren ook gedeeld met elkaar.

- Zijn er ontwikkelingen gaande, welke nog niet gecommuniceerd zijn? Uiteraard met alle respect voor alle vormen van geheimhouding en strategische belangen om interne ideeën niet te communiceren naar buiten, indien ze nog niet vast staan.

1 juni nieuw inkoopbeleid, 3 doelen (1 daarvan complexe zorg) twee knoppen

- Complexe prestaties iets meer financieren, in afwachting van herijking VG7. Dit doen wij uit onze eigen regionale middelen.
- Er komt een plafond voor Meezorg in 2024 op organisatie niveau. Het plafond is dan gebaseerd op het vorige kalender jaar.
- De stijging van 15 - 25 % aan Meezorg gelden is niet te verklaren doordat de zorg complexer wordt. Het zit ergens anders in.

- Uitzonderingen in de context daargelaten.
- 2023 realisatie is 2024 budget.

- Heeft het zorgkantoor interesse in meer informatie over en betrokkenheid bij dit onderzoek?

We spreken af dat ik het onderzoek van tevoren toe stuur alvorens de verdediging plaatsvind. Het zorgkantoor krijgt een uitnodiging om aanwezig te zijn voor de verdediging.

- Is er interesse om een wetenschappelijk onderzoek naar onze werkwijze in het kader van een Best Practice? Dit zodat we de trend van 't Kastheel kunnen delen met de rest van de sector?

Er zijn geen andere mogelijkheden dan jullie zelf al zien. Zorgkantoor is niet in de rol om dat te doen. Project Pro trekt op met de universiteit van Tilburg om onderscheidende factoren te onderzoeken. Hier heeft 't Kastheel ook aan meegedaan.

- Heb jij zelf nog vragen of toevoegingen die nog niet aan bod zijn gekomen?

Nee. Heel interessant onderzoek en ik zie de uitnodiging graag verschijnen.

4.2 Relatie met de probleemstelling en onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft antwoord gegeven op alle deelvragen die nodig waren om de hoofdonderzoeksvraag te beantwoorden : “Is de werkwijze van 't Kastheel kosten efficiënt voor de maatschappij vanuit kwaliteit van leven die geboden wordt”.

In het vooronderzoek hebben we de piketpaaltjes helder neergezet zodat de verkregen data valide is.

In de doelgroep bepaling spreken we over diverse doelgroepen uit verschillende sectoren, met een uiteenlopend spectrum van diagnoses. Denk hierbij aan LVB'ers in de GGZ, GGZ patiënten in detentie, mensen met een verstandelijke beperking in de TBS en mensen met een verstandelijke beperking met een justitiële achtergrond. De sectoren en diagnoses overlappen elkaar in onze doelgroep bepaling. De overeenkomsten tussen deze overlap is de beperkte ontwikkeling van de theory of mind. Of dit nu veroorzaakt wordt door een erfelijke factor zoals een verstandelijke beperking voor het 18de levensjaar, of het opgroeien in een onthecht familiesysteem waardoor uiteindelijke psychose gevoeligheid naar de oppervlakte komt. Het resultaat is een beperkte ontwikkeling van de theory of mind. Dit is eveneens een basisprincipe in de diagnose voor autisme, binnen de doelgroep bepaling is een stoornis in het autistisch spectrum (ASS) enorm veel aanwezig. We lezen een gebrek aan empathie eveneens terug in onderzoeken over criminaliteit en we lezen een verband tussen werkloosheid en middelengebruik waar onze doelgroep veelvuldig mee te maken heeft.

De theory of mind is een noodzakelijke voorwaarde voor empathie. Alle doelgroepen uit dit onderzoek hebben beperkte empathie.

Gedurende het literatuuronderzoek hebben we een methodiek gevonden om de kwaliteit van leven te kwantificeren. We hebben verbanden gezien tussen werkloosheid, criminaliteit, middelgebruik en psychische stoornissen.

In de drie veldonderzoeken hebben we gezocht naar bevestiging van de verkregen inzichten en verbanden. De veldonderzoeken hebben bevestigd dat de behandeling van 't Kastheel minder geld kost dan de oude situatie waar de bewoners in leefden. Daarnaast vergroot het de kwaliteit van leven en is de levensverwachting waarschijnlijk enorm toegenomen. Het geeft geen enkele maatschappelijke overlast meer. De bedrijfsvoering van 't Kastheel is beduidend anders dan de vergeleken collega zorgaanbieders en scoort positief ten opzichte van de benchmark. Ingezoomd op de Meerzorg gelden zien we daarin een bevestiging dat er een positieve trend zichtbaar is bij 't Kastheel ten opzichte van de rest van de regio's van het Zilveren Kruis. Ervan uitgaande dat de data afkomstig van 43% van de zorgsector, representatief is voor de overige 57%, is het met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid te concluderen dat de trend van 't Kastheel anders is dan de rest van heel Nederland. Zeker gezien het feit dat deze data 7 jaar bestrijkt. Dit zijn 3 kritische succesfactoren, waar ik rekening mee ga houden in de vervolgstappen:

- Unieke werkwijze levert meer kwaliteit van leven en hogere tevredenheid op.
- Schaalgrootte heeft positieve invloed op meerdere factoren.
- Maatschappelijke overlast wordt geneutraliseerd.

De impact op de bewoners is in algemene zin een belangrijke meetlat vanuit onze visie. Dit neem ik mee.

Vanuit de maatschappelijke doelstelling, ga ik de volgende factoren eveneens meenemen in de vervolgstappen:

- Draagt het bij aan de maatschappelijke opdracht?

- Levert het een bijdrage aan het vergroten van de doelmatigheid?
- Vergroot het de toekomstbestendigheid?
- Vergroot het de wendbaarheid?

5. Genereren en evalueren van de oplossingsalternatieven

5.1 Genereren van alternatieven

De inzichten en opbrengsten vanuit de verschillende onderzoeken resulteren in een aantal mogelijke oplossingsalternatieven.

Optie 1:

Het handhaven van de status quo waarmee de huidige koers doorgezet wordt. Mede vanwege het ontbreken van bestaande alternatieven en het feit dat er nog geen wijzigingen in de financiering van tijdelijke middelen aan zitten te komen, is dit een reële mogelijkheid. 't Kastheel is een strategisch wendbare organisatie vanuit de 4 voorwaarden welke voortkomen uit de literatuur. De organisatie heeft een sterke visie, biedt hoogwaardige zorgverlening tegen een lager dan gemiddelde kostprijs en volgt de Golden Rule of Finance. Het ingecalculeerde risico dat 't Kastheel goed in staat is om snel mee te bewegen bij een verandering in de markt, vanuit inhoud, bedrijfsvoering en financiële huishouding is vanuit dit perspectief gezien relatief laag. Mocht de financiering drastisch wijzigen is een concessie doen in kwaliteit van zorg altijd nog mogelijk. Hierdoor is het risico van daadwerkelijk slechte kwaliteit van zorg (onacceptabel niveau) eveneens laag. De impact voor de bewoners is hiermee gemiddeld. Met name omdat het in een rustig tempo wordt uitgevoerd, vanwege het feit dat het op de lange baan wordt gezet.

Optie 2:

We gaan door met afbouwen, wellicht in een hoger tempo. We komen tot een aanvaardbare omvang van extra middelen, welke lager ligt dan de huidige omvang maar hoger dan enkel de reguliere ZZP pakketten. We gaan het gesprek aan met de beleidsmakers om dit afgebouwde bedrag om te zetten in een permanente geldstroom. Op welke manier deze middelen gelabeld kunnen worden en de wijze waarop dit administratief geregeld moet worden is op dit moment nog onbekend. Hiervoor zijn verkennende gesprekken nodig met diverse instanties in de keten. Te denken valt aan experimentele projecten, in de zin van een soort proeftuin. De impact voor de bewoners is hiermee laag. Op de achtergrond wordt er een alternatief gevonden en deze vervangt het huidige proces. Dit heeft geen invloed op de bewoners omdat zij deze processen niet zien.

Optie 3:

De organisatie gaat groeien binnen zijn specialisme op het gebied van de huidige doelgroep. 't Kastheel zorgt voor een grotere omvang, waardoor er meer financiële reserves ontstaan. De impact van de grotere organisatie creëert meer invloed bij externe stakeholders en krijgt een grotere stem in potentiële wijzigingen van beleidsregels. Hierdoor is de organisatie in de toekomst beter in staat om risicovolle wijzigingen in de beleidsregels vroegtijdig te signaleren en wellicht te voorkomen. Indien dit niet voorkomen kan worden, kan er door middel van een reorganisatie bij een grotere omvang, een aanpassing komen in de bedrijfsvoering waarbij 't Kastheel volledig zonder extra middelen de zorg continueert. Hierbij zijn concessies in de geboden kwaliteit van zorg onoverkomelijk. Aangezien dit niveau momenteel zeer hoog is,

kan dit enigszins concessies verdragen zonder grote gevolgen. De impact voor de bewoners is echter wel groot. Allereerst zullen zij de groei van de organisatie dagelijks merken en ten tweede zal het direct merkbaar zijn als het moment daar is, dat de zorgverlening geboden moet worden met enkel de reguliere ZZP pakketten.

5.2 Aantal oplossingsalternatieven

Naar aanleiding van het totale onderzoek heeft dit geleid tot 3 oplossingsalternatieven. Op elke oplossing zijn meerdere varianten te bedenken waarin nuances de hoofdrol spelen. Hier is bewust niet voor gekozen omdat het de leesbaarheid en de duidelijkheid niet ten goede komt. Wij blijven dus bij 3 duidelijke richtingen in de 3 verschillende alternatieven.

5.3 Evaluatie van de alternatieven

Als wij de visie van de organisatie voorop zetten, welke gebaseerd is op de menselijke behoeftes van de bewoners dan zien we een discrepantie.

- Het type zorg is de Wet Langdurige Zorg. Het woord zegt het al, het is langdurig. De visie van 't Kastheer heeft prominent voorop staan dat wij onvoorwaardelijke zorg bieden voor de rest van de bewoners hun leven.
- De reguliere ZZP pakketten zijn gekoppeld aan een indicatie. Deze indicatiestelling van alle bewoners (zowel VG7 als GGZ Wonen) zegt dat de zorgbehoefte chronisch is en zij voor de rest van hun leven zorg nodig hebben.
- De cijfers vanuit het verleden laten zien dat er al jarenlang een groei te zien is. De ontwikkelingen zijn duidelijk, het wordt steeds complexer en intensiever.
- De huisvesting waar de zorgaanbieder verantwoordelijk voor is, kent een langdurig karakter. Gebouwen worden voor 20 tot 30 jaar gebouwd in verband met de investering en de afschrijving. Dit zal toenemen door de huidige duurzaamheid vraagstukken, waaronder de Green Deal.
- Vreemd vermogen zal voor langere tijd aangetrokken moeten worden voor huisvesting en verduurzaming.
- De arbeidsmarktproblematiek vraagt om lange termijn oplossingen en investeringen met een doorlooptijd van tenminste 3 tot 5 jaar.

De conclusie is dat alle aspecten van de zorgverlening gericht zijn op de lange termijn.

De praktijk laat een aantal tegenstrijdigheden zien, die juist weer een korte termijn karakter hebben:

- De inkoopcontracten tussen de zorgkantoren en zorgaanbieders zijn sinds kort pas meerjarig, maar maximaal 2 jaar. Dit heeft directe invloed op het bestaansrecht van een zorgaanbieder.
- De indicaties van de bewoners zijn dan wel voor de rest van hun leven vastgesteld, maar de hoogte van de indicaties niet. Kortom, de bewoner heeft een VG indicatie voor de rest van hun leven, maar of dit altijd een VG7 blijft is nog maar de vraag. Indien de zorgbehoefte afneemt, vanwege de succeservaringen van de afgelopen jaren, dan zou de indicatie naar beneden bijgesteld moeten worden. Elke verlaging van indicatie verlaagd de inkomstenstroom. Maar een enkele verlaging binnen de Meezorg gradaties en zeker de stap van VG7 naar VG6 heeft enorme impact. Zoals wij al ervaren hebben, heeft een bewoner dan acuut niet alleen een lagere indicatie maar mag deze bewoner ook geen gebruik meer maken van Meezorg.
- De extra financiële middelen in de vorm van Meezorg kunnen maximaal voor 3 jaar worden beschikt. In de regel is het eerst voor 1 of 2 jaar, als blijkt dat er een langdurig karakter in zit, wordt dit maximaal 3 jaar. Ter illustratie, 't Kastheer heeft op 1 januari 2023 voor het eerst een beschikking van 3 jaar ontvangen, na 8 jaar gebruik te maken van Meezorg.

- De economie (inflatie en de wijze waarop financiers de inflatie compenseren in de tarieven), Covid pandemie, energiecrisis, het politieke speelveld in Nederland, de regelgeving in het land maar ook specifiek in de zorgsector zijn allemaal zeer weerbarstig. Daarin wordt wendbaarheid (zowel strategisch als financieel) gevraagd van alle bedrijven in de wereld. Is deze wendbaarheid mogelijk als de financieringsstromen alleen op korte termijn zeker zijn voor de zorgaanbieders?
- Gezien de weerbarstigheid van de praktijk, doet de marktwerking in de zorgsector hier nog een schepje bovenop.

Deze tegenstrijdigheden botsen enorm met het abstracte doel voor de zorgsector, namelijk goede zorg verlenen voor langere tijd. Vanuit dit vertrekpunt zullen we een keuze moeten maken voor de verschillende oplossingsrichtingen.

5.4 Conclusie

De keuze voor de oplossingsrichting hebben ik uitgevoerd aan de hand van een analyse. Ik heb voornamelijk de impact op de bewoners, de kritische succesfactoren en de maatschappelijke opdracht centraal gesteld om de analyse objectief te kunnen uitvoeren. De drie opties zijn schematisch weergegeven in een tabel in onderstaand figuur. In bijlage 7

	Inhoudelijk			Financieel	Strategisch	
	Kritische succesfactor?	Passend bij visie?	Passend bij maatschappelijke opdracht?	Doelmatig?	Vergroot toekomstbestendigheid?	Vergroot wendbaarheid?
Optie 1: Het handhaven van de status quo						
Behouden werkwijze	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Schaalgrootte behouden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Reactief op ontwikkelingen	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Impact op bewoners korte termijn	Laag	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee
Impact op bewoners lange termijn	Gemiddeld	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Optie 2: Experiment, omzetten permanente stroom met aanvaardbare omvang van middelen.						
Behouden werkwijze	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Schaalgrootte behouden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Proactief op ontwikkelingen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Impact op bewoners korte termijn	Laag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Impact op bewoners lange termijn	Laag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Optie 3: Groeien binnen specialisme, grotere omvang, waardoor er meer financiële reserves ontstaan.						
Aanpassen werkwijze	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee
Schaalgrootte aanpassen	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee
Reactief op ontwikkelingen	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Impact op bewoners korte termijn	Gemiddeld	Nee	Gemiddeld	Ja	Nee	Nee
Impact op bewoners lange termijn	Laag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Figuur 28 Analyse oplossingsalternatieven

Het is overduidelijk dat optie 2 de beste keuze is. Optie 1 doet geen eer aan de huidige kritische succesfactoren en draagt onvoldoende bij aan de maatschappelijke opdracht op het gebied van doelmatigheid, toekomstbestendigheid en wendbaarheid. Optie 3 doet nog minder eer aan de kritische succesfactoren en de maatschappelijke opdracht. We zien wel dat de impact op de bewoners voor de korte termijn gemiddeld is, waardoor Optie 3 wellicht beter zou zijn dan Optie 1.

Optie 2 doet eer aan alle kritische succesfactoren gericht op de werkwijze en de schaalgrootte. Deze optie heeft de minste impact op de bewoners voor de korte en lange termijn. Daarnaast levert het een positieve bijdrage aan onze maatschappelijke opdracht om de doelmatigheid, toekomstbestendigheid en wendbaarheid te vergroten.

6. Implementatie

6.1 Introductie

In hoofdstuk 5 heb ik tijdens de evaluatie van de alternatieven een keuze gemaakt voor optie 2. Deze optie zal verder uitgewerkt worden om tot het eindproduct te komen.

Gedurende dit onderzoek heb ik een aantal inzichten gekregen die wij kritisch gaan bekijken vanuit de gekozen optie.

De gekozen optie is als volgt:

Stap 1: We gaan door met afbouwen, wellicht in een hoger tempo. We komen tot een aanvaardbare omvang van extra middelen, welke lager ligt dan de huidige omvang maar hoger dan enkel de reguliere ZZP pakketten.

Stap 2: We gaan het gesprek aan met het Zorgkantoor om dit afgebouwde bedrag om te zetten in een permanente geldstroom.

N.B. Op welke manier deze middelen gelabeld kunnen worden en de wijze waarop dit administratief geregeld moet worden is op dit moment nog onbekend. Hiervoor zijn verkennende gesprekken nodig met diverse instanties in de keten. Te denken valt aan experimentele projecten, in de zin van een soort proeftuin.

N.B. De impact voor de bewoners is hiermee laag. Op de achtergrond wordt er een alternatief gevonden en deze vervangt het huidige proces. Dit heeft geen invloed op de bewoners omdat zij deze processen niet zien.

Op bladzijde 30 hebben we een conceptueel model getoond, welke de verkregen inzichten uit het literatuuronderzoek schematisch weergeven. Onderaan het model wordt weergegeven welke visie 't Kastheel hanteert om deze ontwikkelingen en patronen om te buigen naar gezond en/of normaal gedrag.

Tijdens de 3 veldonderzoeken zijn we dieper ingegaan op de praktijk, hoe 't Kastheel antwoord geeft op de vragen vanuit het vooronderzoek en het literatuuronderzoek.

Veldonderzoek 1 heeft door middel van de maatschappelijke prijslijst aangetoond dat de oude situatie van de bewoners van 't Kastheel € 228.26 euro per jaar per bewoner heeft gekost voor de maatschappij tot hun plaatsing bij 't Kastheel. Hierbij wordt zeer beperkte kwaliteit van leven geboden en is de levensverwachting van de bewoner circa 50 jaar. De prognose wanneer er geen interventie zou zijn gepleegd zou uitkomen op € 359.587 per levensjaar.

De nieuwe situatie binnen 't Kastheel ten opzichte van de oude situatie van deze specifieke 14 bewoners is er een kostenbesparing ontwikkeld welke momenteel onder het gemiddelde

ligt. Namelijk op € 187.781 per jaar. De winst ten opzichte van de oude situatie is gericht op vergroting kwaliteit van leven, vergroting tevredenheid verwanten en verlaging van de maatschappelijke overlast. De prognose wijst echter uit dat de levensverwachting enorm toeneemt en dat de kosten per levensjaar bijna halveren ten opzichte van de oude situatie. Optie 2 sluit dan ook uitstekend aan bij deze conclusie.

Veldonderzoek 2 heeft door middel van een vergelijking van de jaarrekeningen van 6 collega zorgaanbieders, aangetoond dat de bedrijfsvoering van 't Kastheel beduidend anders is dan andere zorgaanbieders in de sector. De kritische succesfactoren zijn schaalgrootte en bedrijfsmatige keuzes die voortkomen uit de visie. Dit zien we terug in de wijze waarop het geld besteed wordt en de organisatiestructuur van 't Kastheel. Optie 2 en 1 sluiten het beste aan bij deze conclusie.

Veldonderzoek 3 heeft aangetoond dat 't Kastheel de zorgsector innoveert door in te spelen op de toekomstige ontwikkelingen. 't Kastheel laat de volgende elementen zien:

- Een duidelijk andere trend in de ontwikkeling van de Meezorg cijfers (blz. 47 t/m 50)
- Al jarenlang een concreet antwoord te geven op de landelijke onderzoeksrapporten waar wordt aangegeven dat de toekomst gericht is op vergroten kwaliteit van leven (blz. 21 t/m 24), kleinschaligheid, zinvolle daginvulling (blz. 40) en uitdiepen van specialismen.
- Een wendbare organisatie te zijn vanuit de schaalgrootte, Golden Rule of Finance en te voldoen aan de voorwaarden voor strategische wendbaarheid.

De conclusie uit veldonderzoek 3 toont aan dat 't Kastheel relevant is in de sector, in het bijzonder voor de complexe doelgroep welke zij bedient. Optie 2 past daarin het beste bij deze conclusie op het gebied van toekomstbestendigheid, doelmatigheid en wendbaarheid.

6.2 Hiaten, onregelmatigheden, afwijkingen in de data

Gedurende het onderzoek zijn er meerdere onregelmatigheden geconstateerd:

- Veldonderzoek 1 bevatte tijdens de test fase een onregelmatigheid met twee bewoners. Zij waren nog maar net de 18 jaar gepasseerd, we hebben een aanpassing gedaan om te voorkomen dat de cijfers uit z'n verband werden getrokken. Dit is eveneens benoemd in hoofdstuk 3.
- Ondanks dat het CIBG vanuit de jaarverantwoording de data valide wil maken en alle zorgaanbieders verplicht zijn om hetzelfde format te gebruiken is een goede vergelijking met jaarrekeningen lastig te maken. Dit is ook benoemd in hoofdstuk 3 bij Veldonderzoek 2.

Buiten deze onregelmatigheden om, hebben de meeste resultaten de vermoedens bevestigd. De oprichting van 't Kastheel was 8 jaar geleden al gedreven door innovatie en het vormen van een andere visie en bedrijfsvoering dan de gevestigde orde. Vanuit verbinding, kleinschaligheid en op het snijvlak VG-GGZ heeft gezorgd voor kwalitatieve en kwantitatieve winst. De processen met de Meezorg gelden toonde al langer een uitzonderlijke trend aan gedurende de jaarlijkse besprekingen met het Zorgkantoor en de regio data. De onderzoeksrapporten van o.a. HHM waren bij ons al bekend, waardoor er al inzage was in de constante groei van de complexiteit binnen de reguliere ZZP pakketten, de Meezorg gelden maar ook het achterblijven van de tarieven.

Desondanks ben ik verrast door de overeenkomsten in de literatuur, waarbij de theory of mind voor alle gedragingen de sectoren en doelgroepen overstijgen. In veldonderzoek 1 kwamen keiharde cijfers naar voren over de winst in kwaliteit van leven en de kosten. Zo'n

groot verschil had ik niet verwacht. Al met al bevestigt dit mijn vermoedens en versterkt het mijn vastberadenheid voor het implementeren van een alternatief om de probleemstelling proactief op te lossen.

6.3 Implementatieplan

Mede door het interview uit veldonderzoek 3, maar ook door het uitvoeren van dit onderzoek en eerdere ervaringen, kijken we momenteel voornamelijk richting de NZa. Zij zijn de financiële beleidsmakers in Nederland en hebben aanvraagformulieren beschikbaar om innovatieve plannen in te sturen, waarmee een beroep gedaan kan worden op experimentele gelden. Dit idee is al verwerkt in optie 2, waar de keuze op gevallen is.

Parallel aan dit onderzoek heeft er een ontwikkeling plaatsgevonden vanuit het Ministerie van VWS. Een oud programma genaamd Begeleiding a la Carte, waar 't Kastheerl aan deelgenomen heeft in 2019 t/m 2021, krijgt in 2023 een vervolg. Het vervolg genaamd Begeleiding a la Carte 2.0 is primair gericht op de oud deelnemers van de eerste ronde. Op het moment van schrijven (mei 2023) hebben wij ons aangemeld als geïnteresseerden en gaan wij een informatie Webinar bijwonen. De start is gepland in oktober 2023. Het ziet er naar uit dat dit betreffende onderzoek een hefboomeffect kan hebben voor Begeleiding a la Carte 2.0 of andersom. Deze ideeën nemen we alvast mee in het implementatieplan.

De tijdlijn van het implementatieplan is opgesteld aan de hand van een aantal factoren. Het onderzoek in het kader van de Dissertation als onderdeel van de Executive MBA opleiding zal afgerond zijn in september 2023. Dit is inclusief Viva Voce en het opstellen van een presentatie om het gesprek met de stakeholders aan te gaan. Zoals gezegd start Begeleiding a la Carte 2.0 in oktober 2023. Nadat deze twee elementen afgerond zijn, gaan we starten met het implementatieplan.

De Meerzorg beschikking van de locatie loopt op dit moment nog tot 1 januari 2026. Het is dan ook veilig om te stellen dat de tijdelijke financiële middelen in die periode niet komen te vervallen. Dat betekent dat wij op z'n vroegst in 2025 een plan moeten hebben voor de langere termijn. De andere locatie is net gestart in 2022 en heeft een beschikking t/m 1 maart 2024. Daar is nog geen geschiedenis van 8 jaar en wij verwachten dan ook dat wij op dat moment nog een verlenging kunnen krijgen van 2 jaar. Dit komt dan uit op 1 maart 2026.

Dit soort nieuwe innovaties waarin het fundament van een financieringsstroom aangepast moet worden, is een uitdagend project waar tijd voor nodig is. Alle stakeholders inclusief 't Kastheerl zal tijdsinvesteringen moeten doen, dialogen aangaan met andere stakeholders, om uiteindelijk een besluit te kunnen nemen. Dit proces binnen de keten kost tijd en energie, vandaar dat elke stap in het implementatieplan toch wel 3 tot 6 maanden in beslag neemt.

Als vervolgonderzoek en ter voorbereiding op de verdere implementatie geef ik een aanbeveling om een tevredenheidsonderzoek te doen onder de verwanten van de bewoners. In het literatuuronderzoek is er gebruik gemaakt van de vragenlijst WHO-QoL BREF welke is opgesteld door de World Health Organization (WHO) (Heck, 1996). Deze vragenlijst kan goede inzichten geven in het ervaren van kwaliteit van leven, waarin ze zelfs een vergelijking kunnen maken met de huidige ervaringen in zorg bij 't Kastheerl en de eerdere ervaringen voor de plaatsing bij 't Kastheerl. De vragenlijst is toegevoegd als bijlage 10.

Implementatieplan:

Fase	Wat	Wie	Wanneer	Status
Oriënterende fase	Bespreken van de probleemstelling, het onderzoek en de oplossingsrichting met relevante stakeholders (Zorgkantoor, NZa, ZN, VWS).	Bestuurder 't Kastheel	Najaar 2023	
	Bespreken van de oplossingsrichting met de stakeholders die zich geïnteresseerd hebben.	Bestuurder 't Kastheel	Najaar 2023	
	Uitbrengen tevredenheidsonderzoek verwanten	Projectgroep 't Kastheel	Najaar 2023	
Operationele fase	Vaststellen budget en verantwoordelijkheid en voor het projectplan	Bestuurder en projectgroep 't Kastheel	Najaar 2023	
	Tijdsplanning opstellen	Projectgroep 't Kastheel	Najaar 2023	
	Opstellen projectplan t.b.v de gekozen richting.	Projectgroep 't Kastheel	Voorjaar 2024	
	Insturen projectplan bij gekozen stakeholder.	Projectleider 't Kastheel	Zomer 2024	
Evaluatie fase	Evalueren van de route tot nu toe, in afwachting van beoordeling projectplan.	Bestuurder, projectgroep 't Kastheel, geïnteresseerde stakeholders	Najaar 2024	
Vervolg fase	Ontvangst beoordeling projectplan. Besluitvorming vervolgfase.	Bestuurder, projectgroep en RvT 't Kastheel, geïnteresseerde stakeholders	Najaar 2024	
Implementatie fase	Vervolgfase is geconcretiseerd en het plan wordt geïmplementeerd in de praktijk.	Projectgroep en Bestuurder 't Kastheel, betrokken financier en/of stakeholder	Medio 2025	

6.4 Problemen en uitdagingen

We zien twee mogelijke problemen tijdens de implementatie van deze oplossingsrichting. Het eerste probleem speelt zich af gedurende het proces, het zou mogelijk zijn dat er onvoldoende bereidheid is bij de potentiële stakeholders. Dit kan zijn doordat de moeite die men ervoor moet doen niet opweegt tegen de mogelijke opbrengsten die het met zich mee brengt. Vanuit het onderzoeksperspectief is de meerwaarde helder geformuleerd voor de bewoners, de organisatie en het maatschappelijk belang. Echter kan er vanuit externe perspectieven een noodzaak voor hen ontbreken, simpelweg doordat de tijdelijke financieringsstroom (nog) niet opgeheven is. De vraag is dan of zij moeite willen doen een probleem op te lossen wat voor hen (nog) niet bestaat. Zo kunnen er diverse perspectieven zijn, die de voortgang kunnen belemmeren. Uiteraard hopen wij dat het voorliggende onderzoek en de presentatie van de opbrengsten, de stakeholders kunnen overtuigen, maar dit biedt geen vaststaand feit dat dit ook daadwerkelijk zo is.

Het tweede punt is dat het simpelweg niet lukt door regelgeving en bestaande schotten. Dan kan er bereidheid zijn waardoor het proces relatief soepel zal verlopen, ook dan is het geen vaststaand feit dat het resultaat wat bereikt wordt hetgeen is wat verwacht werd.

Wij erkennen ook een discrepantie in de lage termijn financiering die wij zoeken om de tijdelijke financiering te vervangen, waarna wij vervolgens ons gaan richten op experimentele gelden. Dit is eveneens geen lange termijn oplossing en zal wellicht in de vorm van een pilot uiteindelijk moeten leiden tot een vast karakter.

Buiten deze twee essentiële problemen, kunnen er tal van kleinere tegenslagen zijn. Hierbij denken wij aan interne factoren zoals personele problemen in de projectgroep door ziekte of personeelsverloop, onvoldoende bestuurlijke commitment intern, kwalitatief tegenvallend projectplan, etc. Als bestuurder van 't Kastheerl kan ik de juiste commitment binnen de organisatie uitdragen en interne factoren beïnvloeden. De gesprekken die vooraangaand en tijdens dit onderzoek gevoerd zijn met diverse functionarissen binnen de organisatie, geeft op dit moment voldoende vertrouwen in een gezamenlijke draagkracht voor de implementatie van deze oplossingsrichting. Desalniettemin kan 't Kastheerl geconfronteerd worden met meerdere situaties waar prioriteit aan gegeven moet worden, waardoor dit implementatieplan, al dan niet tijdelijk, op de achtergrond verdwijnt.

De kostenraming voor dit implementatieplan is een beperkt risico, de input zal voornamelijk liggen op tijdsinvesteringen van alle betrokkenen, er zijn geen grote investeringen mee gemoeid vanuit de organisatie. Ditzelfde geldt voor de externe financier, onderaan de streep kost het minder geld. De vraag is alleen of het binnen de systeemwereld anders te labelen is en of daar bereidheid en lef voor aanwezig is in de sector.

6.5 Relevantie van de resultaten

De relevantie voor de organisatie met betrekking tot dit onderzoek is gericht op een nieuwe strategie voor de lange termijn. De strategie verkleint een kwetsbaarheid en garandeert een groter deel van de financieringsstroom. Dit is essentieel voor de toekomstbestendigheid van de organisatie in het belang van de bewoners.

Mijn eigen leerontwikkeling zal positief beïnvloedt worden als ik met een impactvolle oplossing een netwerk kan aanboren in de zorgsector. Als leider en als mens zal ik vaardigheden opdoen gedurende dit traject. Ik zal mensen gaan enthousiasmeren en inspireren, vanuit mijn huidige kwaliteiten. Ik zal vervolgens mensen kunnen overtuigen door belangen bij elkaar te brengen. Gedurende de implementatie zal ik projectmatig werken, waarmee ik mijn vaardigheden als bestuurder verder kan ontwikkelen.

Naast de relevantie voor de organisatie en mijn leerontwikkeling, voel ik de maatschappelijke verantwoordelijkheid om met behulp van dit onderzoek een impact te maken op de gehele sector. Ik zou het fantastisch vinden als dit plan breed gedragen wordt en de oplossingsrichting omarmd wordt in het gehele land. Of dit nu gericht is op organisatiecultuur, visie op zorg, nieuwe vorm van bedrijfsvoering of een ander bekostigingsmodel, alle impact die ik kan maken en elke vorm van innovatie voor de sector is pure winst.

6.6 Ethische dilemma's

Het onderzoek brengt geen ethische dilemma's met zich mee. In onze grondwet en de rechten van de mens is vastgelegd dat wij voor alle inwoners zorgen als zij hulp nodig hebben. We weten dat de zorgsector veel geld kost, dat geldt ook voor medische zorg. Om deze zorg met zoveel mogelijk kwaliteit te leveren, op de meest efficiënte wijze, zijn geen ethische dilemma's.

7. Reflectie

Het onderzoeksproces was enorm tijdrovend en soms ingewikkeld. De start tijdens het opstellen van de probleemstelling was een moment waarin ik heel duidelijk voor ogen had, welke richting ik op wilde. Deze kwamen voort uit de inzichten verkregen in de eerdere fasen van de MBA opleiding. Met name gedurende de periode van de eerste en tweede ALP. De lesdagen Research Methodologie gaven veel duidelijkheid en richting om de start als prettig te ervaren. Het vooronderzoek bevestigde de richting, dit was erg interessant om te doen en gaf mooie inzichten. Hier ontstond het idee voor het conceptuele model en ook dit gaf weer inspiratie en motivatie om de volgende stap te zetten. In eerdere ervaringen is gebleken dat literatuuronderzoek niet mijn sterkste kant is. Desondanks was het literatuuronderzoek van de Dissertation erg interessant en het gaf veel voldoening toen er een rode draad zichtbaar werd. Na het literatuuronderzoek was het voor mij heel duidelijk welke veldonderzoeken ik wilde doen, hier had ik tijdens het voordonderzoek al een goed beeld bij gekregen. Nadat ik deze 2 veldonderzoeken uitgevoerd had (Maatschappelijke prijslijst en Jaarrekeningen vergelijken) liep ik helemaal vast. Ruim 3 weken kwam er niks meer uit mijn vingers, ik was de rode draad kwijt en kon bepaalde verbanden niet vinden. Op dat moment heb ik een hulpvraag gesteld aan mijn internal. Ik heb uitgelegd wat mij niet lukt en de laatste versie van het onderzoek gemaild. Ik kreeg zeer snel een reactie en 2 dagen later hadden we een afspraak. Door een aantal specifieke vragen te stellen, heeft de internal mijn brein weer opgestart en kreeg ik weer twee mooie ingevingen. Deze heb ik de dag daarna direct uitgewerkt en de drie weken die daarop volgde kon ik flink gasgeven. Er ontstond wederom een korte periode waarin ik meer kon nadenken en reflecteren over de laatste stappen in hoofdstuk 5 en 6. In die periode heb ik wat punten op de i gezet in de vorige hoofdstukken en ben ik gestart met de EML van de Executive MBA opleiding. Het was prettig om even uit te zoomen, alle reflecties van de afgelopen 3 jaar op een rij te zetten. Ik kwam op LinkedIn een zakelijk tekenaar tegen en kreeg het idee om een praatplaat te laten tekenen voor de Viva Voce.

Tijdens het intake gesprek met deze zakelijk tekenaar, moest ik een buitenstaander kort en bondig uitleggen wat het onderzoek inhield en welke inzichten ik heb gekregen. Dit was fantastisch, het gaf enorm veel inspiratie voor nieuwe ideeën en zelfs een nieuw inzicht. Deze heb ik dezelfde avond nog uitgewerkt en in het weekend daarna heb ik het onderzoek grotendeels afgemaakt. Dit proces heeft mij beter doen inzien, dat sparren met een buitenstaander altijd meer inzichten geeft. Het was mij al bekend vanuit bijvoorbeeld intervisie en zeker ook vanuit de Action Learning methode die we gebruiken bij Business School Nederland. Het verschil zat hem nu in het feit dat ik niet met een gelijkgestemde praatte, of een studiegenoot, of een collega. Ik werd door een zeer deskundig professional vanuit een geheel andere expertise bevraagd en moest daardoor direct antwoorden geven. Tijdens het praten verkreeg ik allerlei inzichten en leuke ideeën.

Ik kijk dan ook terug op een fantastische periode, waarin ik na 2 jaar gestructureerd en vol commitment studiedagen volgen, opeens op eigen karakter en doorzettingsvermogen een grote klus moest klaren. Onze subset heeft geregeld contact met elkaar gezocht, buiten de bijeenkomsten om. Van de 5 subsetleden was er 1 al heel snel klaar met z'n Dissertation, de tweede volgde kort daarop. Op dit moment ben ik samen met een ander subset lid de Dissertation aan het afronden en de laatste is minder ver. Desondanks helpen we elkaar gedurende het hele proces, ook als iemand al klaar is of zelf nog niet zover is. Dit zijn zeer waardevolle samenwerkingen.

Bibliografie

- Bakker, H. K. (2021). *Verkennde analyse VG7*. Utrecht: NZa.
- Bekum, K. M. (2021, november). Te ziek voor reguliere detentie, te gewelddadig voor de GGZ. *Research gate*, pp. 340-351.
- Bijker, P. (2009). *Inzicht in de kwaliteit van leven van psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Masterthesis Universiteit Ortopedagogiek.
- Cecilia Areberg, T. B. (2012). Experiences of the individual placement and support approach in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, pp. 1-8.
- Challinor, M. W. (2022). A Pilot Study of Service Utilisation Pathways of. *Cambridge University Press*, pp. S45-S46.
- Chapman, W. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, pp. 1147-1156.
- Chester, V. (2022, Juni). The Prevalence of Autism in the Criminal Justice System: A Systematic Review. *Cambridge University Press*, pp. S45-S46.
- Christensen, L. S.-R. (2020, Juli). The cost of mental disorders: a systematic review. *Cambridge University Press*, pp. 1-8.
- Embregts. (2019). *Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een*. Rotterdam: NVAVG.
- GGZ, N. (2018). *Factsheet Forensische Zorg*. Amsterdam: GGZ Nederland.
- Heck, d. V. (1996). *Quality of Life Questionnaire*. World Health Organisation (WHO).
- HMM, B. (2021). *Eindrapportage verkennde analyse VG7*. Utrecht: NZa.
- Hodgins, S. (1996, juni). Mental Disorder and Crime. *Arch Gen Psychiatry*, pp. 489-496.
- Linn, M. W. (1985, Mei). Effects of Unemployment on Mental and Physical Health. *American Journal of Public Health Vol. 75, No.5*, pp. 502-506.
- M. K. Christensen, C. C.-R. (2020). *The cost of mental disorders: a systematic review*. Cambridge University Press.
- Milieu, R. v. (2018). *Langdurige zorg in beweging*. Den Haag: Ministerie VWS.
- Nederland, Z. (2018). *Ziektelast in de praktijk*. Zorginstituut Nederland.
- Neijmeijer, M. V. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Nooij, M. d. (2021). *Maatschappelijke kosten-batenanalyse: Van Overleven naar Leven*. Gemeente Amsterdam.
- NZa. (2019). *Kerncijfers GGZ*. Utrecht: NZa.
- NZa. (2021, april). Kostenonderzoek Wet Zorg en Dwang. *Online publicatie*.
- Rijksoverheid. (2020). *Miljoenennota 2020*. Den Haag.
- Sport, M. V. (2021, mei). Personen met een WLZ indicatie psychiatrische stoornis 2021. *Monitor Langdurige Zorg*.

- Springvloet, v. S. (2020, Januari). Kwaliteit van leven van naasten van mensen met een beperking. *Tranzo, Scientific center for care and wellbeing, Verstandelijke Beperking*.
- Thornicroft G, T. B.-B. (2004, Augustus). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research Volume 69*, pp. 125-132.
- van der Wolf, R. G. (2022). *Binnen beeld buiten*. Leiden: Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leiden.
- Vektis. (2017). *Zorgthermometer GGZ: Inzicht in de geestelijk gezondheidszorg*. Utrecht: Vektis.
- Wang, F. C. (2022). Mental health services in Scandinavia and Eurasia: comparison of financing and provision. *International Review of Psychiatry*, pp. 1-10.
- WHO. (2017). *Monitoring mental health systems and services in the WHO European Region: Mental Health Atlas, 2017*.
- WHO. (2020). *Mental Health Atlas*.

Bijlagen

- Bijlage 1: Woonprofiel 't Kastheel
- Bijlage 2 A: Business Model Canvas 't Kastheel
- Bijlage 2 B: Value proposition 't Kastheel
- Bijlage 3: Conceptueel model
- Bijlage 4: Berekening ziektelast doelgroep
- Bijlage 5: Veldonderzoek Maatschappelijke prijslijst (totaal overzicht)
- Bijlage 6: Veldonderzoek jaarrekeningen benchmark (totaal overzicht)
- Bijlage 7: Datasheet Zorgkantoor inclusief analyse
- Bijlage 8: Goedkeuring probleemstelling Dissertation (08-05-2022)
- Bijlage 9: Verklaring relevantie werkgever (09-05-2022)
- Bijlage 10: Vragenlijst WHO-QoL BREF