

KLEINSCHALIG GROEPSWONEN IS NIET DUURDER

Is kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie duurder dan traditionele zorg? Deze vraag staat centraal in dit artikel. De vraag is actueel, omdat er met de snelle opkomst van kleinschalige zorg veel stemmen opgaan dat de huidige op traditionele verpleeghuiszorg toegesneden AWBZ vergoeding niet toereikend is. Er zijn ook organisaties die dat onzin vinden en zeggen goed uit te komen met de beschikbare budgetten.

Is het mogelijk enige helderheid te scheppen in deze discussie? Hieronder wordt dat geprobeerd. Aan de hand van een bestaande case worden kosten en bekostiging van traditionele versus kleinschalige zorg geanalyseerd.

Kleinschalige zorg heeft meer contacturen tussen medewerker en klant

Om te beginnen stellen we vast dat kleinschalige zorg meer handen aan het bed kost dan traditionele zorg. Er wordt veel belang gehecht aan het contact tussen bewoner en medewerker en de extra contacturen zijn daarvan een logisch en wenselijk gevolg. In een kleinschalige groepswoning is van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat minimaal één medewerker op een groep aanwezig is. Een groep telt circa zes bewoners. In de traditionele situatie telt een afdeling 30 bewoners en het aantal medewerkers haalt daar zelden de vijf.

Twee voorbeelden: de SVRZ in Zeeland houdt per groepswoning een dienst aan van 7.00 uur tot 15.00 uur, en een tweede van 14.45 tot 22.45 uur. Dagelijks is er gedurende vier uur per groepswoning extra assistentie. In de nacht ziet één nachtdienst toe op vier groepswoningen. De totale formatie is dan 20,5 fte, 0,85 fte per bewoner. In het hier besproken traditionele verpleeghuis wordt per groepswoning een dienst aangehouden van 7.30 tot 16.00 uur en van 15.30 tot 23.00. Per twee groepswoningen is er extra ondersteuning beschikbaar tussen 7.30 tot 11.30 uur. Ook hier is er één nachtdienst op vier groepswoningen. Alles opgeteld komen we tot 19,3 fte, oftewel 0,8 per bewoner. In een onderzoek uit 1999, waarin werd berekend wat de consequenties zouden zijn van het introduceren van kleinschalige zorg in De Hofstee te Rotterdam, kwam naar voren dat het aantal fte's met 26 zou toenemen (15%).

Overigens is het wel goed te beseffen wat de kosten van arbeid in Nederland zijn. Een medewerker in het midden van schaal 25 verdient inclusief onregelmatigheidstoeslag netto ongeveer € 1.460,00 per maand exclusief vakantiegeld. De maandelijkse loonkosten voor de organisatie zijn 2,2 maal hoger. Per effectief uur (bested aan de zorg voor de bewoner) kost deze medewerker € 26,20. De verschillen tussen de functiewaarderingsgroepen zijn niet eens zo groot. Tussen het midden van FWG 15 en 50 lopen de kosten per uur op van € 24,00 tot € 32,00.

Traditionele zorg geeft meer geld uit aan secundaire taken

In traditionele verpleeghuizen wordt meer geld uitgegeven aan ondersteunende functies. Verpleeghuizen zijn grote gebouwen. Er zijn veel installaties, veel algemene ruimten die moeten worden onderhouden, een keuken en daar komt alle logistiek nog eens bij. Bovendien brengt het medisch model met zich mee dat er in het gebouw nogal wat functie

gerichte ruimten zijn. Deze zijn voor medische, paramedische, sociale functies en kantoorfuncties.

Daarmee vergeleken is kleinschalig wonen verrassend eenvoudig. Geen centrale keuken, geen functieruimten, geen logistieke routes, geen activiteitenruimtes, geen vergaderlokalen en spreekruimtes. Een groepswoning is gewoon een woning, misschien ruimer van opzet dan waar u en ik wonen, maar in de kern hetzelfde: hal, keuken, bergruimte, woonkamer, eetkamer, slaapkamers, sanitair. In zo'n eenvoudige opzet zijn veel van de ondersteunende functies niet meer nodig. Vergeet niet dat in het kleinschalige concept het overgrote deel van de huishoudelijke taken wordt verricht door de groepsmedewerkers zelf. In het traditionele verpleeghuis zijn voor deze taken aparte diensten en medewerkers werkzaam.

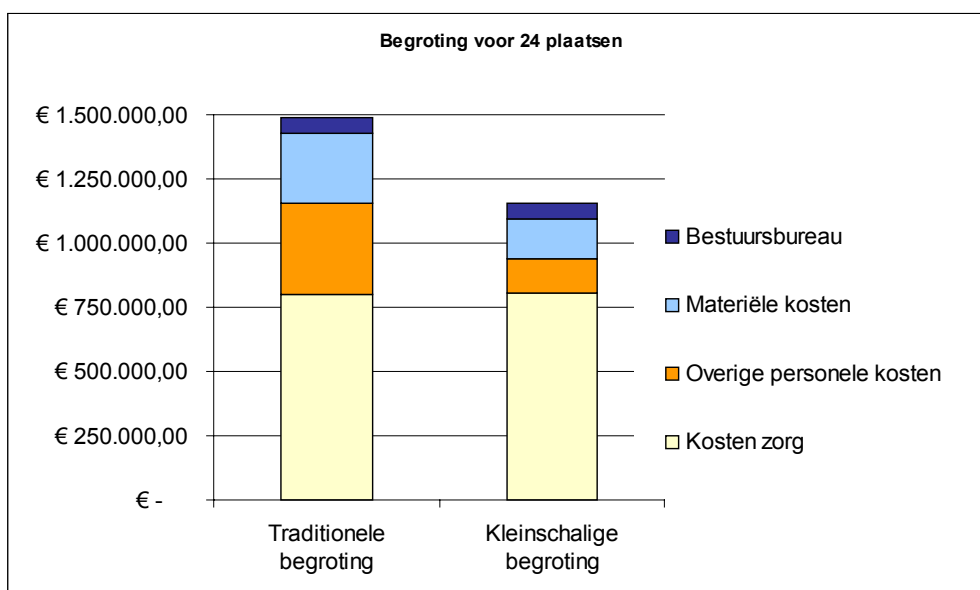
Ook de organisatorische opzet van een kleinschalig project is stukken eenvoudiger dan in het traditionele verpleeghuis. Teams in kleinschalige projecten zijn in zekere mate zelfsturend. Veelal werkt voor enige dagen per week een teamleider in de kleinschalige cluster en daarmee kan een veelheid aan praktische en organisatorische problemen het hoofd worden geboden.

Meer contacturen wegstrepen tegen minder secundaire taken

Het ligt voor de hand om kleinschalige projecten anders te begroten dan traditionele projecten. Meer handen aan het bed, minder ondersteunende diensten. Het één kan tegen het ander worden weggestreept. Kleinschalige zorg is dan niet duurder dan het grootschalige verpleeghuis, want de meerkosten van het extra personeel vallen weg tegen de minderkosten van ondersteunende diensten.

Ter illustratie een begroting van twee locaties van een organisatie in Huizen: de huidige grootschalige locatie – een 'traditionele begroting' – en een toekomstig kleinschalig project – een aangepaste begroting.

Figuur 1 Begroting van een traditioneel verpleeghuis en de begroting voor een kleinschalig project. Kapitaalslasten zijn buiten beschouwing gelaten.



In de grafiek zijn beide begrotingen 'vertaald' naar 24 plaatsen, waarbij de kapitaalslasten buiten beschouwing zijn gelaten. De grootschalige locatie, 85 plaatsen, werkt overigens al in woongroepen van zes. In de grafiek zijn de kosten voor het directe zorgpersoneel dan ook nagenoeg gelijk aan die van het kleinschalige project. Daarnaast levert de grootschalige locatie ook nog de producten dagbehandeling en verzorgingshuiszorg met een flink stuk aanvullende zorg. Kenmerkend voor de begroting van deze traditionele locatie is de interne substitutie: tekorten op de verpleeghuiszorg, die uit de grafiek hieronder ook zichtbaar zijn voor de goede lezer, worden goed gemaakt door overschotten op de andere producten. De bekostiging van het grootschalig project is intramuraal, die van het kleinschalige project is gebaseerd op het scheiden van wonen en zorg.

Uit de figuur valt op te maken dat de directe zorg in beide lokaties evenveel kost; beide lokaties werken immers kleinschalig. Maar tegelijk is zonneklaar dat er behoorlijk veel winst te behalen valt in de kosten voor het overige personeel en ook in de materiële kosten. Dit laatste hangt samen met het eenvoudige en extramurale karakter van het kleinschalige project: een gewoon huishouden draait goedkoper.

Hierboven is een onderzoek aangehaald naar De Hofstee. De hogere personele kosten die het gevolg zouden zijn van het switchen van traditionele naar kleinschalig zorg (15% meer fte's) konden volgens de onderzoekers worden gecompenseerd door te snoeien in facilitaire taken die in de nieuwe opzet overbodig worden.

Inzoomen op kostenposten

Er kan bespaard worden, is dus de boodschap. Maar dan moet een organisatie wel bereid zijn te snijden in diensten die niet nodig zijn. Dat is makkelijker gezegd dan gedaan. De activiteitenbegeleiding bijvoorbeeld: deze is uit de begroting van het kleinschalige project geschrapt. Doet men niet meer aan activiteitenbegeleiding? Natuurlijk wel, maar het is een onlosmakelijk onderdeel geworden van de alledaagse zorg. Activiteitenbegeleiders werken als groepsbegeleiders. De facilitaire dienst heeft nauwelijks een rol in het kleinschalige project. De 28 fte in de traditionele voorziening, waaronder de keuken en het restaurant, zijn daar niet nodig. Er wordt volstaan met een technisch medewerker voor 4 uur per week, en ten opzichte van andere kleinschalige projecten is dat nog riant. Overigens maakt het kleinschalige project ook gebruik van een schoonmaakdienst.

Een volgend onderdeel waar winst op valt te behalen zijn de administratieve en organisatorische functies. De begroting van het kleinschalige project heeft altijd nog 17 uur per week aan dergelijke functies begroot: administratie, opleidingsfunctionaris, personeelsfunctionaris, OR, management en ICT. Maar in de traditionele begroting zijn de kosten het dubbele.

Een laatste onderdeel waar mogelijk winst op te behalen is, maar wat in de begroting van het kleinschalige project niet is doorgevoerd, is behandeling. Op de begroting staan 13 uur per week voor psycholoog, fysiotherapeut, muziektherapeut, geestelijk verzorger, verpleeghuisarts en basisarts. Van de huisarts (het project is extramuraal) denkt men weinig gebruik te maken. De totale kosten van deze 13 uur komen overeen met de kosten in de traditionele voorziening.

Het expertisecentrum

De oplettende lezer zal aanvoeren dat in de kleinschalige begroting zoals hierboven is gepresenteerd allerlei functies zijn uitgehold die elders in de organisatie, bijvoorbeeld in een eventueel expertisecentrum, weer zullen opduiken en tot meer kosten zullen leiden. Die meerkosten moeten opgeteld worden bij de kosten van het kleinschalig wonen.

Voor een klein deel klopt deze redenering. De behandelaars bijvoorbeeld moeten toch ergens gehuisvest zijn en ze gebruiken computers, papier, instrumenten etc. Deze kosten moeten inderdaad doorberekend worden aan de kleinschalige projecten. Het slimst is deze kosten te verdisconteren in een intern tarief van de behandelaars. Maar heel veel andere ruimtes en ondersteuning die in het traditionele verpleeghuis standaard aanwezig zijn, zullen straks zijn verdwenen. Is er behoefte aan een mortuarium in het expertisecentrum voor al die kleinschalige klanten? Aan een fysiotherapie ruimte, een keuken en restaurant, behandelruimtes, vergaderruimtes voor het personeel dat er decentraal werkt? Nee, voor de kleinschalige projecten is dat alles niet nodig en de kosten kan men zich dus besparen.

Te mooi om waar te zijn

De eenvoud van het kleinschalige concept lijkt te mooi om waar te zijn. Waarom hebben we al die jaren, decennia, dan kosten gemaakt in verpleeghuizen die nu ineens niet nodig blijken te zijn? Mijns inziens is het uitgavenpatroon van verpleeghuizen voortgekomen uit de ziekenhuistraditie. In de ontstaanstijd van de verpleeghuizen lag de nadruk veel meer dan nu op revalidatie en lang verblijf in verband met somatiek. De aandacht en inzet is gaandeweg verschoven naar de psycho-geriatrie, maar zonder daarbij het automatisme van het medische model ter discussie te stellen.

De budgetten zijn momenteel voldoende

We hebben hierboven gekeken naar de kostenkant en niet naar de inkomstenkant. De inkomstenkant komt nu aan de orde.

Er zijn verschillende bekostigingsvarianten. Op de eerste plaats het volledige AWBZ pakket. De aanvaardbare kosten voor het kleinschalige project van 24 plaatsen zouden ongeveer € 1.298.000,- bedragen. De kosten van € 1.157.000,- (zie de grafiek hierboven) zijn ruim gedekt en er blijft geld over om de aanloopkosten te financieren.

Bovenstaande berekening is fictief. Het kleinschalige project zal namelijk bekostigd worden uit de extramurale zorg. Het totale zorgbudget is de optelsom van de individuele indicaties van de bewoners. Dit voelt niet goed, want er is geen zekerheid dat de indicaties en de daarbij horende zorguren en tarieven de totale kosten dekken. Uit de ervaring van een project in Amsterdam blijkt het echter goed uit te kunnen: vier groepswooningen van zes, dus even groot als ons kleinschalige project. Het Amsterdamse voorbeeld heeft in 2005 zijn deuren geopend. Een momentopname begin 2007 geeft ons informatie over de indicaties van 23 bewoners. De indicaties betreffen de functies ondersteunende begeleiding (algemeen en dagbehandeling), persoonlijke verzorging en verpleging. De indicaties lopen zeer uiteen. Telt men alles op, dan komt men op een gemiddelde bandbreedte per persoon van 4,5 – 7,1 uur per week voor ondersteunende begeleiding, 0,8 uur voor dagbehandeling, 9,0 – 12,2 uur voor persoonlijke verzorging en 1,7 – 3,6 uur voor verpleging. Opgeteld is dat een bandbreedte van 15,9 – 23,7 uur. In geld uitgedrukt: € 38.064,00 - € 57.668,00 per persoon per jaar. Houden we het gemiddelde aan plus

een bezettingsgraad van 98,5%, dan is het budget voor 24 bewoners € 1.131.500,- per jaar. De kosten bij scheiden van wonen en zorg worden niet alleen gedragen door de AWBZ, maar ook door de bewoner zelf (huishouden). Nog weer een deel van de kosten valt onder de zorgverzekering (hulpmiddelen, medicijnen, huisarts). In het geval van het kleinschalige project praten we over € 123.400,- kosten voor de bewoners (exclusief huur) en € 29.000,- kosten voor de zorgverzekering. Totale inkomsten zijn € 1.284.000,-. Dit wijkt nauwelijks af van de hierboven berekende aanvaardbare kosten zoals die gelden in het geval het project intramuraal zou worden bekostigd. Afgezet tegen de eerder begrote kosten van € 1.157.000,- rest er een positief saldo van € 127.000,-.

De werkelijkheid

Het kleinschalige project moet nog starten. De kosten kunnen te hoog maar ook te laag zijn ingeschat. De inkomsten idem dito. Uit ervaringen elders is wel bekend dat het ziekteverzuim – ingecalculeerd in de begroting! – over het algemeen lager uitvalt bij kleinschalige projecten. Maar daar staat tegenover dat de begroting uitgaat van een perfecte match van dienstroosters en arbeidsmarkt. Als die perfecte fit niet haalbaar is, kunnen de kosten snel oplopen. Ook van belang: de kosten van de nachtdienst tikken in een kleinschalig project relatief hard aan.

Een tweede probleem waar men tegenaan kan lopen, is een moeizame start. Hierover hoort men heel verschillende geluiden, organisaties die zich stuk lopen in het op gang krijgen van kleinschalige zorg, maar ook organisaties die met succes een gezonde kleinschalige cultuur in het leven weten te roepen. De aanloopkosten van een project moeten niet worden onderschat. Voor en na de start behoeft een kleinschalig project extra begeleiding omdat de zorgprocessen ingrijpend veranderen: van arbeidsdeling naar integraal werken, van eten, wassen, plassen naar begeleiding, van star naar flexibel, van automatische piloot naar intrinsieke motivatie.

De praktijk kan ook nog eens tegenzitten: lage indicaties, hoge kosten bijvoorbeeld. Er zijn dus risico's verbonden aan een kleinschalig project.

Zorgzwaartebekostiging en Volledig Pakket Thuis

Binnenkort start het proefdraaien met de zorgzwaartebekostiging. Intramurale cliënten krijgen voortaan een indicatie die afhangt van hun zorgvraag, die wordt uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (zzp). De voorlopige prijzen van de zzp's zijn onlangs bekendgemaakt. Stel dat 75 procent van de cliënten zzp 5 heeft en de rest zzp 4 – een realistisch scenario –, dan is het totale budget voor ons project (exclusief kapitaallasten) 1.135.500 euro. Het houdt niet over – klein verlies, behoorlijk risico –, maar het kan net.

Een cliënt kan er voor kiezen om een "Volledig Pakket Thuis" (VPT) te nemen: dat is een volledig intramuraal AWBZ pakket minus de huisvesting. Kleinschalige projecten krijgen er naast de intramurale bekostiging en het scheiden van wonen en zorg dus een derde bekostigingsvariant bij, het VPT. Het is nog de vraag of dit VPT voldoende inkomsten genereert om een kleinschalig project te kunnen draaien.

Wie praat er over "kosten"?

Stel, we hebben een project dat financieel redelijk draait op "Volledig Pakket Thuis". Wat te doen als het project ineens te maken krijgt met een grote instroom van cliënten met

slechts een ZZP4 indicatie? De inkomsten zakken sterk weg, want aan ZZP4 hangt een lager prijskaartje dan aan ZZP5. Hoe moet dat dan met de bezetting van die groepswoningen? Moeten de bewoners dan maar een deel van de dag zonder begeleider doorbrengen? Kolder natuurlijk. Op de keper beschouwd: we praten over kosten van kleinschalige versus traditionele zorg alsof er een soort eenheid van product is met een bepaalde productprijs. Uit bovenstaand fictief scenario van een "ZZP-dip" blijkt dat in ieder geval niet. De zorgzwaarte van bewoners van het kleinschalige project heeft hooguit marginale invloed op de kosten. Het *project* heeft een kostprijs, niet het *kleinschalige bed*. In een traditioneel verpleeghuis is het niet anders. De band loopt nu eenmaal, ongeacht wie er op en af rollen. Uitgavenpatronen van verpleeghuizen verschillen, maar het is wel "opvallend" dat zij allemaal ongeveer op hetzelfde totaalbedrag per bed uitkomen. Of... misschien toch niet zo toevallig? Het budget is immers bekend, dus de kosten pas je daar op aan! Nog een reden om te twijfelen aan de bewering dat kleinschalige zorg duurder is dan traditionele verpleeghuiszorg.

Conclusie

"Kleinschalige zorg in groepswoningen voor dementerenden is duurder dan het traditionele verpleeghuis", die bewering valt vaak te beluisteren. Zonder de problemen van kleinschalig groepswonen te willen bagatelliseren, lijkt deze bewering toch onjuist. Kleinschalige zorg maakt meer kosten voor handen aan het bed, inderdaad. Maar traditionele zorg maakt weer meer kosten voor ondersteunende taken. De kosten van extra handen aan het bed kan je wegstrepen tegen de winst van minder ondersteunende diensten. Nodig is wel dat ondersteunende diensten daadwerkelijk uit de begroting en organisatie verdwijnen; de organisatie moet worden aangepast aan de nieuwe werkelijkheid.

Henk Nouws, Ruimte voor Zorg, www.ruimtevoorzorg.nl

1 juli 2007

Een verkorte versie van dit artikel is verschenen in *ZorgVisie*, augustus 2007