

Maatschappelijke business case kleinschalige ouderinitiatieven voor bewoners met ASS en VG

Waarde voor de bewoner en waarde voor de samenleving

April 2014



Voorwoord

De maatschappij verandert, en de burgers veranderen mee. Niet omdat dat van boven opgelegd wordt, maar omdat mensen zelf zien dat het nodig is, en zij de regie in eigen hand willen houden. In Brabant werken we op veel gebieden al jaren zo, en dat werpt zijn vruchten af.

Ook in de zorg zien we nieuwe initiatieven komen. Zoals bijvoorbeeld de zorgcoöperatie in Hoogeloon, waar de inwoners van het dorp als onderdeel van het integraal dorpsontwikkelingsplan (idop) de handen ineen hebben geslagen en zelf zorg inkopen en verlenen. Ze doen zelf wat kan, en waar nodig huren ze professionele hulp in.

Ook ouders wachten niet lijdzaam af wat er allemaal gaat gebeuren, maar zijn zelf aan de slag gegaan voor zorg voor hun kinderen. De invoering van het persoonsgebonden budget heeft ervoor gezorgd dat een groot aantal ouderinitiatieven is ontstaan. Ouderinitiatieven zijn kleinschalige particuliere woonvormen voor mensen met een beperking. Een groep ouders/ vertegenwoordigers bundelt de krachten (en geld) om woonruimte met zorg te realiseren. Deze ouders nemen nadrukkelijk zelf het heft in handen om huisvesting met zorg op maat voor hun kinderen te organiseren. Innovatie van de zorg, door participatie van ouders.

Dat dit grote voordelen heeft, mag duidelijk zijn. Ouders geven aan dat de kinderen die hier gebruik van maken actiever meedoen in de samenleving, en dat er een intensievere relatie is tussen bewoners en begeleiding. Daardoor zijn de kinderen gelukkiger en meer tevreden.

Maar in de onderhandelingen met diverse partners (onder wie bijvoorbeeld zorgverzekeraars) is het ook heel prettig om de meerwaarde met cijfers aan te kunnen tonen. Daarom is de maatschappelijke business case die u nu in handen heeft opgesteld. Om al die voordelen in cijfers uit te kunnen drukken.

Als provincie hebben we daar graag onze steun aan gegeven, want de provincie is trots op de ouderinitiatieven en voorziet hen graag van handvatten bij de verdere ontwikkeling hiervan. Met deze business case geven we mensen een instrument in handen waarmee zij goed zijn toegerust om met partners in gesprek gaan. Zodat ze, nog meer dan voorheen, de regie in eigen handen kunnen nemen of houden. Daarmee kan dit onderzoek gezien worden als uniek en van grote toegevoegde waarde.

Brigite van Haften-Harkema
Gedeputeerde Cultuur & Samenleving
Provincie Noord-Brabant

Provincie Noord-Brabant



Samenvatting

Om te komen tot een integrale en brede kosten-baten analyse van kleinschalige ouderinitiatieven voor bewoners met een autisme spectrum stoornis (ASS) of een verstandelijke beperking (VG) is een maatschappelijke business case (mBC) opgesteld. In deze mBC worden, door middel van een gestructureerde methode, vier onderling verbonden perspectieven uitgewerkt.

Perspectief 1 – Bewoners

Uit de verhalen van de bewoners van kleinschalige ouderinitiatieven komt één aspect zeer nadrukkelijk naar voren: de eigen regie die de bewoners hebben. Dit wordt door iedereen gewaardeerd, hoewel het ook wel een spannend aspect is. De zorg die de bewoners ontvangen is gericht op wat de bewoners wel kunnen, terwijl er tegelijkertijd voldoende ondersteuning is bij de aspecten in het leven waar de bewoners moeite mee hebben. De zorg die geboden wordt is niet belerend of overnemend, maar ondersteunend om ervoor te zorgen dat de bewoners zo gewoon mogelijk kunnen wonen en leven. Op deze manier ondersteunt de zorg de individuele mogelijkheden tot groei. 'Ondersteuning waar nodig, zelfstandig waar mogelijk', is het devies.

Verder hebben de bewoners veel contact met elkaar en met de begeleiding. Er wordt een band opgebouwd met elkaar en met de medewerkers, wat voor bewoners met autisme een groot goed kan zijn. De medebewoners vormen een stabiele omgeving. Zeker in vergelijking met wonen bij de ouders, biedt dit een goede mogelijkheid om te leren omgaan met medebewoners en op die manier het vermogen om sociale contacten op te bouwen en te onderhouden verder te vergroten.

Voor de bewoners is de stap van thuiswonend (bij de ouders) naar zelfstandig wonen te groot. Een ouderinitiatief, waarbij de zorgfocus gericht is op zelfstandigheid, kan de deur naar zelfstandig wonen met begeleiding openzetten. Daarnaast is er ook een gevoel van 'eigen'. Juist doordat de ouders zelf hard gewerkt hebben voor het initiatief – en dit ook overdragen op hun kinderen – is er meer waardering voor het initiatief, voor hetgeen er allemaal geboden wordt.

Tenslotte benoemen de bewoners ook de zorgbelasting voor het thuisfront. Er wordt aangegeven dat de zorgbelasting afgenomen is sinds de bewoners niet meer thuiswonend zijn en dat daar de ouders, de broers en zussen én de bewoners zelf van profiteren.

Perspectief 2 – Business Model

Het unieke van de ouderinitiatieven voor bewoners met ASS of VG is de betrokkenheid van de ouders: de ouders zijn initiatiefnemer en hebben de regie en de verantwoordelijkheid voor zowel het proces als het project.

De geleverde zorg wordt ingekocht bij een zorgorganisatie, waarmee het ouderinitiatief een zakelijke relatie heeft. Met de medewerkers zelf bestaat een meer persoonlijke relatie. Aangezien de medewerkers zelf op wat meer afstand staan van de 'grote zorgorganisatie', hebben zij meer eigen verantwoordelijkheid en een sterke betrokkenheid bij hun 'eigen' werkomgeving. Dit alles zorgt er ook voor dat zorg op maat geleverd kan worden. De sterke betrokkenheid van de ouders brengt met zich mee dat er intensieve informele zorg en mantelzorg geboden wordt en dat dit geborgd wordt richting de toekomst.

Het streven van het ouderinitiatief is dat de bewoners zo actief mogelijk meedoen in de samenleving. Dit komt ook terug in de zorg: er is een sterke focus op de regie over eigen leven en de eigen kracht van bewoners: 'zorg waar nodig, zelfstandig waar mogelijk'.

De zelfstandigheid wordt verder versterkt door het feit dat de initiatieven lokaal ingebed zijn, waardoor het optimaal inspeelt op de zogenaamde participatiemaatschappij. De ouders en bewoners komen vaak uit dezelfde buurt als waar het initiatief opgericht is,

waardoor de lokale bekendheid groot is. De bewoners worden hierdoor meer en gemakkelijker opgenomen in de buurt. Daarnaast zijn de initiatieven ook een organisatie op zichzelf, in plaats van een locatie binnen een groter geheel. Dit maakt dat er meer ruimte is voor eigen initiatief, eigen inbreng en een sterke 'couleur locale'.

Perspectief 3 – Financiën

Het is ingewikkeld om een gedegen financiële fundering onder kleinschalige ouderinitiatieven te hebben. Tegenover ieder initiatief met een sluitende exploitatie staat een initiatief dat financieel tekort komt.

Voordeel voor de initiatieven is dat ze klein en wendbaar zijn en daardoor snel in kunnen spelen op veranderingen. Daarnaast zijn, door de betrokkenheid van ouders en de sterke lokale verbondenheid, de initiatieven beter in staat om gelden van derden aan te trekken (bijvoorbeeld sponsoring).

Het nadeel is echter dat de kleinschaligheid ook zorgt voor 'minder vet op de botten', waardoor tegenvallers minder goed opgevangen kunnen worden. Ook worden veel initiatieven bestuurd door betrokken ouders en geen zorgprofessionals. Doordat ouders niet fulltime bezig zijn met de laatste financiering en beleidsontwikkelingen noch beleidsmedewerkers in dienst hebben, ontstaat het risico dat men niet continu op de hoogte is van deze ontwikkelingen. Gezien de grote hoeveelheid wijzigingen op het gebied van zorgfinanciering is inzicht hierin noodzakelijk, om zo tijdig te kunnen reageren.

De laatste jaren wordt de huidige verzorgingsmaatschappij omgevormd naar een participatiemaatschappij. Hiermee hangt het risico samen dat de toekomstige financiering krappert. Een hoog niveau van kennis, de mogelijkheid tot aanpassing van de eigen organisatie en slagkracht richting de financiers wordt dan ook van belang om goed om te gaan met deze ontwikkelingen.

Perspectief 4 – Maatschappelijke Baten

De maatschappelijke baten van kleinschalige ouderinitiatieven zijn divers. Zo participeren de bewoners meer in de maatschappij en hebben zij een stabiele woon- en leefomgeving. Hierdoor hebben zij meer sociale contacten en ervaren zij meer geluk. De zorgmedewerkers zijn meer betrokken bij hun werk en ervaren mede daardoor een hogere tevredenheid. De ouders zijn minder belast en hebben meer zeggenschap en betrokkenheid bij de zorg. De woningcorporaties hebben de kans om hun vastgoed op efficiënte en maatschappelijke wijze in te zetten. Gemeentes tenslotte ervaren meer sociale cohesie en minder eenzaamheid bij buurtbewoners.

Naast kwalitatieve baten, is de opbrengst van goede zorg ook uit te drukken in een financiële waarde. Er zijn verschillende maatschappelijke baten die aantoonbaar een financiële waarde vertegenwoordigen. Wanneer deze baten – eigen regie, meer (in)formele zorg, minder ervaren zorgbelasting, minder verloop en ziekteverzuim en de eigen inzet van ouders bij oprichting – omgezet wordt naar euro's, vertegenwoordigd dit een waarde van €12.856 per bewoner per jaar.

Naast alle voordelen van de kleinschalige ouderinitiatieven zijn er ook enkele aspecten die de kracht van de initiatieven kunnen verminderen. Zo kan de inzet van ouders voor spanning zorgen als zij te betrokken zijn en is voor de bewoners onzeker hoe de toekomst zich ontwikkelt als meerdere ouders tegelijkertijd uit de stichting of de vereniging stappen. De medewerkers ervaren het alleen werken ook als nadeel en de gemeente zet vraagtekens bij de uitgaven die hen ten deel vallen. Tenslotte is de verhuur van vastgoed uitdagend door minder toekomstige garanties.

De toekomst in

Vanuit de praktijk zijn er meerdere succesfactoren te benoemen en aanbevelingen te doen. De belangrijkste hiervan zijn:

- Stuur op een gezonde exploitatie
- Beperk de leegstand
- Betrek de gemeentes
- Centraliseer kennis
- Streef naar zakelijkheid
- Wees voorbereid op exit scenario's
- Plan de toekomst
- Onderzoek het geluk

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding tot een maatschappelijke business case	1
1.2	Opzet kleinschalige ouderinitiatieven	1
1.3	Achtergrond van vraagstelling	1
1.4	Methodologie	2
1.5	Regionaal opgesteld en landelijk toepasbaar	3
1.6	Leeswijzer	3
2	Cliëntperspectief	4
2.1	Cliëntverhalen	4
2.2	Kleinschalige ouderinitiatieven door de ogen van de bewoners	5
3	Business Model	7
3.1	Levensfasen van kleinschalige ouderinitiatieven	7
3.2	Opbouw business model	8
3.2.1	Cliëntsegment	9
3.2.2	Cliëntrelatie	10
3.2.3	Kanalen	10
3.2.4	Activiteiten	10
3.2.5	Middelen	10
3.2.6	Partners	11
3.2.7	Waardepropositie	11
4	Organisatorische case	12
4.1	Financiële exploitatie ouderinitiatief	12
4.2	Toekomstbeeld vol uitdagingen	14
4.3	Conclusies	15
5	Maatschappelijke case	16
5.1	Maatschappelijk rendement	16
5.2	Kwalitatieve baten	16
5.3	Kwantificering kwalitatieve baten	18
5.3.1	Bewoners: eigen regie	18
5.3.2	Bewoners: meer formele zorg	19
5.3.3	Bewoners: meer informele zorg	20
5.3.4	Ouders: minder ervaren zorgbelasting	20
5.3.5	Medewerkers: minder verloop	21
5.3.6	Medewerkers: minder ziekteverzuim	21
5.3.7	Overig: eigen inzet bij oprichting	22
5.4	Overzicht	22
5.5	Meer dan rozengeur en maneschijn: een kritische kanttekening	23
5.6	Conclusies	24
6	Conclusie: maatschappelijke Business Case	25
6.1	Terug naar de kern: de bewoner	25
6.2	De mBC: Organisatorische en Maatschappelijke case	25
6.3	Succesfactoren, aandachtspunten en aanbevelingen	26
	Bijlage 1 Geraadpleegde deskundigen	29

Bijlage 2	Overzicht van deeltappen	30
Bijlage 3	Business Model Canvas kleinschalige ouderinitiatieven	31

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot een maatschappelijke business case

Een maatschappelijke business case (mBC) is een gestructureerde methode waarmee verschillende perspectieven gecombineerd worden om te komen tot een integrale en brede kosten-baten analyse. Door de combinatie van het perspectief van de bewoner, de waardepropositie van kleinschalige ouderinitiatieven, de financiële achtergrond én de maatschappelijke baten, ontstaat een omvattend beeld waarmee een initiatief met een brede blik bekeken wordt.

In deze mBC komen daarmee het economische én het maatschappelijke nut samen. De verschillende baten worden gekwantificeerd door het gebruik van schattingstechnieken, onderzoek en expert opinions.

De mBC geeft inzicht in de reële kosten van de activiteiten van de kleinschalige ouderinitiatieven. Daarnaast geeft zij de potentiële waarde in maatschappelijke baten weer. Hiermee krijgen stakeholders en (potentiële) financiers een breed en concreet inzicht in het functioneren en de positieve effecten van kleinschalige ouderinitiatieven.

1.2 Opzet kleinschalige ouderinitiatieven

Kleinschalige ouderinitiatieven zijn initiatieven die door of met ouders¹ zijn gestart om een kleinschalige woon- en zorgomgeving voor hun kind te creëren. Het doel van deze initiatieven is om samen met andere ouders een kleinschalige woonvoorziening – voor zo'n 6 tot 20 kinderen – te realiseren.

Drijfveren achter een ouderinitiatief liggen vaak op gebied van zorg en/of huisvesting. Ouders zijn op zoek naar een woonvorm die het beste past bij hun kind en waar zij als ouders een maximale inbreng in hebben, met professionele ondersteuning van een zorgorganisatie. Het kan zijn, dat ouders zorg of huisvesting zoeken die nog niet aangeboden wordt en als reactie daarop zelf de touwtjes in handen willen nemen. Een andere mogelijkheid is, dat ouders en/of kind niet de zorg volledig uit handen wensen te geven aan een (grootschalige) reguliere zorgorganisatie, maar wel nauw betrokken wensen te blijven bij de zorg. Hiermee kunnen de ouders de zorg meer richten op de manier zoals zij dat wensen voor hun kinderen.

Tevens wordt de term wooninitiatief vaak gebruikt. Het verschil tussen wooninitiatieven en ouderinitiatieven wordt gelegd in de oorsprong en drijvende kracht: bij ouderinitiatieven zijn dit de ouders van de (toekomstige) bewoners, bij wooninitiatieven kan dit ook een zorgorganisatie zijn. Hiermee is ieder ouderinitiatief een wooninitiatief, maar is het omgekeerde niet altijd het geval.

1.3 Achtergrond van vraagstelling

De ouderinitiatieven zijn vanaf medio 2000 in opkomst. De meerwaarde van de ouderinitiatieven wordt gevoeld en gewaardeerd door stakeholders, maar is lastig te vertalen naar data en cijfers. Dit kwam onder meer naar voren uit de werkconferentie 'Samenwerken in een veranderende context', georganiseerd door Regionaal Platform 'De Sleutel tot Wonen' en MEE Zuidoost Brabant op 29 mei 2013. De provincie Noord-Brabant heeft deze vraag opgemerkt en besloten hierop te reageren. Omdat de provincie de ouderinitiatieven wil ondersteunen en van handvatten wil voorzien, heeft zij besloten tot een onderzoek waarin de stand van zaken, maar ook de maatschappelijke baten van

¹ Het woord 'ouder' wordt veelvuldig gebruikt in deze business case. Uiteraard kan dit ook worden gelezen als 'vertegenwoordiger' of 'initiatiefnemer'.

ouderinitiatieven geschetst wordt. Middels onderliggende maatschappelijke business case wordt deze vraag beantwoord.

Doelgroep

Er bestaan particuliere ouderinitiatieven voor verschillende doelgroepen, maar de twee meest voorkomende ouderinitiatieven zijn:

1. Bewoners met autisme en een normale begaafdheid (ASS)
2. Bewoners met een verstandelijke beperking (VG).

De business case richt zich dan ook op deze twee doelgroepen, waarbij uitgegaan wordt van bewoners van 18 jaar en ouder.

1.4 Methodologie

Voor het opstellen van de maatschappelijke business case is gebruik gemaakt van een combinatie van methoden, waaronder een panel van deskundigen dat meermaals bijeen is geweest en een nationale en internationale literatuurstudie.

- *Eerste bijeenkomst*
Tijdens deze eerste bijeenkomst van het deskundigenpanel is allereerst de opbouw van de mBC neergezet. Daarna is gezamenlijk inhoud gegeven aan het business model. Het business model is op basis hiervan aangescherpt.
- *Tweede bijeenkomst*
Tijdens de tweede bijeenkomst is het aangescherpte business model gepresenteerd. Vervolgens is gekeken naar de maatschappelijke baten. Dit heeft geleid tot een uitgebreid overzicht van de maatschappelijke baten die ouderinitiatieven opleveren.
- *Overleg met de gemeentes*
Met gemeentes is een separaat gesprek gevoerd. Ook hierin is gekeken naar de meerwaarde van ouderinitiatieven voor gemeentes en de maatschappelijke baten.
- *Derde bijeenkomst*
De derde bijeenkomst stond in het teken van de kwantificering van de maatschappelijke baten. Op basis van onderzoek zijn verschillende baten bepaald. De gebruikte baten, de aannames en de rekenmethodes zijn uitgebreid toegelicht. Het resultaat is dat de aannames herkend en onderschreven zijn door de deelnemers.

In bijlage 1 is een overzicht weergegeven van de aanwezigen tijdens de bijeenkomsten.

- *Contact met deskundigen*
Gedurende het traject is voor specifieke vragen rechtstreeks contact opgenomen met één of enkele van de deskundigen. Ook MEE heeft gedurende het proces uitvoerig meegewerkt aan de mBC.
- *Literatuurstudie*
Onderliggend aan het gehele proces ligt een literatuurstudie. Aangezien onderzoek naar ouderinitiatieven voor de genoemde doelgroepen schaars bleek, is de zoektocht verbreed naar wooninitiatieven voor alle mogelijke doelgroepen – waaronder bijvoorbeeld dementie – én naar kleinschalig wonen. Alle bronnen zijn indien noodzakelijk vertaald naar de specifieke vraag van deze mBC. De gebruikte literatuur is te vinden in de voetnoten.

1.5 Regionaal opgesteld en landelijk toepasbaar

Een belangrijke eigenschap van kleinschalige ouderinitiatieven is de 'couleur locale'. Dit onderscheidt hen van andere initiatieven én van de reguliere zorg, maar zorgt ook voor de unieke inrichting waardoor bewoners, medewerkers en ouders optimaal functioneren. Met deze mBC wordt de kern van het business model van de kleinschalige ouderinitiatieven verhelderd. Er is in kaart gebracht waar en hoe er waarde gecreëerd wordt en wat dit betekent voor het concept van de kleinschalige ouderinitiatieven.

In Nederland zijn tientallen verschillende kleinschalige ouderinitiatieven, variërend in oorsprong, doelgroep en opzet. Ieder initiatief is uniek en voor ieder initiatief is dit unieke een belangrijk onderdeel van haar waardepropositie. Met deze mBC wordt de rode lijn weergegeven die de initiatieven met elkaar verbindt. Dit wil niet zeggen dat individuele kleinschalige wooninitiatieven geen afwijkende keuzes kunnen (of soms moeten) maken.

De maatschappelijke business case is opgesteld in opdracht van de provincie Noord-Brabant, met behulp van deskundigen uit dezelfde provincie. De gebruikte literatuur is daarentegen nationaal en internationaal. Op een enkel element is de gebruikte data specifieke toegespitst op de Brabantse situatie, te weten de groeps grootte van de initiatieven. Afgezien daarvan geeft de maatschappelijke business case een landelijk beeld weer en is zij breed inzetbaar.

1.6 Leeswijzer

De maatschappelijke business case is opgebouwd uit vier onderling verbonden perspectieven. Deze komen samen in één kosten-baten afweging voor de kleinschalige ouderinitiatieven. De structuur van deze opbouw is in onderstaande figuur weergegeven:



Figuur 1 – Opbouw maatschappelijke Business Case

In hoofdstuk 2 worden de kleinschalige ouderinitiatieven beschreven vanuit de ogen van de cliënt, de bewoner. Hiermee wordt inzicht gegeven in de wijze waarop de kleinschalige ouderinitiatieven de behoeften van de bewoners vervullen en hoe zij waarde creëert bij het verlenen van zorg aan bewoners.

Hoofdstuk 3 beschrijft het business model: wat zijn de kleinschalige ouderinitiatieven wel, wat niet en waar wordt de waarde gecreëerd? In dit hoofdstuk zijn de diensten, de doelgroep en de waardepropositie van de kleinschalige ouderinitiatieven beschreven.

In hoofdstuk 4 wordt de organisatiecase weergegeven. Zoals bovenstaande figuur weergeeft, is de organisatiecase een afgeleide van het business model. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de organisatie en de financiële situatie van de initiatieven.

De maatschappelijke case wordt in hoofdstuk 5 verder toelicht. Hierin wordt zowel op kwalitatieve als kwantitatieve wijze inzichtelijk gemaakt welke maatschappelijke baten de kleinschalige ouderinitiatieven realiseren.

In hoofdstuk 6 komen tenslotte de vier perspectieven samen in de maatschappelijke business case. Hierin worden de verschillende lijnen verbonden en worden conclusies getrokken. Ook worden enkele aanbevelingen gedaan voor de toekomst van de ouderinitiatieven.

2 Cliëntperspectief

2.1 Cliëntverhalen

De cliënten, de bewoners, zijn de kern van het ouderinitiatief. Het is dan ook van cruciaal belang om hun mening voorop te laten staan bij het opstellen van een maatschappelijke business case. Onderstaand worden verschillende bewonersverhalen weergegeven. Deze zijn één-op-één weergegeven zoals de bewoners het zelf hebben verteld of geschreven.

Vrouw, 31 jaar, 2 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met ASS

“ Ik heb voldoende ruimte om zelfstandig te wonen, met behoud van eigen regie en vrijheid. Als voorbeeld; Ik hoef geen tijd af te spreken met de begeleiding wanneer ik in de avond thuis moet zijn. Ik heb een eigen sleutel en beslis zelf.

Hulp is aanwezig op de momenten dat ik dit nodig heb. Binnen andere woonvormen is mijn ervaring dat begeleiding meer de baas was. Begeleiding binnen het ouderinitiatief is een aanvulling. ”

Man, 26 jaar, 2 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met een lichte tot matige verstandelijke beperking

“ Ik woon nu zo'n 2 jaar in een wooninitiatief. Ik vind het fijn om daar te wonen.

Wat heb ik er naar uit gekeken om daar te gaan wonen. Ik heb het helemaal naar mijn eigen smaak ingericht en heb het helemaal naar mijn zin.

Toen de dag was aangebroken vond ik het heel spannend, hoe zal het gaan en zal ik geen heimwee krijgen naar thuis want daar werd alles voor mij geregeld, maar dat was niet het geval. Ik ga elke dag werken bij de WVK-groep [sociale werkvoorziening - EY] en dat vind ik heel fijn om daar te werken.

Maar als ik thuis kom van mijn werk meld ik mij even eigen aan bij de begeleidingen en even praten we wat er allemaal is gebeurd die dag dat vind ik wel prettig en dan ga ik aan mijn eten beginnen.

Na mijn werk begin ik zelf mijn eten koken en mijn appartement te poetsen en dan ook nog de was doen. Ik kan niet lezen of schrijven daarom hebben ze allemaal pictogrammen gemaakt en dat vind ik heel fijn en kan ik nog van alles leren om het zelf te doen. 1x per week ga ik gezamenlijk koken en eten want even met andere te koken en te eten en even bij te praten, dat vind ik wel prettig. Samen met de begeleiding maken we een boodschappenlijst en dan gaan we samen naar de winkel om de boodschappen te doen, als we terugkomen van boodschappen doen ruimen we samen alles op. Samen met de begeleiding doen we nog mijn bed verschoneren. 2x per week heb ik mijn eigen individuele gesprekken met de begeleiding, valt het niet altijd mee hoe ik om moet gaan met andere, maar met de begeleiding hebben gesproken gaat dat heel wat beter. dat heb ik wel nodig om alles goed te kunnen doen en als er iets fout is gegaan dan kan de begeleiding daar heel goed in begeleiden. Op mijn weekkalender krijgt ik foto's om te zien met wie ik een individueel gesprek heb in die week. 1x per week voor het boodschappen doen met de begeleiding (omdat ik niet kan lezen of schrijven en ook niet kan pinnen, want ik kan niet zeggen hoeveel geld dat het is) maken ze eerst mijn bed mee op. Zaterdags wordt de was samen gestreken en mijn schoenen gepoetst er wordt eens om de 2 weken wordt er eens een keertje extra gepoetst en dat vind ik heel fijn. Er wordt ook door de begeleiding 1x per maand een activiteit gedaan en dat vinden we allemaal wel fijn om te doen met elkaar. Zoals ik al gesproken heb gaat het buiten verwachting goed met mij en ook met de begeleiding. Ook dat vinden mijn ouders mijn broer en mijn schoonzus dus ook dit hadden ze zo niet verwacht. Daarom is het zo goed dat er een wooninitiatief is. ”

Vrouw, 38 jaar, 3 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met ASS

“ Ik woon zelfstandig en dit is fijn voor mij, maar ook voor mijn ouders. Ik heb meer tijd voor mijzelf en zij hebben meer tijd voor henzelf en elkaar. De zorg en begeleidingstaken zijn meer overgedragen aan begeleiding. Ik ervaar het contact met medebewoners als prettig m.b.t. sociale activiteiten. ”

Man, 28 jaar, 2 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met ASS

“ Ik zie dit als een mooi tussenstation naar eventueel zelfstandig wonen. Ik ervaar het als begeleid wonen met een grote mate van vrijheid. Ik vermoed anders dan binnen een ander vorm van begeleid wonen. Ik ervaar voldoende begeleiding maar niet in een vorm die ik niet wil. Ik heb eigen regie. ”

Man, 21 jaar, 2 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met een lichte tot matige verstandelijke beperking

“ Voordat ik zelf ging wonen mocht ik eerst samen met mijn papa en mama allemaal spulletjes uitzoeken. Wat heb je dan toch veel nodig als je zelf gaat wonen. Thuis had ik al een bed en nu moest ik er nog eentje uitzoeken, wel vreemd. Een tv en een stoel is toch ook genoeg? Waarom heb je dan ook nog bordjes en bekers nodig uit die grote winkel? Ik heb toch al een PSV beker, daar drink ik altijd uit. En die meneer had er een hele stapel van in zijn winkel liggen, maar het duurde wel heel lang voordat hij die vloer kwam leggen. Daarna kwamen de gordijnen pas.

Maar gelukkig, ik woon heel fijn. Lekker cola drinken bij de tv, samen met Ernst en Bobbie. Soms mag daar een zakje chips bij. En ook gitaar spelen als Nick en Simon zingen, maar dan moet ik wel de deur dicht houden want het kan zijn dat de burens iets anders willen horen. Dat zegt de begeleiding. Maar zij vinden het ook leuk want ze zingen soms zelf ook mee. Ik hoop dat [naam begeleider] volgende keer weer komt, dan gaan we samen boodschappen, doen. Haal ik weer cola, zo'n grote fles, lekker. Wat kan die tas zwaar zijn, ik wil ook zo'n karretje, net als mama heeft. Mama is lief, ze doet de was als ik dat weer eens vergeten ben. Maar ze zegt dat ik zelf moet stofzuigen, kijk daar moet die snoer in en dan druk je op deze knop. Pfff, stofzuigen is niet leuk. Dat moet ook al als papa weer eens geboord heeft. Gelukkig heb ik dan wel zo'n bord met allemaal foto's van de begeleiding er op. Dan kan ik zien wanneer ze komen, dat geeft me veel rust. Nou ga ik stoppen want zo dadelijk komt de begeleiding om samen met mij de kleren voor morgen klaar te leggen. De gedragen moet in die wasmand. Ze vertellen wat ik morgen ga doen en ze blijven nog even bij het tandenpoetsen. Dan bel ik nog naar huis om papa en mama welterusten te zeggen. Pap, wanneer moet ik naar de tandarts? ... Wat voor weer wordt het morgen? ... Wat ben je aan het doen? ... Morgen is er. ...Welterusten, jongen. ... Tot morgen. Welterusten pap, ... welterusten mam. ”

Vrouw, 27 jaar, 2 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met ASS

“ Ik vind het fijn dat ouders, in dit geval mijn ouders betrokken zijn samen met de begeleiding. Ik zou als ik geheel zelfstandig zou wonen, vereenzamen. Hier kan ik koffie drinken met medebewoners en maak ik contact. ”

Man, 34 jaar, 2 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met ASS

“ Het is mooi en luxe wonen en voor mij is dit de beste oplossing. Omdat ik niet mooier kan gaan wonen en toch begeleiding nodig heb. Als ik geheel zelfstandig zou wonen, zou ik veel minder aanspraak kunnen maken op begeleiding en dat is niet goed voor mij. Minder fijn zijn de regels (waar niet iedereen zich aan houdt) en dat ik niet over een eigen wasmachine beschik. De regels zouden meer individueel gemaakt mogen worden, zoals bijvoorbeeld het aantal huisdieren. ”

Vrouw, 31 jaar, 3 jaar woonachting in ouderinitiatief voor bewoners met ASS

“ Ik heb het goed naar mijn zin, ik kan doen en laten wat ik wil en mijn appartement is mijn eigen plekje geworden. Ik voel mij hier helemaal thuis. ”

2.2 Kleinschalige ouderinitiatieven door de ogen van de bewoners

Uit de verhalen van de bewoners komt één aspect zeer nadrukkelijk naar voren: de eigen regie die de bewoners hebben. Dit wordt door iedereen gewaardeerd, hoewel het ook wel een spannend aspect is.

De zorg die de bewoners krijgen is gericht op de zelfstandigheid en biedt de bewoners zo veel mogelijk vrijheid. Er wordt gefocused op wat de bewoners wel kunnen, terwijl er tegelijkertijd voldoende ondersteuning is bij de aspecten in het leven waar de bewoners moeite mee hebben. De zorg die geboden wordt is niet belerend of overnemend, maar ondersteunend om ervoor te zorgen dat de bewoners zo gewoon mogelijk kunnen wonen en leven. Op deze manier ondersteunt de zorg de individuele mogelijkheden tot groei. 'Ondersteuning waar nodig, zelfstandig waar mogelijk', is het devies.

Verder hebben de bewoners veel contact met elkaar en met de begeleiding. Er wordt echt een band opgebouwd met elkaar en met de medewerkers, wat voor bewoners met autisme een groot goed kan zijn. De medebewoners vormen een stabiele omgeving. Zeker in vergelijking met wonen bij de ouders, biedt dit een goede mogelijkheid om te leren omgaan met medebewoners en op die manier het vermogen om sociale contacten op te bouwen en te onderhouden verder te vergroten.

Voor de bewoners is de stap van thuiswonen (bij de ouders) naar zelfstandig wonen te groot. Een ouderinitiatief, waarbij de zorgfocus gericht is op zelfstandigheid, kan de deur naar zelfstandig wonen met begeleiding openzetten. Daarnaast is er ook een gevoel van 'eigen'. Juist doordat de ouders zelf hard gewerkt hebben voor het initiatief – en dit ook overdragen op hun kinderen – is er meer waardering voor het initiatief, voor hetgeen er allemaal geboden wordt.

Tenslotte benoemen de bewoners ook de zorgbelasting voor het thuisfront. Er wordt aangegeven dat de zorgbelasting afgenomen is sinds de bewoners niet meer thuiswonen en dat daar de ouders, de broers en zussen én de bewoners zelf van profiteren.

3 Business Model

In het Business Model van de kleinschalige ouderinitiatieven staan de bouwstenen centraal die de kleinschalige ouderinitiatieven onderscheiden in haar organisatievorm. Met deze bouwstenen wordt het unieke van de organisatie opgebouwd.

Deze bouwstenen zijn niet star of rigide, maar veranderen afhankelijk van de levensfase van een organisatie. Immers, het unieke van een jonge opstartende organisatie is niet gelijk aan die van een jarenlang stabiele organisatie.

Om het business model van de ouderinitiatieven in het juiste licht te plaatsen, worden eerst de levensfasen van kleinschalige ouderinitiatieven beschreven. Daarna wordt het business model van de initiatieven uitgewerkt.

3.1 Levensfasen van kleinschalige ouderinitiatieven

Uit de gesprekken met de deskundigen blijkt dat ouderinitiatieven verschillende 'levensfasen' hebben. Deze zijn herkenbaar vanuit de management-literatuur,^{2, 3} waarbij bedrijven verschillende fases doorgaan vanaf het moment dat ze opgestart worden. In totaal zijn er vijf fases te definiëren:

- *Oriëntatiefase*
Dit "is de periode waarin het project nog in de kinderschoenen staat."
- *Uitvoeringsfase*
"In de uitvoeringsfase zijn de plannen al in concrete uitwerking."
- *Realisatiefase*
"Een project wordt als gerealiseerd beschouwd vanaf het moment dat de (eerste) bewoners gebruik maken van het initiatief."⁴
- *Volwassenheidsfase*
In de volwassenheidsfase zijn de uitgangspunten getoetst in de praktijk en zijn (organisatorische) verbeteringen doorgevoerd.
- *Doorgroeifase*
In deze periode maken de ouders van het eerste uur plaats voor anderen.

Een dergelijke fasering is ook te maken voor kleinschalige ouderinitiatieven.⁵ De eerste fase is de oriëntatiefase. In deze fase wordt de fundatie gelegd voor het ouderinitiatief. De eerste ouders vinden elkaar, besluiten tot verder onderzoek en vormen in de loop van de tijd een vaste groep mede-ondernemers die samen voor dit initiatief willen gaan. Deze groep – in veel gevallen het eerste bestuur van de stichting – concentreert zich op de daadwerkelijke oprichting van het initiatief en zorgt voor de eerste echte stappen in het proces, zoals het tekenen van de intentie- en/of huurovereenkomst.

Daarna komt de uitvoeringsfase. In deze fase wordt zowel de huisvesting, de zorg als de interne organisatie verder vorm gegeven. De bouw wordt gerealiseerd, er worden zorgorganisaties geselecteerd en er worden stappen gezet om de interne organisatie – waaronder de zorgfinanciering – verder vorm te geven.

De vervolgfase is de realisatiefase. Hierbij wordt de huisvesting in gebruik genomen door de bewoners, worden de eerste hobbels genomen en wordt ervoor gezorgd dat de organisatie 'staat'.

² Greiner, 'Power and Organization Development', 1988

³ McKeown, 'The Synergist', 2012

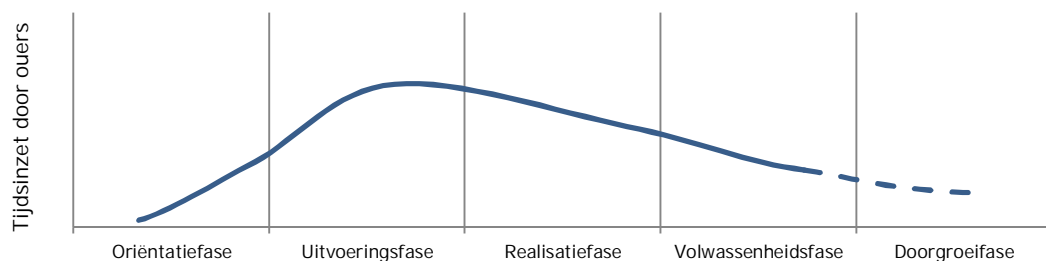
⁴ Allen uit Janse-Alewijnse *et al.*, 2009

⁵ Janse-Alewijnse, Buntinx, Groot en Curfs, 'Ouderinitiatieven voor wonen en zorg: een vervolgonderzoek naar de ontwikkeling van ouderinitiatieven geïnitieerd door ouders van mensen met een verstandelijke beperking in de provincies Limburg, Noord-Brabant en Zeeland', Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 2009

Na de realisatiefase komt de volwassenheidsfase. In deze fase, die lang kan duren, wordt de organisatie volwassen. De kinderziektes worden overwonnen en de eerste problemen komen aan de orde. Juist door deze problemen komen onvolkomenheden of onduidelijkheden aan het licht. Door deze uit de weg te ruimen komt de organisatie in stabiel vaarwater terecht.

Het business model beschreven in dit rapport beschrijft de volwassenheidsfase van de ouderinitiatieven.

De laatste fase is de doorgroefase. In deze fase zullen de eerste ouders actieve bijdrage aan het ouderinitiatief verminderen, bijvoorbeeld door ouderdom. Kleinschalige ouderinitiatieven zijn een relatief nieuw concept, in die zin dat de oudste initiatieven iets meer dan 10 jaar bestaan. Echter, veel ouders van bestaande initiatieven naderen de pensioengerechtigde leeftijd of hebben deze reeds bereikt. Er zijn reeds meerdere initiatieven bezig met het vormgeven van deze toekomst, bijvoorbeeld door het instellen c.q. voorbereiden van een onafhankelijk bestuur of het betrekken van andere kinderen bij de organisatie. Hoe de toekomst eruitziet op het moment dat meerdere ouders binnen korte tijd aangeven geen actieve rol meer te kunnen spelen in het zorgproces, is op dit moment niet te voorspellen.



Figuur 2 - Weergave tijdsinzet ouders tijdens de verschillende levensfasen

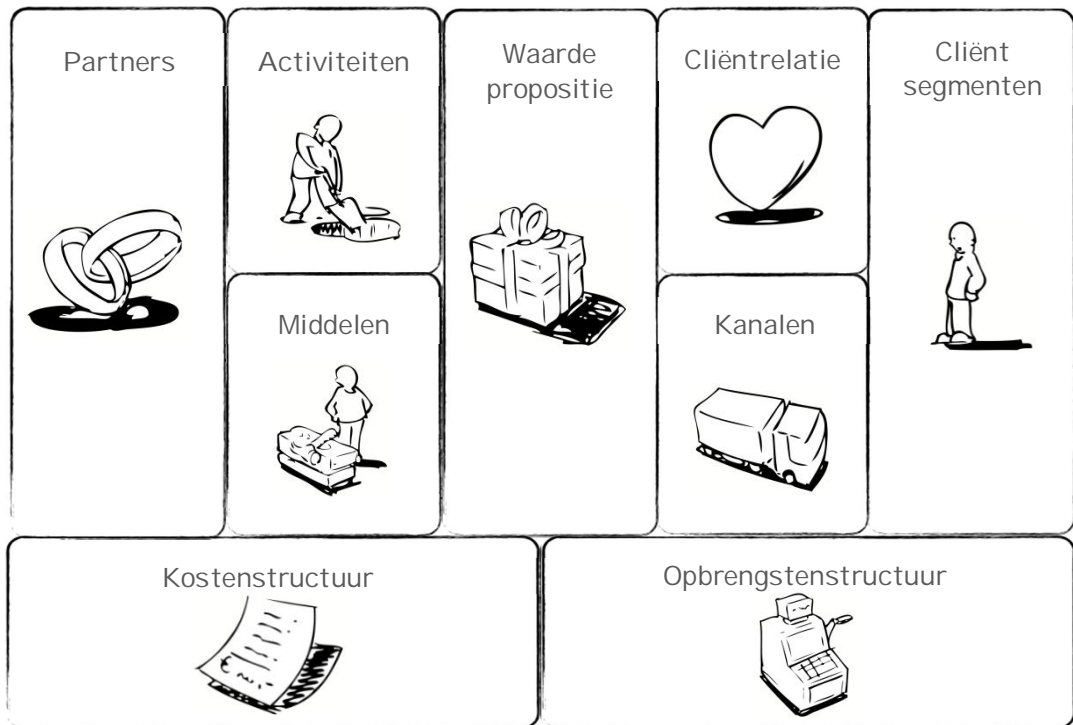
Eigen onderzoek van één van de betrokken ouderinitiatieven laat goed zien hoeveel tijd de ouders investeren in het ouderinitiatief. Het uitvoeren van taken als 'dagelijks bestuur', 'algemeen bestuur', 'werkgroepen' en 'administratie en verantwoording', komt de totale ouderinzet uit op 3 FTE.

3.2 Opbouw business model

Het business model is opgebouwd uit meerdere bouwstenen. Centraal staat de waardepropositie. Hierin wordt aangegeven welke specifieke waarde geboden wordt aan de bewoners.

Aan de rechterkant staan de externe krachten, de 'wie'. In paragraaf 3.2 wordt antwoord gegeven op de vraag aan wie kleinschalige ouderinitiatieven haar diensten aanbieden (cliëntsegmenten), hoe deze diensten de bewoners bereiken (kanalen) en welke relatie de kleinschalige ouderinitiatieven met haar bewoners heeft (cliëntrelatie).

Vervolgens is ook de vraag *hoe* de kleinschalige ouderinitiatieven haar diensten aan haar bewoners aanbiedt; dit wordt links weergegeven. Deze vraag wordt beantwoord in paragraaf 3.3. Hier wordt gekeken naar de activiteiten en middelen die nodig om de diensten te organiseren, evenals de partners van de kleinschalige ouderinitiatieven.



Figuur 3 – Business Model Canvas ⁶

Zoals blijkt uit deze figuur, kent een Business Model Canvas ook een beschrijving van de kosten- en de opbrengstenstructuur. Deze komt separaat in het hoofdstuk 4 aan de orde. In bijlage 3 is het ingevulde Business Model Canvas voor de kleinschalige ouderinitiatieven opgenomen als samenvatting van onderstaande paragrafen.

3.2.1 Cliëntsegment

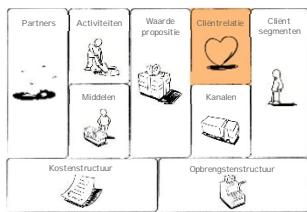


Binnen deze mBC hebben de bewoners van het kleinschalige ouderinitiatief verstandelijke beperking of een autisme spectrum stoornis zoals Asperger of PDD/NOS met een normale intelligentie .

De bewoners hebben als overeenkomst dat zij de wens hebben om zelfstandig te wonen. Daarnaast hebben de bewoners dagbesteding of werk en een vorm van eigen inkomen of een uitkering. Door deze combinatie is het mogelijk om zo zelfstandig mogelijk te leven en komt de meerwaarde van een kleinschalige initiatief het beste naar voren. Tenslotte hebben alle bewoners een zorgindicatie, omdat het anders niet mogelijk is de zorg te bekostigen.

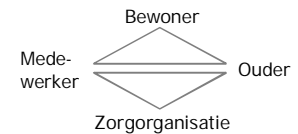
⁶ Osterwalder, 'Business Model Generation', 2010

3.2.2 Cliëntrelatie



Er bestaat bij kleinschalige ouderinitiatieven een constante dialoog tussen de bewoners, de ouders, de medewerkers en de zorgorganisatie.

De dialoog kan gesplitst worden in tweeën. Er vindt aan de ene kant een dialoog plaats tussen de bewoners, de ouders en de medewerkers. Met deze dialoog blijft iedereen scherp en wordt de zorg permanent aangepast of verbeterd. Ook zorgt dit ervoor dat er constant zorg op maat geboden kan worden. De andere dialoog is tussen de ouders, de medewerkers en de zorgorganisatie. Iedereen wordt hiermee aangesproken op zijn rol in de samenwerking. Doordat dit gesprek los van de bewoner plaatsvindt, blijft de zakelijke relatie hiermee bestaan.



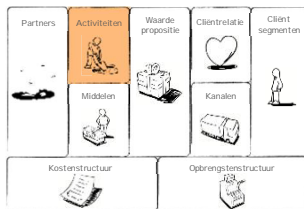
3.2.3 Kanalen



Onder 'kanalen' wordt beschreven hoe de diensten van de kleinschalige ouderinitiatieven aan de bewoners worden geleverd. Het kanaal is de *woonruimte*: binnen deze setting wordt de zorg aan de bewoners geleverd.

Deze woonruimte bestaat uit individuele appartementen en een gemeenschappelijke ruimte. Deze ruimte is essentieel voor het aangaan van sociale contacten. De woning is, passende bij het initiatief, centraal gelegen in de wijk of het dorp.

3.2.4 Activiteiten



zorgorganisatie.

Uiteraard bestaan de belangrijkste activiteiten binnen een ouderinitiatief uit het leveren van zowel formele als informele zorg en vrijetijdsbesteding. Daarnaast is het ook belangrijk dat de ouders bij de vorming van het initiatief elkaar selecteren, zodat alleen de ouders die achter het ouderinitiatief staan en daar hun bijdrage aan willen leveren zich verenigen. De ouders op hun beurt doen selectie en intake van de bewoners en de

3.2.5 Middelen



Om goede invulling te kunnen geven aan de taken van de kleinschalige ouderinitiatieven dienen verschillende middelen aanwezig te zijn. Allereerst een woonruimte, die gericht is op de mogelijkheden en de beperkingen van de bewoners. Verder is een zorgorganisatie nodig die openstaat voor ouderregie, kleinschalig wonen én met ervaring met de doelgroep.

De medewerkers hebben verder een sterke betrokkenheid en kunnen omgaan met een hoge mate van autonomie. Eveneens is het organiseren van een achterwacht nodig voor de nacht en weekenden. Dit kan iemand zijn die op de locatie slaapt, maar in veel gevallen is een telefonische achterwacht voldoende. Tenslotte biedt een ouderinitiatief actieve en betrokken informele zorg.

3.2.6 Partners



Een kleinschalige ouderinitiatief doet het niet alleen. Een cruciale schakel in het model van de kleinschalige ouderinitiatieven zijn haar samenwerkingspartners. In het actieve netwerk rondom een ouderinitiatief bevindt zich een woningcorporatie, bank of externe financier, afhankelijk van het eigenaarschap van de woning.

Daarnaast, zeker in de eerste fase, is de gemeente een belangrijke partner voor de zowel het toekennen van de begeleiding vanuit de Wmo als de benodigde (vastgoed)vergunningen.

Ook de zorgorganisatie kan worden gezien als leverancier van een dienst. echter, aangezien deze dienst – de zorg – dermate cruciaal is voor het ouderinitiatief, wordt zij gezien als partner.

Uiteraard zijn de ouders en familie een partner. De ouders hebben niet alleen steun aan elkaar, maar ook hebben de ouders elkaar nodig om het initiatief tot een succes te maken. Ook is MEE een partner, hoewel iets meer op afstand. Zij staat de ouders bij in het proces van de oriëntatiefase tot de volwassenheidsfase. Het is afhankelijk van de ouders in hoeverre MEE een actieve rol vervult. Tenslotte kunnen ook (kennis)platformen een partnerrol vervullen voor de ouderinitiatieven.

3.2.7 Waardepropositie



Het unieke van de ouderinitiatieven voor bewoners met ASS of VG is de betrokkenheid van de ouders: de ouders zijn initiatiefnemer en hebben de regie en de verantwoordelijkheid voor zowel het proces als het project.

De geleverde zorg wordt ingekocht bij een zorgorganisatie, waarmee een zakelijke relatie bestaat. Met de medewerkers zelf bestaat een meer persoonlijke relatie. Aangezien de medewerkers zelf op wat meer afstand staan van de 'grote zorgorganisatie', hebben zij meer eigen verantwoordelijkheid en een sterke betrokkenheid bij hun 'eigen' werkomgeving. Dit alles zorgt er ook voor dat zorg op maat geleverd kan worden. De sterke betrokkenheid van de ouders brengt met zich mee dat er intensieve informele zorg en mantelzorg geboden wordt en dat dit geborgd wordt richting de toekomst.

Het streven van het ouderinitiatief is dat de bewoners zo actief mogelijk meedoen in de samenleving. Dit komt ook terug in de zorg: er is een sterke focus op de regie over eigen leven en de eigen kracht van bewoners: 'zorg waar nodig, zelfstandig waar mogelijk'. De zelfstandigheid wordt verder versterkt door het feit dat de initiatieven lokaal ingebed zijn, waardoor het optimaal inspeelt op de zogenaamde participatiemaatschappij. De ouders en bewoners komen vaak uit dezelfde buurt als waar het initiatief opgericht is, waardoor de lokale bekendheid groot is. De bewoners worden hierdoor meer en gemakkelijker opgenomen in de buurt. Daarnaast zijn de initiatieven ook een organisatie op zichzelf, in plaats van een locatie binnen een groter geheel. Dit maakt dat er meer ruimte is voor eigen initiatief, eigen inbreng en een sterke 'couleur locale'.

4 Organisatorische case

Met de organisatorische case wordt inzicht gegeven in de financiën achter de ouderinitiatieven. Door de financiële situatie én de toekomstige uitdagingen weer te geven, ontstaat meer inzicht over de positie van ouderinitiatieven in het zorglandschap.

Ontwikkeling ouderinitiatief

Gebaseerd op verschillende onderzoeken is de ontwikkeling te zien dat de inrichting van de ouderinitiatieven de afgelopen jaren is veranderd. Zie hiervoor tabel 1.

Tabel 1 – Overzicht ontwikkeling ouderinitiatieven

	Heden	2011	2006
Regio	Noord-Brabant	Landelijk (1) ⁷	Landelijk (2) ⁸
Groepsgrootte	10,8 ⁹ (6 tot 18 bewoners)	7,7 (6 bij GGZ, 9,4 bij VG)	6,8 (3 tot 20 bewoners)
Financiering	Vrijwel alleen PGB	PGB (82%), ZIN (4%) en combinatie (14%)	Alle of gedeelte van bewoners PGB (69%)
Huisvesting	Huur (>90%)	Huur van corporatie (>90%)	Huur van corporatie (71%)

Uit de tabel blijkt dat de groepsgrootte iets gestegen is, van 6,8 in 2006 naar 10,8 op dit moment. Ook is de financiering op dit moment vrijwel alleen PGB, waar er in het verleden een bredere financieringsbasis bestond. De huisvesting wordt over het algemeen gehuurd, wat over de jaren heen een consistent beeld is.

4.1 Financiële exploitatie ouderinitiatief

Uit onderzoek in 2011 ¹⁰ blijkt dat er net zo veel initiatieven zijn die een positief resultaat behalen als dat er initiatieven zijn met een negatief resultaat. Uitgesplitst naar resultaat laat het volgende overzicht zien:

Tabel 2 – Overzicht resultaat ouderinitiatieven, verdeeld naar initiatieven met een positief resultaat en initiatieven met een negatief resultaat

Peiljaar 2010	Uitkomst voor de initiatieven met positief resultaat (n=13)		Uitkomst voor de initiatieven met negatief resultaat (n=13)	
Inkomsten	€	456.261	€	471.173
Uitgaven	€	489.925	€	453.099
Resultaat	€	33.663	€	-18.073
Exploitatieresultaat		4,84%		-4,18%

⁷ HHM, 'Particuliere ouderinitiatieven', 2011

⁸ CvZ, 'Kleinschalige ouderinitiatieven financieel bekeken', 2006

⁹ Gebaseerd op een selectie van ouderinitiatieven waarbij (1) MEE Zuidoost Brabant betrokken is en (2) die zich momenteel in de exploitatiefase bevinden is te berekenen dat het gemiddeld aantal bewoners 10,8 bedraagt.

¹⁰ HHM, 2011

Ander onderzoek uit 2006 ¹¹ bevestigt het beeld van de lastige exploitatie voor kleinschalige wooninitiatieven. 44% van de initiatieven geeft aan uit te komen met de financiën. Met andere woorden, 56% komt deels of zelfs niet uit met het budget. Deze initiatieven geven aan problemen te hebben met het feit dat de budgetten niet toereikend zijn om de roosters rond te krijgen, dat er geen middelen zijn voor de vervanging van inventaris of onderhoud of dat bewoners onvoldoende middelen hebben om de kosten van het levensonderhoud te betalen.

In het onderzoek wordt een gedeelte van de inkomsten als beïnvloedbare factor gezien. "Initiatieven kunnen hun budget vergroten door goed gebruik te maken van bestaande regelingen. Verder kunnen de inkomsten worden vergroot door het organiseren van rommelmarkten en sponsorlopen, het gebruiken van fondsen en subsidies en het bieden van diensten aan anderen (bijvoorbeeld dagbesteding)." ¹²

Naast de huidige financiële situatie, is ook onderzocht in hoeverre er rekening wordt gehouden met toekomstige uitgaven. Het blijkt dat "bij sommige initiatieven het financiële resultaat op korte termijn geflatteerd is omdat er geen geld opzij wordt gezet voor onderhoud, aanschaf van inventaris nieuwbouw en leegstand." ¹³ In onderstaande tabel is zichtbaar gemaakt hoeveel initiatieven geen reservering opbouwen.

Tabel 3 – Overzicht van posten waarop initiatieven geen reservering opbouwen

	Percentage initiatieven dat geen reservering opbouwt
Onderhoud	50%
Vervanging witgoed	32%
Vervanging meubilair	25%
Vervanging apparatuur	61%
Leegstand	68%

Onderhandelingspositie

Ingezoomd op de uitgaven, valt op dat ouderinitiatieven hogere uurtarieven voor de zorgverleners betalen dan initiatieven die door zorgondernemers ¹⁴ gestart zijn. Als we kijken naar de niveaus HBO tot en met huishoudelijke hulp, betalen de ouderinitiatieven gemiddeld €33,53 (peiljaar 2011) per uur en zorgondernemers €28,57 per uur: een verschil van 17,4%.

Ook het gewogen gemiddelde van de uurtarieven van de ouderinitiatief is hoger. Hierbij zijn de absolute uurtarieven gewogen naar inzet van de medewerkers per opleidingsniveau. In onderstaand overzicht zijn zowel de uurtarieven als de gewogen uurtarieven weergegeven. Al deze tarieven zijn inclusief eventuele kosten voor teamoverleg, coördinatie van zorg, overleg over de bewoners, scholing van medewerkers, managementkosten, reiskosten en onregelmatigheidstoelage.

¹¹ CvZ, 2006

¹² CVZ, 2006

¹³ CvZ, 2006

¹⁴ "In deze initiatieven voert de zorgondernemer de regie over de inrichting van de woonvorm. Ouders/vertegenwoordigers kiezen hiervoor en confirmeren zich hieraan." Dit is exclusief Thomashuizen of Herbergiers

Tabel 4 – Overzicht van uurtarieven voor vier verschillende type initiatieven, voor medewerkers van HBO tot en met huishoudelijke hulp

Type initiatief, peiljaar 2011	Gemiddelde	Gewogen gemiddelde
Gestart door ouders	€33,53	€33,80
Ouders samen met zorgaanbieder ¹⁵	€33,71	€33,24
Ouders met een bestaand concept ¹⁶	€29,07	€28,88
Zorgondernemers	€28,57	€26,73
Totaal	€32,05	€31,33

Type initiatief	Gemiddelde (€)	Gewogen gemiddelde (€)
Ouders	33,53	33,80
Met aanbieder	33,71	33,24
Met concept	29,07	28,88
Zorg-ondernemers	28,57	26,73
Totaal	32,05	31,33

“De uurtarieven die de initiatieven met de zorgverlener afspreken liggen voor de zorgondernemers en de initiatieven gestart door ouders met een concept lager dan voor de initiatieven die gestart zijn door ouders (met en zonder zorgaanbieder). Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat zorgondernemers beter in staat zijn om te onderhandelen met zorgverleners. Voor de initiatieven die zijn gestart door ouders met een concept geldt dat het personeel vaak in dienst is van het concept en dat daardoor de personele kosten mogelijk lager gehouden kunnen worden.” ¹⁷

Bezettingsgraad

Een belangrijke factor bij het behalen van een positief financieel resultaat is de bezettingsgraad. Dit is met name relevant voor de vastgoedexploitatie, aannemende dat de zorginkoop flexibel ingericht is.

De GGZ-initiatieven hadden een bezettingsgraad van 100% en de VG-initiatieven 96%. ¹⁸ Onderzoek van het CvZ laat zien dat – op het moment van onderzoek – 80% van de initiatieven alle plaatsen bezet hadden en dat 20% één of meerdere plaatsen niet bezet hadden. ¹⁹

4.2 Toekomstbeeld vol uitdagingen

De toekomstige financiering van de kleinschalige ouderinitiatieven is zoals aangeven lastig, maar niet onmogelijk. Zoals Actiz in haar onderzoek naar kleinschaligheid aangeeft, ²⁰ is een rendabele exploitatie mogelijk, maar ontstaat deze zeker niet vanzelf. Maar, zo wordt aangegeven, “Eén huis met zes bewoners midden in een wijk zal nauwelijks te doen zijn.” Kleinschaligheid vraagt om duidelijke keuzes op het gebied van zowel de organisatie van ondersteunende diensten als de overhead.

Financiering van zorg

Tenslotte spelen er op financieringsgebied meerdere ontwikkelingen die een uitdaging vormen. Allereerst de PGB. Deze financiering staat onder druk: er komt enerzijds geld bij, maar anderzijds worden de tarieven de komende jaren bevroren en afgebouwd. Daarnaast wordt in de komende periode steeds meer zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Dit heeft als consequentie dat gemeentes zowel mogen gaan bepalen wie de

¹⁵ “In deze initiatieven is er veel overleg tussen ouders/vertegenwoordigers en de zorgaanbieder. Bepaalde taken, zoals het maken van een dienstrooster worden door de zorgaanbieder overgenomen maar wel voorgelegd aan de ouders.”

¹⁶ “In deze initiatieven ligt een duidelijke regierol bij ouders/vertegenwoordigers, binnen de kaders van het concept.”

¹⁷ HHM, 2011

¹⁸ HHM, 2011

¹⁹ CvZ, 2006

²⁰ Actiz, ‘Kleinschaligheid. Kansen maar geen tovermiddel’, 2012

voorzieningen uit de Wmo echt nodig heeft alsook welke zorgorganisatie deze taken gaat uitvoeren. Als onderdeel van de overheveling worden de tarieven ook gekort. Daarnaast komt ook de AWBZ zelf er anders uit te zien, waarbij de AWBZ zich steeds meer concentreert op de zwaardere langdurige zorg. Tenslotte wordt ook de Wajong en de financiering van de dagbesteding momenteel herzien, wat onder meer van invloed kan zijn op de financiële zelfredzaamheid van de bewoners.

Financiering van huisvesting

Ook met betrekking tot de huisvesting verandert er het één en ander. De huurtoeslag wordt de komende jaren herzien, waarbij zowel de hoogte als de opbouw besproken wordt. Verder heeft de crisis z'n tol geëist bij de woningcorporaties. In het verleden hebben woningcorporaties middels een onrendabele top²¹ geïnvesteerd in ouderinitiatieven, maar gezien de teruglopende financiële mogelijkheden worden deze mogelijkheden steeds kleiner. Het is mogelijk dat ouders zelf de gezamenlijke ruimte financieren, maar ook de ouders zouden te maken kunnen hebben met kleinere financiële buffers.

4.3 Conclusies

Het is ingewikkeld om een gedegen financiële fundering onder kleinschalige ouderinitiatieven te hebben. Tegenover ieder initiatief met een sluitende exploitatie staat een initiatief dat financieel tekort komt.

Voordeel voor de initiatieven is dat ze klein en wendbaar zijn en daardoor snel in kunnen spelen op veranderingen. Daarnaast zijn, door de betrokkenheid van ouders en de sterke lokale verbondenheid, de initiatieven beter in staat om gelden van derden aan te trekken (bijvoorbeeld sponsoring).

Het nadeel is echter dat de kleinschaligheid ook zorgt voor 'minder vet op de boten', waardoor tegenvallers minder goed opgevangen kunnen worden. Ook worden veel initiatieven bestuurd door betrokken ouders en geen zorgprofessionals. Doordat ouders niet fulltime bezig zijn met de laatste financiering en beleidsontwikkelingen noch beleidsmedewerkers in dienst hebben, ontstaat het risico dat men niet continu op de hoogte is van deze ontwikkelingen. Gezien de grote hoeveelheid wijzigingen op het gebied van zorgfinanciering is inzicht hierin noodzakelijk, om zo tijdig te kunnen reageren.

De laatste jaren wordt de huidige verzorgingsmaatschappij omgevormd naar een participatiemaatschappij. Hiermee hangt het risico samen dat de toekomstige financiering krappert. Een hoog niveau van kennis, de mogelijkheid tot aanpassing van de eigen organisatie en slagkracht richting de financiers wordt dan ook van belang om goed om te gaan met deze ontwikkelingen.

²¹ Een onrendabele top is het negatieve verschil tussen de investering en de bedrijfswaarde. Dit is het gedeelte dat de corporatie in de toekomst niet zal terugverdienen, doordat de verwachte opbrengst in de toekomst lager is dan de kosten om de woning te bouwen.

5 Maatschappelijke case

Dit hoofdstuk bespreekt de maatschappelijke case van de kleinschalige ouderinitiatieven waarin de impact die de kleinschalige ouderinitiatieven hebben op de buitenwereld wordt beschreven, gewogen en uitgedrukt in een *'maatschappelijk rendement'*. Met deze buitenwereld wordt dus de maatschappij bedoeld, die in dit hoofdstuk door de ogen van stakeholders van kleinschalige ouderinitiatieven wordt beschreven. Deze 'buitenwereld' is scherp gescheiden van de wereld van Organisatorische Case uit het vorige hoofdstuk waarin enkel het financieel-economisch nut voor de organisatie uitgedrukt is in kosten en opbrengsten. In dit hoofdstuk zetten we dit economisch nut af tegen het maatschappelijk nut van de kleinschalige ouderinitiatieven.

5.1 Maatschappelijk rendement

Elke waarde die door de kleinschalige ouderinitiatieven gecreëerd wordt, maar niet is omgezet in financiële baten ten gunste van de kleinschalige ouderinitiatieven, valt onder de Maatschappelijke Case. Dit is *waarde* die ten gunste komt aan de maatschappij oftewel het *'maatschappelijk rendement'*.

Een voorbeeld. De inzet van mantelzorgers of vrijwilligers creëert een maatschappelijke waarde, doordat hun werk een substitutie biedt voor - door belasting of sociale premies betaalde - maatschappelijke voorzieningen (bijvoorbeeld zorg). Stel dat iedere euro die de overheid investeert in het bevorderen van mantelzorg de maatschappij het vijfvoudige aan besparing oplevert door de afname van zorgconsumptie, dan geeft dat een maatschappelijk rendement van 1:5. Hoe gunstiger deze verhouding, hoe gerechtvaardiger de investering van die ene (publieke) euro.

Om te komen tot de maatschappelijke case wordt eerst bepaald wat de kwalitatieve baten van ouderinitiatieven zijn. Vervolgens wordt een deel van deze kwalitatieve baten gekwantificeerd

5.2 Kwalitatieve baten

Kleinschalige ouderinitiatieven leveren op basis van haar functie een significante maatschappelijke bijdrage. In onderstaande tabel staan deze baten gegroepeerd.

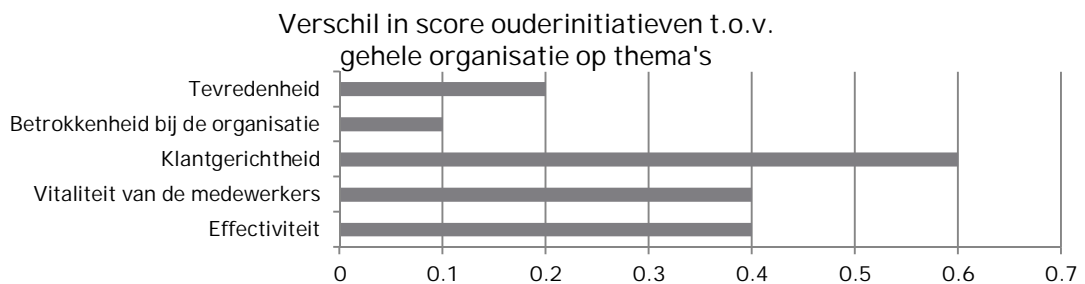
Tabel 5 – Overzicht van maatschappelijke baten voor bewoner en zorgorganisatie/zorgmedewerker

Bewoner	Zorgorganisatie/zorgmedewerker
<ul style="list-style-type: none">- Meer participatie in de maatschappij dan bij een reguliere instelling- Meer uren zorg- Zorg op maat- Meer betrokkenheid van de ouders- Meer integratie in de wijk- Meer eigen keuze over met wie je woont- Groter vermogen tot aangaan sociale contacten door directer contact met begeleiding- Groter vermogen om informele zorg aan elkaar te verlenen- Bewoners hebben een groter 'verantwoordelijkheidsgevoel', doordat het meer eigen is- Stabiele woon- en leefomgeving- Hoger welbevinden	<ul style="list-style-type: none">- Minder ziekteverzuim dan bij een reguliere instelling- Minder burn-out klachten- Minder verloop- Ander type werkdruk- Hogere tevredenheid- Directer bewonerscontact- Meer betrokkenheid- Meer ruimte voor eigen initiatief en autonomie- Hogere motivatie- Snel anticiperen op ontwikkelingen- Korte lijnen- Meer overlegmomenten met de ouders- Concentratie op de kern van zorg verlenen en geen verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld vastgoed

Voor de bewoner zijn de baten het grootst. De rode draad in de baten is de eigen regie. De bewoners zijn, in vergelijking tot een reguliere instelling, meer in staat een zo 'gewoon' mogelijk leven te leiden. Dit leidt tot meer contact met de buurt, een betere relatie met de medebewoners en uiteindelijk tot meer geluk.

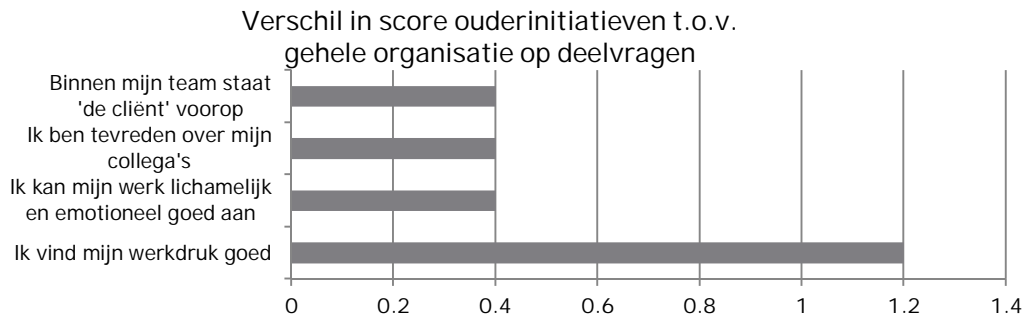
Voor de zorgmedewerker zijn de baten te herleiden tot 'autonomie'. Autonomie in het werk leidt vrijwel direct tot een hogere arbeidstevredenheid²² en het beter kunnen omgaan met werkdruk en dus het ziekteverzuim. De baten die ten goede komen aan de medewerkers, zijn verder te onderbouwen met gegevens van Prisma. Uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek dat in 2013 is uitgevoerd blijkt dat medewerkers van ouderinitiatieven op *alle* thema's een hogere score hebben dan de organisatie in de breedte.

In figuur 2 is van een selectie van deze thema's weergegeven wat het verschil is ten opzichte van de organisatie algemeen. Bijvoorbeeld, de medewerkers in een ouderinitiatief zijn 0,2 punten op een 10-puntsschaal meer tevreden dan alle medewerkers.



Figuur 4 - Verschil in score van de ouderinitiatieven ten opzichte van de gehele organisatie op thema's

Ook ingezoomd op enkele deelvragen - die betrekking hebben op de kwalitatieve baten die genoemd zijn - laten de medewerkers van een ouderinitiatief een significant hogere score zien dan de gemiddelde medewerker.



Figuur 5 - Verschil in score van de ouderinitiatieven ten opzichte van de gehele organisatie op deelvragen

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de tevredenheid van de medewerkers bij kleinschalige ouderinitiatieven hoger is dan de medewerkers van reguliere zorglocaties.

²² Soeken en Zangaro, 'A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction', 2007

Tabel 6 – Overzicht van maatschappelijke baten voor ouders en woningcorporaties

Ouders	Woningcorporaties
<ul style="list-style-type: none"> - Minder zorgbelasting ('zorgen maken') in relatie tot vroeger - Meer tevredenheid - Meer invloed op woon- en zorgomgeving - Borging van woon- en zorgomgeving na overlijden van ouders - Meer zeggenschap en invloed, waardoor meer betrokkenheid - Meer contact met andere ouders, daardoor gedeelde ervaringen - Meer contact met zorgmedewerkers 	<ul style="list-style-type: none"> - Minder specifieke bouw gevraagd. Dit geeft ook de mogelijkheid om bestaand incourant vastgoed te transformeren, wat de inzetbaarheid verhoogd - Huurcontracten zijn vaak langdurig, wat zekerheid biedt - Mogelijkheid om te voldoen aan de maatschappelijke taken die de corporatie heeft

De ouders hebben de grootste baat bij 'rust': door minder (mentale) zorgen en de zekerheid dat de kinderen gelukkig zijn, zijn zij zelf ook gelukkiger. Voor de woningcorporaties is de baat met name dat zij in staat zijn incourant vastgoed voor langere termijn te verhuren.

Tabel 7 - Overzicht van maatschappelijke baten voor gemeente en overige stakeholders

Gemeente	Overig
<ul style="list-style-type: none"> - Initiatief heeft een sterk lokaal karakter - Door grote inzet mantelzorg en vrijwilligers is het de Wmo - Wet maatschappelijke ondersteuning - in optima forma - Initiatief vanuit de eigen kracht - Door het actieve buurtgericht karakter leidt het tot minder eenzaamheid bij buurtbewoners - Minder overlast voor de wijk doordat zorgverleners nauw bij de bewoners betrokken zijn en daardoor meer stabiliteit kunnen bieden - Meer sociale stabiliteit door aanwezigheid (zorg)professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - Broers/zussen krijgen meer aandacht, doordat ouders meer tijd hebben - Inzet van ouders voor totstandkoming van initiatief - Door het actieve buurtgericht karakter leidt het tot minder eenzaamheid bij buurtbewoners - Meer arbeidsparticipatie van ouders door lagere zorgbelasting - Hogere arbeidsparticipatie van bewoners door meer welbevinden - Collectieve zorg in plaats van individuele zorg - Scherpe controle op de facturen, aangezien ouders het aantal uren zorg verifiëren

De baat bij de gemeente is het sterke lokale karakter van het initiatief, waar de buurt idealiter optimaal betrokken wordt bij het initiatief, zodat een positief effect voor de gehele buurt te bemerken is. Dit sluit aan bij de hedendaagse participatiemaatschappij.

5.3 Kwantificering kwalitatieve baten

Bij de kwantificering van de maatschappelijke baten is gebruik gemaakt van zorgvuldig gedocumenteerde aannames, veronderstellingen en indicatoren om een onderbouwde inschatting te maken van dit rendement. Dit is een waarderingsproces en pretendeert geen uiterste wetenschappelijke precisie. Het probeert - door het gebruik van schattingstechnieken, onderzoek en expert opinions - tot de best mogelijke benadering te komen. Om zoveel mogelijk houvast en zekerheid te bieden, zijn de aannames, berekeningen en uitkomsten gevalideerd bij een panel van deskundigen.

5.3.1 Bewoners: eigen regie

Een belangrijk argument voor ouders en bewoners om te kiezen voor een kleinschalig ouderinitiatief is de toename van eigen regie. Verschillende onderzoeken geven aan dat de kwaliteit van leven en eigen regie van bewoners van kleinschalige ouderinitiatieven beter is dan bewoners van een reguliere zorgorganisatie. Hoewel deze onderzoeken zijn uitgevoerd

onder bewoners met dementie, wordt aangenomen dat de resultaten ook vertaalbaar zijn naar bewoners met VG of ASS.

De vertaling van kwaliteit naar kwantitatieve baten is te maken middels QALY's. Een QALY is geen tastbare eenheid; het is een wetenschappelijk ontwikkelde meeteenheid om gezondheidswinst uit te drukken. "Die gezondheidswinst kan van alles omvatten: van het genezen van kalknagels tot extra levensjaren door het voorkómen van hartfalen. Om deze appels en peren onder één noemer te brengen is binnen de economie van de gezondheidszorg het concept 'quality adjusted life year' (QALY) ontwikkeld. Door de effecten van zorg op kwaliteit en duur van leven uit te drukken in QALYs wordt geprobeerd de baten van verschillende medische technologieën en behandelingen vergelijkbaar te maken." ²³ Anders gezegd, is een QALY een rekenkundige maat waarmee de kwaliteit van leven uitgedrukt wordt, waarbij één QALY gelijkstaat aan één jaar in goede gezondheid. De financiële waarde van één QALY is aan grote discussie onderhevig; het CPB heeft onderzocht dat gehanteerde waarden in de literatuur variëren van zo'n \$160.000 (prijsspeil 1997) tot €12.500 (pp 2003). ²⁴ Het RIVM houdt een gemiddelde waarde van €20.000 tot €30.000 per QALY aan voor kosteneffectieve gezondheidsmaatregelen. In deze business case gaan we uit van €25.000 per QALY.

Een uitgebreide maatschappelijke business case naar de toegevoegde waarde van wijkverpleegkundigen ²⁵ heeft een toename van eigen regie vertaald naar een stijging van 0,011 QALY per bewoner.

Aangenomen wordt dat de bewoners van kleinschalige ouderinitiatieven ook een toename van eigen regie ter hoogte van 0,011 QALY laten zien, waardoor de totale maatschappelijke opbrengst 10,8 ²⁶ bewoners maal 0,011 QALY maal €25.000 maakt €2.970 per initiatief per jaar.

5.3.2 Bewoners: meer formele zorg

Uit onderzoek uit 2011, ²⁷ specifiek gericht op initiatieven is die gestart zijn door ouders of vertegenwoordigers, blijkt hoeveel uur zorg de bewoners ontvangen. In dit onderzoek is gekeken naar 31 initiatieven, waarvan er 3 zijn met een GGZ grondslag en 25 met een VG grondslag. In onderstaande tabel is het aantal uren zorg weergegeven.

Tabel 8 – Overzicht van uren zorg bij ouderinitiatieven in de GGZ en de VG

	GGZ	VG
Formele zorg	15,5 uur per bewoner per week	20,7 uur per bewoner per week
<i>Normuren o.b.v ZPP</i>	<i>11,0 uur</i>	<i>14,3 uur</i>
Individuele begeleiding	Kwart van de bewoners, gemiddeld van 9,5 uur per week	idem
Mantelzorg en vrijwilligers	Alle initiatieven mantelzorg; gem. 5,7 uur per bewoner per week Geen inzet van vrijwilligers	80% van de initiatieven mantelzorg; gem. 2,0 uur per bewoner per week 68% van de initiatieven vrijwilligers; gem. 0,6 uur per bewoner per week

Uit deze tabel blijkt dat bewoners in een ouderinitiatief meer zorg krijgen dan volgens de norm: in de GGZ-initiatieven ontvangen bewoners gemiddeld 15,5 uur zorg per week ten opzichte van 11,0 uur in de norm en bij de VG-initiatieven ontvangen de bewoners gemiddeld 20,7 uur zorg per week ten opzichte van 14,3 uur volgens de norm.

²³ CPB, 'QALY-tijd. Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen', 2007

²⁴ Idem.

²⁵ BMC, 'De Wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van?', 2011

²⁶ Zie hiervoor tabel 1

²⁷ HHM, 2011

Het onderzoek geeft hiervoor als reden aan dat – ten tijde van het onderzoek – veel bewoners een budgetgarantie hadden en dat een slaapwacht zorgt voor relatief veel uren zorg per bewoner.

Het onderzoek geeft aan dat initiatieven voor bewoners met autisme gemiddeld 6 bewoners kennen en initiatieven voor VG-bewoners gemiddeld 9,4. Verder wordt aangegeven dat het gemiddeld uurtarief voor de zorg gemiddeld €33,53 is.²⁸

Uitgaande van deze cijfers is de volgende calculatie te maken: bij GGZ-initiatieven ontvangen de bewoners per bewoner 4,5 uur meer zorg week. Bij de VG-initiatieven is dat 6,4 uur per bewoner per week. Het gewogen gemiddelde maal 52 weken maal het gemiddelde uurtarief à €33,53 maakt €106.559. Ofwel, de meerwaarde van een kleinschalig initiatief bedraagt €106.559 per initiatief per jaar.

5.3.3 Bewoners: meer informele zorg

Uit onderzoek blijkt dat bewoners in kleinschalige ouderinitiatieven ook meer uren informele zorg ontvangen. Uit tabel 8 blijkt het aantal uren informele zorg. Aangegeven wordt dat bewoners in een GGZ-initiatief gemiddeld 5,7 uur mantelzorg en vrijwilligersinzet ontvangen en bewoners in een VG- initiatief gemiddeld 2,6 uur. Uitgaande van een gewogen gemiddelde, komt dit uit op 3,8 uur per bewoner per week.²⁹

Trimbos heeft onderzocht dat in reguliere kleinschalige initiatieven voor mensen met dementie gemiddeld 1,4 uur per bewoner per week informele zorg geleverd wordt.³⁰ Als dit ook wordt aangehouden voor 'regulier' kleinschalig wonen, houdt dit in dat bewoners in een ouderinitiatief gemiddeld 2,4 uur per bewoner per week meer informele zorg ontvangen.

De vrijwillige inzet van uren is moeilijk in geld uit te drukken. De extra uren komen tot uitdrukking in meer aandacht voor de bewoners, maar niet per definitie in een lagere zorginkoop. De Belastingdienst heeft vastgesteld dat voor de inzet van vrijwillige uren een vergoeding van €4,50 passend is. Voor deze maatschappelijke business case wordt deze financiële waarde overgenomen.

De maatschappelijke baten van kleinschalige ouderinitiatieven waar de ouders zo dicht bij betrokken zijn komen daarmee uit op 2,4 uur maal 10,8 bewoners maal 52 weken maal €4,50 is €6.065 per initiatief per jaar.

5.3.4 Ouders: minder ervaren zorgbelasting

Hoewel ouders nog steeds veel uren per week betrokken zijn bij de zorg van hun kinderen, kan aangenomen worden dat hun ervaren zorgbelasting minder is dan toen hun kind thuis woonde.

Onderzoek naar de zorgbelasting van mantelzorgers van mensen met dementie laten een wisselend beeld zien. Het ene onderzoek wijst uit dat dat mantelzorgers van bewoners in kleinschalige woonvormen minder zorgbelasting rapporteren dan mantelzorgers van bewoners op gewone afdelingen.³¹ Ander onderzoek laat zien "dat er geen significante verschillen zijn tussen de psychische gezondheid, ervaren zorgbelasting en ervaren zorgcompetentie van mantelzorgers van bewoners van kleinschalig wonen en moderne traditionele verpleeghuizen. Wel was er een trend richting een betere psychische gezondheid bij mantelzorgers van bewoners in kleinschalig wonen."³²

²⁸ Prijspeil 2011. Voorzichtigheidshalve is dit bedrag niet geïndexeerd naar heden.

²⁹ (5,7 maal 6 bewoners) plus (2,6 maal 9,4 bewoners) gedeeld door 15,4 bewoners maakt 3,8 uur

³⁰ Trimbos, 2012

³¹ Verbeek, 'Redesigning dementia care', 2011

³² Te Boekhorst, 'Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: Concept en effecten', 2011

Gebaseerd op deze wisselende resultaten, wordt voorzichtigheidshalve aangenomen dat de helft van de mantelzorgers minder zorgbelasting kent. Uit onderzoek is gebleken dat het afnemen van ervaren zorgbelasting een stijging van de QALY's betekent van 0,021 tot 0,063. Gemiddeld is dit 0,042 QALY. Tenslotte, zoals eerder aangegeven, hanteren wij een financiële waarde voor 1 QALY van €25.000.

Een gemiddelde groepsgrootte van 10,8 bewoners, waarvan de helft van de ouders minder zorgbelasting kent, vertegenwoordigt dus een financiële waarde van €11.340 per initiatief per jaar.³³

5.3.5 Medewerkers: minder verloop

Uit onderzoek blijkt dat medewerkers in een kleinschalig ouderinitiatief minder werkdruk en meer autonomie ervaren.³⁴ Dit heeft een positief effect op hun welbevinden en doet de arbeidstevredenheid stijgen. Dit wordt onderschreven door de resultaten van het arbeidstevredenheidsonderzoek van Prisma in paragraaf 5.2.

Een hogere arbeidstevredenheid zorgt ervoor dat het verloop onder medewerkers daalt.³⁵ De kosten van het verloop van medewerkers is fors. Brits onderzoek heeft aangetoond dat de kosten voor het vervangen van medewerkers oploopt tot één jaarsalaris.³⁶ De onderzoekers hebben hierbij gekeken naar posten als de kosten voor een uitzendbureau, maar ook naar het verlies van productiviteit voor de nieuwe medewerkers ingewerkt is en de tijd die men kwijt is om de gesprekken te voeren. Deze berekening volgende, staat het verlooppercentage maal de gemiddelde personeelskosten gelijk aan de totale kosten van het verloop.

Als we uitgaan van een gemiddelde verloop van momenteel 10,1%,³⁷ de kosten per FTE gelijkstellen aan FWG 35 (periodiek 5)³⁸ en de gemiddelde bezetting per kleinschalige woonvoorziening op 6,5 FTE, dan komen de totale kosten voor het verloop uit op €14.390. Aannemende dat het verloop met 1 procentpunt daalt (van 10,1% naar 9,1%), dalen de kosten voor het verloop met €1.852.

5.3.6 Medewerkers: minder ziekteverzuim

Het welbevinden van medewerkers bestaat naast de al genoemde arbeidstevredenheid uit burnoutklachten en ziekteverzuim. Het blijkt dat kleinschalig wonen een positief effect heeft op de ervaren werkdruk van medewerkers.^{39, 40} Medewerkers in een kleinschalige woonomgeving ervaren minder werkdruk en meer autonomie, wat een direct effect heeft op de burnoutklachten. Op een schaal tussen de 5 (geen klachten) en 35 (veel klachten), scoren de medewerkers gemiddeld 3,2 punt lager dan medewerkers in een reguliere instelling.⁴¹

Ook het ziekteverzuim tussen kleinschalige en reguliere organisaties laat grote verschillen zien. Waar reguliere zorgorganisaties een ziekteverzuim hebben van 6,6%, is dat in

³³ 10,8 bewoners maal 2 ouders maal ½ maal 0,042 QALY maal €25.000 maakt €11.340.

³⁴ Trimbos, 'Monitor Woonvormen Dementie', 2010

³⁵ Koster, Fouarge en De Grip, 'Personeelsontwikkeling, werktevredenheid en personeelsverloop', 2009

³⁶ PwC, 'Hourglass HR', december 2010

³⁷ Uitstroom van personeel bij zorgorganisaties met een omzet kleiner dan €10 miljoen. Zie Actiz, 'Benchmark in de Zorg 2012', 2012

³⁸ €2.084,16 maal 12 maanden plus 8% vakantiegeld plus 5,5% eindejaarsuitkering maakt €28.496,30

³⁹ Trimbos, 2010

⁴⁰ Verbeek, 'Redesigning dementia care. An evaluation of small-scale, homelike care environments', 2011

⁴¹ Verbeek, 2011

kleinschalige woonvoorzieningen 4,2% (beide exclusief zwangerschapsverlof).⁴² Dit percentage is de afgelopen jaren consistent gebleven.⁴³

Conform de rekenmethode van het CBS bedragen de kosten voor ziekteverzuim het verzuimpercentage maal de totale loonkosten. Uitgaande van 6,5 FTE zijn de totale loonkosten per locatie gemiddeld €333.455.⁴⁴ Een daling van 6,6% naar 4,2% zorgt daarmee voor een besparing van (2,4% van €333.455 is) €8.003.

5.3.7 Overig: eigen inzet bij oprichting

Het oprichten van een nieuw zorginitiatief kost veel tijd. In het geval van een ouderinitiatief, wordt deze tijd voor een groot gedeelte gedragen door ouders en niet door de zorgorganisaties. Deze geïnvesteerde tijd wordt dan ook niet vergoed, maar gedragen door de ouders.

Uit onderzoek blijkt dat de oprichting van een ouderinitiatief gemiddeld 5,5 jaar kost van voorbereiding totdat de eerste bewoners arriveren.⁴⁵ Uit een inventarisatie van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn blijkt dat ouders gemiddeld twee dagen in de week investeren in de oprichting van een ouderinitiatief.⁴⁶ De totale ureninzet komt hiermee op 572 dagen per initiatief.

Aangezien dit uren zijn die ouders vrijwillig investeren om een woon- en zorgomgeving te creëren dat één op één aansluit bij hun wensen, kunnen we deze waarderen tegen de genoemde €4,50 die de Belastingdienst hanteert. De totale investering komt hiermee uit op €20.592.

Deze investering vindt plaats aan het begin van het traject en dient dus afgeschreven te worden over de gehele looptijd. Uitgaande van een afschrijvingstermijn van 10 jaar, komt de jaarlijkse besparing uit €2.059 per jaar. Met andere woorden, de inzet van de ouders om het initiatief op te zetten staat gelijk aan een bedrag van €2.059 per jaar.

5.4 Overzicht

In onderstaande tabel worden de gekwantificeerde baten overzichtelijk weergegeven.

⁴² Trimbos, 2010

⁴³ Trimbos, 'Monitor Woonvormen Dementie 2008-2011', 2012

⁴⁴ 6,5 FTE maal 1.530 inzetbare uren is 9.945 uur. Maal €33,53 maakt €333.455.

⁴⁵ Janse-Alewijnse, Buntinx, Groot en Curfs, 'Ouderinitiatieven voor wonen en zorg; een vervolgonderzoek naar de ontwikkeling van ouderinitiatieven geïnitieerd door ouders van mensen met een verstandelijke beperking in de provincies Limburg, Noord- Brabant en Zeeland, Nederlands', Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 2009

⁴⁶ Somma i.s.m. het Innovatieprogramma Wonen en Zorg, 'Succesfactoren bij nieuwe ouderinitiatieven', 2003

Tabel 9 – Overzicht van alle gekwantificeerde maatschappelijke baten

Maatschappelijke baat	Kwantificering
Bewoners: eigen regie	€ 2.970
Bewoners: meer formele zorg	€ 106.559
Bewoners: meer informele zorg	€ 6.065
Ouders: minder ervaren zorgbelasting	€ 11.340
Medewerkers: minder verloop	€ 1.852
Medewerkers: minder ziekteverzuim	€ 8.003
Overig: eigen inzet ouders bij oprichting	€ 2.059
TOTAAL	€ 138.848
TOTAAL per bewoner	€ 12.856

5.5 Meer dan rozengeur en maneschijn: een kritische kanttekening

Naast alle voordelen van de kleinschalige ouderinitiatieven zijn er ook enkele aspecten die de kracht van de initiatieven kunnen verminderen.

Allereerst de ouders zelf. Zij zijn van onweerlegbaar belang voor de initiatieven: niet alleen zorgen zij voor de oprichting – waar ze vaak enkele jaren mee bezig zijn –, maar ook daarna zijn zij de drijvende kracht achter het initiatief en vormen zij het dagelijks bestuur. Deze betrokkenheid zorgt ervoor dat het initiatief tot stand komt, maar kan in sommige gevallen ook voor spanning zorgen. Zoals Vilans constateert, “De betrokkenheid van ouders kan echter ook de eigen regie belemmeren, wanneer ouders een te grote stempel drukken op het leven van hun kind of het reilen en zeilen in de woonvorm. [...] Eigen regie vraagt daardoor een subtiel samenspel in de driehoek bewoner, ouder en zorgverleners.”⁴⁷

Daarnaast zorgt de sterke betrokkenheid van ouders er ook voor dat zij goed kijken naar de toekomstige bewoners op het moment dat er een plaats vrijkomt. De zorgvuldige selectie van deze nieuwe bewoner zorgt voor een positieve groepsdynamica, maar kan een rendabele exploitatie in de weg zitten.

Voor de bewoners geldt dat wonen en zorg in een kleinschalig ouderinitiatief sterk aan elkaar gekoppeld zijn. Zowel bij een positieve situatie (doorgroeien) als bij een negatieve (conflict) zal een bewoner niet alleen z'n woonruimte moeten verlaten, maar ook de groep en de zorgverleners. Juist doordat een ouderinitiatief meer ‘eigen’ is, kan dit een grote stap zijn. Ook is de woonsituatie onzeker op het moment dat de ouders het onderling niet meer eens zouden zijn.

Verder is een aandachtspunt hoe het ouderinitiatief zich ontwikkelt op het moment dat meerdere ouders binnen korte tijd aangeven geen actieve rol meer te kunnen spelen in het proces.

Ook voor de medewerkers heeft het werken in een kleinschalig initiatief enkele nadelen. Uit onderzoek blijkt dat medewerkers met name het alleen werken en de kwetsbaarheid van personele bezetting aangeven als nadeel.⁴⁸ “Het alleen werken wordt het meest

⁴⁷ Vilans, ‘Regie over eigen leven voor mensen met een (verstandelijke) beperking – een verkenning’, 2013

⁴⁸ Verbeek, Van Rossum, Zwakhalen, Kempen en Hamers, ‘Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie’, 2011

genoemd als nadeel van kleinschalige woonvormen. [...] Sommige verzorgenden geven aan een team te missen waarmee ze verantwoordelijkheden kunnen delen of hulp kunnen vragen. Doordat je vaak alleen werkt moet je ook alleen moeilijke beslissingen nemen en dat brengt veel verantwoordelijkheid en zelfstandigheid met zich mee. [...] Een ander nadeel is kwetsbaarheid van personele bezetting, bijvoorbeeld wanneer een personeelslid ziek wordt en hierdoor wegvalt.”

Voor de gemeente is de meerwaarde niet altijd even grijpbaar. De inkomsten voor het initiatief zijn in veel gevallen een uitgave voor de gemeente, zoals PGB, Wajong en huurtoeslag. Meer mensen met beperkingen in een bepaalde gemeente betekent hogere uitgaven.

Tenslotte is er voor woningcorporaties een potentieel risico. Het terugverdienen van nieuwbouw is met gemaximeerde huren niet eenvoudig, aangezien de kosten hoog zijn ten opzichte van de inkomsten. Daarnaast dient uit deze gemaximeerde huren ook de gemeenschappelijke ruimte bekostigd te worden, terwijl dit in de bepaling van de huurtoeslag niet meegenomen is. Dit houdt in dat corporaties in veel gevallen een zogenaamde onrendabele top moeten accepteren, terwijl zij daar in deze tijden steeds minder buffers voor hebben. Aanvullend biedt een kleine organisatie – zoals ieder ouderinitiatief – minder stabiliteit richting de toekomst dan een grote zorginstelling. Dit kan eventueel ondervangen worden door garantstelling van de ouders, maar vergeleken met één huurcontract met een instelling is dit relatief omslachtig.

5.6 Conclusies

De maatschappelijke baten van kleinschalige ouderinitiatieven zijn divers. Zo participeren de bewoners meer in de maatschappij en hebben zij een stabiele woon- en leefomgeving. Hierdoor hebben zij meer sociale contacten en ervaren zij meer geluk. De zorgmedewerkers zijn meer betrokken bij hun werk en ervaren mede daardoor een hogere tevredenheid.

De ouders zijn minder belast en hebben meer zeggenschap en betrokkenheid bij de zorg. De woningcorporaties hebben de kans om hun vastgoed op efficiënte en maatschappelijke wijze in te zetten. Gemeentes tenslotte ervaren meer sociale cohesie en minder eenzaamheid bij buurtbewoners.

Naast kwalitatieve baten, is de opbrengst van goede zorg ook uit te drukken in een financiële waarde. Er zijn verschillende maatschappelijke baten die aantoonbaar een financiële waarde vertegenwoordigen. Wanneer deze baten – eigen regie, meer (in)formele zorg, minder ervaren zorgbelasting, minder verloop en ziekteverzuim en de eigen inzet van ouders bij oprichting – omgezet wordt naar euro's, vertegenwoordigd dit een waarde van €12.856 per bewoner per jaar.

Naast alle voordelen van de kleinschalige ouderinitiatieven zijn er ook enkele aspecten die de kracht van de initiatieven kunnen verminderen. Zo kan de inzet van ouders voor spanning zorgen als zij te betrokken zijn en is voor de bewoners onzeker hoe de toekomst zich ontwikkelt als meerdere ouders tegelijkertijd uit de stichting of de vereniging stappen. De medewerkers ervaren het alleen werken ook als nadeel en de gemeente zet vraagtekens bij de uitgaven die hen ten deel vallen.

Tenslotte is de verhuur van vastgoed uitdagend door minder toekomstige garanties.

6 Conclusie: maatschappelijke Business Case

De maatschappelijke business case kent een logische opbouw waarin vijf onderling verbonden perspectieven samenkomen tot één gedeelde kosten-baten afweging. Het gehele model komt samen in de mBC, die in de inleiding (paragraaf 1.4) is toegelicht en hieronder nogmaals kort in een figuur is weergegeven.



Figuur 6 - Opbouw maatschappelijke Business Case

6.1 Terug naar de kern: de bewoner

Wanneer we kijken naar het cliëntperspectief en de waardepropositie, komt daar een zeer vergelijkbaar beeld uit. De meerwaarde van de ouderinitiatieven zit in de zorg- en woonomgeving die gericht zijn op de eigen regie voor de bewoners. De kleinschaligheid, de locatie en de werkwijze van de medewerkers is gericht op het zo zelfstandig mogelijk wonen en leven. Aangezien de bewoners dit zelf oppakken, ontstaat een positieve opwaartse spiraal.

William McKnight, de voormalige CEO van 3M, deed in 1924 reeds de uitspraak: "Als je een hek om mensen heenzet, krijg je schapen". Met andere woorden, hoe meer men gestuurd wordt, hoe meer men zich laat leiden en hoe minder initiatief men zelf neemt. Dit is juist de richting die kleinschalige ouderinitiatieven doorbreken: door de eigen regie bij de bewoners te laten, krijgen ze meer zelfvertrouwen, zijn ze gelukkiger en behoeven ze uiteindelijk minder zorg.

De ouders zijn belangrijk voor de ouderinitiatieven. Zij zorgen voor de oprichting en zijn de drijvende kracht achter het initiatief. Vilans constateerde dat de eigen regie van de bewoners om een subtiel samenspel van de bewoners, de ouders en de zorgverleners vraagt. De constatering dat eigen regie een subtiel samenspel is, blijkt ook uit deze business case. De bewoners moeten in een kleinschalig initiatief willen wonen én daar klaar voor zijn, de ouders fungeren als oprichter én als drijvende kracht en de zorgverleners moeten de zorg zo inrichten dat deze echt gericht is op deze eigen regie. Het samenvallen van deze factoren in één initiatief zorgt voor een optimaal resultaat: 1 plus 1 maakt 3.

6.2 De mBC: Organisatorische en Maatschappelijke case

De exploitatie van een kleinschalig ouderinitiatief is een uitdaging. De marges zijn niet ruim, er zijn net zoveel organisaties die financieel net tekort komen als die financieel net overhouden en vaak worden er geen reserveringen voor toekomstige kosten opgebouwd. Ofwel, in de huidige situatie is het financieel lastig.

Daar komt bij dat de zorgfinanciering van de initiatieven zich de komende jaren stormachtig gaat ontwikkelen. Financiering wordt overgeheveld van AWBZ naar Wmo, sommige bewoners zullen in te toekomst helemaal geen financiering meer krijgen en ook met betrekking tot de huurtoeslag worden de marges dunner.

De kleinschaligheid, die voor de bewoners en de medewerkers juist positief is, maakt het lastiger om een financiële gezonde exploitatie te voeren. Aangezien de initiatieven lagere overheadkosten hebben, zoals Raad van Bestuur of de facilitaire dienstverlening, wordt er meer zorg geboden dan bewoners in een andere woonsetting zouden krijgen. Dit is uiteraard zeer gunstig voor de bewoner – en passend bij de wens van ouders om alleen het beste voor hun kind te willen – maar dit heeft geen gunstige uitwerking op de exploitatie.

Naast de exploitatie staan de maatschappelijke baten. Door de passie en gedrevenheid van de ouders, wordt dit vaak vanuit de bewoners gezien: geluk, welzijn en tevredenheid zijn baten die direct naar boven komen. Het blijkt echter dat er veel meer baten te noemen zijn. Niet alleen de bewoners zelf, maar ook de ouders, broers of zussen, de medewerkers, de zorgorganisatie, de corporatie en ook de gemeente profiteren van de kleinschalige initiatieven in de wijk.

Enkele van deze baten zijn omgezet naar euro's. Het blijkt dat, naast de zorg die bewoners krijgen, er een maatschappelijke baat te behalen is die per bewoner neerkomt op een waarde van €12.856 per jaar.

6.3 Succesfactoren, aandachtspunten en aanbevelingen

Gebaseerd op deze business case, de gesprekken met de deskundigen en de geraadpleegde literatuur, zijn er meerdere succesfactoren en aanbevelingen te doen.

Stuur op een gezonde exploitatie

Het is van belang om te zorgen voor een juiste samenstelling van de bewonersgroep, met een voldoende schaalgrootte om een gezonde exploitatie mogelijk te maken. Over het algemeen geldt dat bewoners door de wet- en regelgeving voor onvoldoende financiële bijdragen kunnen zorgen.

Verder zijn kostenefficiëntie en een scherpe inkoop van zorg ook belangrijke pilaren. Ouderinitiatieven betalen gemiddeld gezien een hoger uurtarief voor de zorgverleners dan zorgondernemers. Ook blijkt uit onderzoek dat verschillende initiatieven geen inzicht hebben in de uurtarieven. De verwachting is dat juist deze initiatieven baat kunnen hebben bij een scherpe zorginkoop.

Daarnaast is het van belang om de mogelijkheden tot het genereren van aanvullende inkomsten te kennen en deze te benutten. Hiertoe behoren niet alleen vormen als sponsering of een rommelmarkt, maar ook het optimaal gebruik maken van alle wet- en regelgeving.

Beperk de leegstand

Er zit spanning op de selectie van de bewoners in relatie tot het bezettingspercentage. Hoewel gesuggereerd wordt dat groeps grootte leidend is – grotere groepen zorgen voor een betere exploitatie – heeft HHM in haar onderzoek geconstateerd dat het bezettingspercentage een grotere invloed heeft op het resultaat dan de groeps grootte op zich. Een belangrijk aandachtspunt voor een financieel gezonde exploitatie is dan ook een goed bezettingspercentage.

Daar staat tegenover dat een goede selectie van de juiste bewoners en een passende bewonerscombinatie van belang zijn voor een goede groepsdynamiek. Deze twee – zorgvuldige selectie versus een snelle invulling van lege plaatsen – dienen daarmee hand in hand te gaan om de exploitatie sluitend te krijgen.

Betrek de gemeentes

Met betrekking tot de versterkte rol van de gemeentes, is het van belang om deze partij uitgebreid en tijdig te betrekken. Voor gemeentes zijn ouderinitiatieven niet per definitie de meest logische partij om afspraken mee te maken. Ouderinitiatieven bieden, in tegenstelling tot grote zorgorganisaties, minder garanties naar de toekomst en vragen

meer van de gemeentes door de toewijding van de ouders, de versnipperdheid van de initiatieven en de kleinschaligheid.

Het aantonen van de meerwaarde door de buurtgerichtheid van ouderinitiatieven, zodat gemeentes echt voor eigen bewoners meerwaarde leveren, is van groot belang om de gemeentes optimaal te laten meeprofiteren en de medewerking te bewerkstelligen. Ouderinitiatieven dienen zich te verdiepen in de buurtparticipatie en hier samen met de gemeente een goede en toekomstbestendige koers in te varen.

Centraliseer kennis

De noodzaak van kennis over de veranderende zorgfinanciering vraagt om centralisatie van deze kennis. Door gebruik te maken van de ervaringen en kennis van anderen, is het gemakkelijker om de kennis op niveau te houden, 'best practices' uit te wisselen, zaken gezamenlijk op te pakken en meer slagkracht naar de lokale en nationale politiek te vormen. Reeds bestaande (kennis)platformen zoals MEE, LSW of regionale platformen kunnen deze rol vervullen.

Streef naar zakelijkheid

De financiering van zorg en huisvesting is de afgelopen jaren onder druk komen te staan. Het opstellen van een business plan bij de start, én het constant bijstellen van dit business plan zorgt ervoor dat de zakelijkheid ook vertaald wordt naar een professionele interne organisatie.

Wees voorbereid op exit scenario's

De toekomst is ongewis. In een speelveld waarin de continuïteit van zorgorganisaties afhankelijk is van de rol van de overheid, is het zinvol om rekening te houden met exit scenario's. Door het opstellen van dergelijke scenario's, wordt zo veel als mogelijk vermeden dat beslissingen die nu genomen worden ongelukkig uitpakken in de toekomst. Als voorbeeld hierbij kan het huurcontract dienen: met een toekomst die afhankelijk is van de politiek, is het niet aan te raden om een huurcontract van 20 jaar af te sluiten. Ook wordt, door te anticiperen op deze onzekere toekomst, de zakelijkheid verder ingevuld.

Plan de toekomst

De ouders die momenteel het bestuur van de ouderinitiatieven vormen, bereiken binnen een afzienbare periode een leeftijd waarop een actieve inzet niet meer vanzelfsprekend is. Ofwel, de organisatie ontwikkelt zich door van 'volwassenheidsfase' naar 'doorgroeifase'. Door nu reeds voor te bereiden op deze fase, kan voorkomen worden dat er een continuïteitsprobleem ontstaat.

Het betrekken van overige familieleden kan een oplossing zijn. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn het verenigen van initiatieven in bijvoorbeeld een landelijke organisatie waar de individuele ouderinitiatieven als werkstichting onder vallen, waarbij de landelijke stichting mede zorgdraagt voor de opvolging.

Onderzoek het geluk binnen kleinschalige ouderinitiatieven

Eén van de kernpunten voor kleinschalige ouderinitiatieven is het geluk van de bewoners. Er is echter geen onderzoek bekend dat het geluk van de bewoners onderzocht heeft. Er kan worden aangenomen dat de bewoners inderdaad gelukkiger zijn, al is het maar doordat alle ouders dat benoemen en de bewoners aanzienlijk meer zorg en aandacht krijgen. Om ook op vlak van levensgeluk de meerwaarde van kleinschalige ouderinitiatieven aan te tonen, is aan te bevelen om hier een (vergelijkend) onderzoek naar uit te voeren.

Bijlage 1 Geraadpleegde deskundigen

Onderstaand zijn de organisaties weergegeven die een bijdrage hebben geleverd aan deze maatschappelijke business case. Aangezien men sprak uit hoofde van de organisatie, is alleen de organisatie weergegeven.

- Provincie Noord-Brabant
- MEE Zuidoost Brabant
- Regionaal platform de Sleutel tot Wonen RPSW
- Gemeente Deurne
- Gemeente Eindhoven
- Stichting De Bastide
- Stichting Ons Huis
- Stichting Ons Plekje
- Stichting Wonen in Hapert
- Stichting Woon Initiatief Best
- Vereniging Woon Initiatief Nuenen
- Woningbouwvereniging Bergopwaarts
- Woningstichting de Zaligheden
- Zorgorganisatie Amarant
- Zorgorganisatie Prisma

Bijlage 2 Overzicht van deelstappen

Oriëntatiefase

- Missie en visie
- Zorgvisie
- Bewonersprofiel
- Procedure werving en toelating nieuwe bewoners
- Businessplan opstellen
- Risico-analyse
- Rechtspositie, statuten
- Programma van eisen opstellen
- Intentieverklaring / convenant
- Huurovereenkomst(en)

Subfase: Definitiefase

- *Bouw c.q. huisvesting monitoren*
- *Financiën (subsidie en sponsoring)*
- *Zorgfinanciën (indicatiestelling, Wmo, etc.)*
- *Zorgvraag individueel en groep*
- *Procedure selectie zorgaanbieder*
- *Woningcorporatie*
- *Samenwerkingsovereenkomsten sluiten*
- *Zorgovereenkomst*
- *PR*

Realisatiefase

- Verhuistraject
- Bewonersraad oprichten
- Opening

Volwassenheidsfase en Doorgroeifase

- Nazorg
- Borgen van de toekomst

Bijlage 3

Business Model Canvas kleinschalige ouderinitiatieven

