



Van Verpleeg^huⁱszorg Naar Verpleegzorg ^hThⁱis

7 maart, 2023

1. Inleiding
2. Actueel Beeld VPT
3. VPT Modellen
4. VPT Algemeen
5. Personeel in een VPT
6. Cliënten in een VPT
7. Visies op VPT
8. Zorgkantoren
9. Samenvatting

Inhoud

1. Inleiding

1. Inleiding



- Sinds de Wet langdurige zorg (Wlz), die is ingegaan op 1 januari 2015, hebben alle cliënten met een Wlz-indicatie recht om te kiezen of de Wlz-zorg thuis wordt ontvangen, of in een Wlz-instelling.
- Als een cliënt ervoor kiest om thuis de Wlz-zorg te ontvangen, dan kan een cliënt kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB), een Modulair Pakket Thuis (MPT), of een Volledig Pakket Thuis (VPT)
- Omdat de zorg in VPT vergelijkbaar is met intramurale zorg, lijkt VPT een veelbelovend alternatief voor intramurale zorg.
- Het aantal verpleeghuisplekken is bevroren op **130.000**. Bij ongewijzigd beleid zal het aantal verpleeghuisplekken moeten toenemen met **100.000** tussen 2020-2040¹. De verwachte groei van ouderen met een zorgvraag moet dus buiten het verpleeghuis opgevangen worden.
- In de afgelopen jaren was de verschuiving naar Verpleegzorg Thuis al zichtbaar, maar dit komt in een stroomversnelling door het bevriezen van de intramurale plekken.
- Dit rapport geeft een overzicht van VPT in Nederland. Voor dit rapport is een literatuurstudie gedaan en zijn er gesprekken gevoerd met 16 verschillende zorgorganisaties en 2 zorgkantoren.

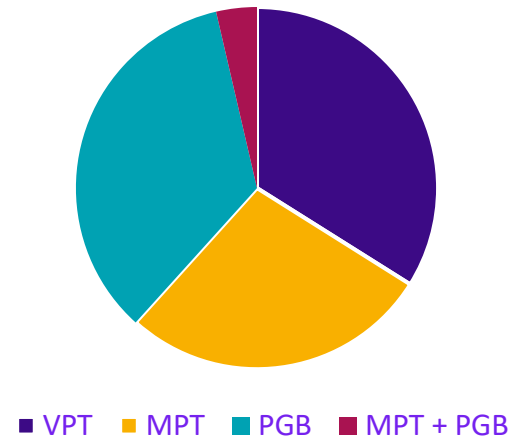
2. Actueel beeld VPT

2.1 Groei Verpleegzorg Thuis

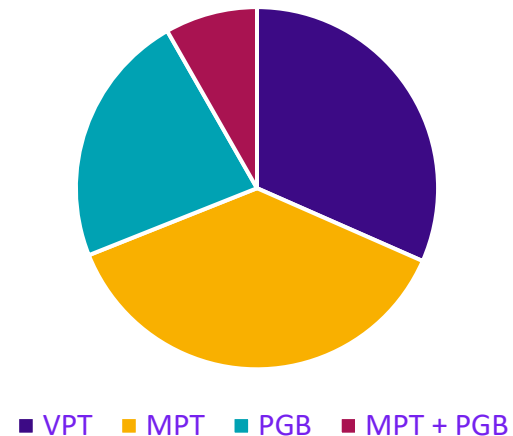


- Tussen oktober 2018 en juli 2022 is het aantal cliënten wat verpleegzorg thuis ontvangt toegenomen van 22.600 naar 41.121^{2*}.
- In juli 2022 ontving **25.7%** van de cliënten verpleegzorg thuis*.
- De meeste cliënten met verpleegzorg thuis ontvangen MPT (>15.000 cliënten).
- In juli 2022 ontvingen ongeveer 13.000 cliënten VPT.

Verpleegzorg Thuis 2018



Verpleegzorg Thuis 2022

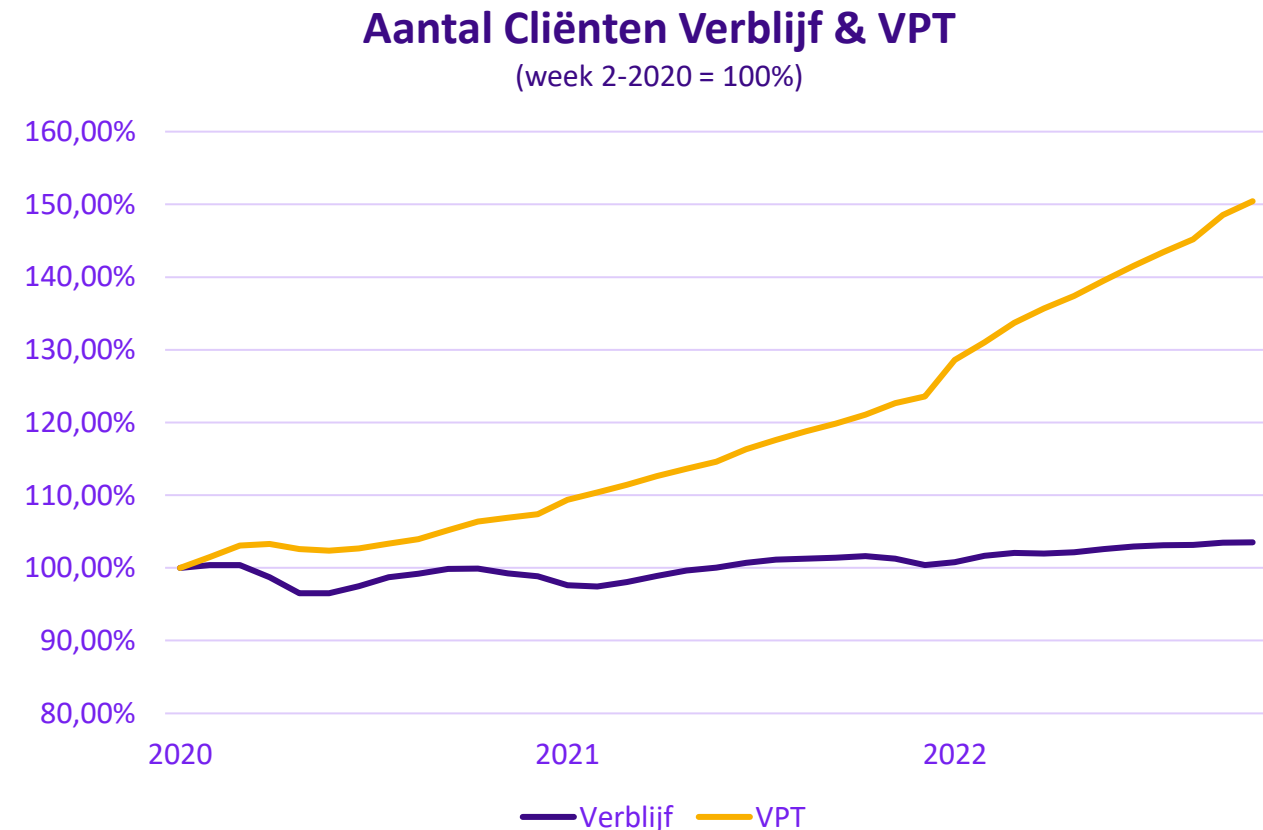


*Exclusief overbruggingszorg/ enige vorm van zorg uit de Wlz

2.2 Gebruik van VPT t.o.v. Verblijf



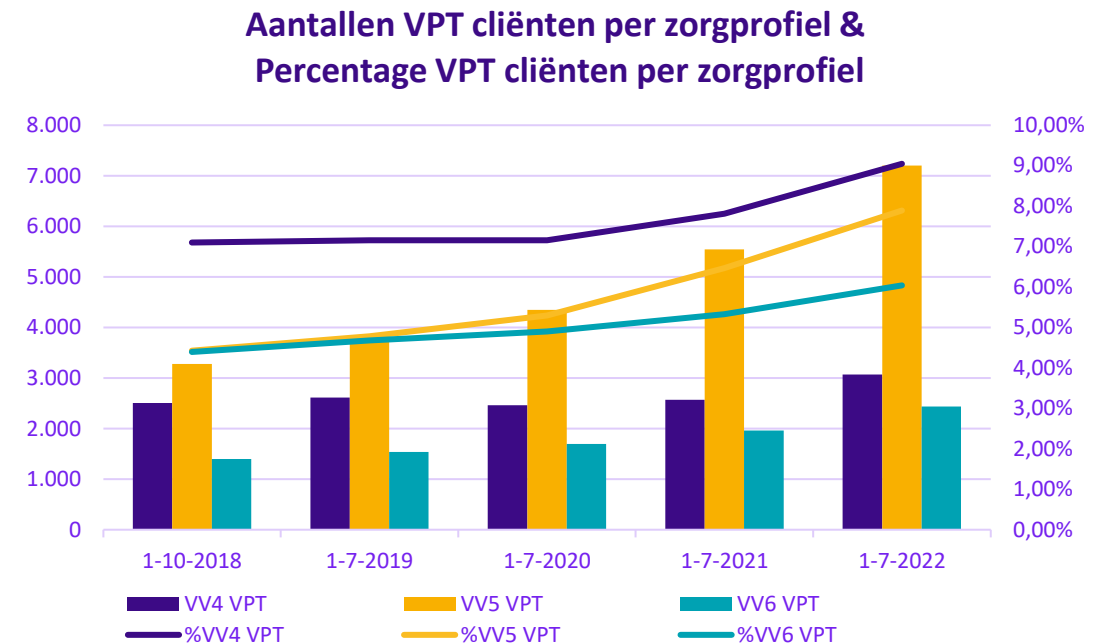
- Tussen januari 2020 en november 2022 groeide het aantal VPT cliënten van 9.395 naar 14.210. Het aantal cliënten intramuraal groeide in die periode van 126.430 tot 131.060³.
- Hiermee groeide het aantal VPT cliënten in die periode met ruim 51% en het aantal cliënten intramuraal groeide met minder dan 4%.



2.3 Indicaties binnen VPT



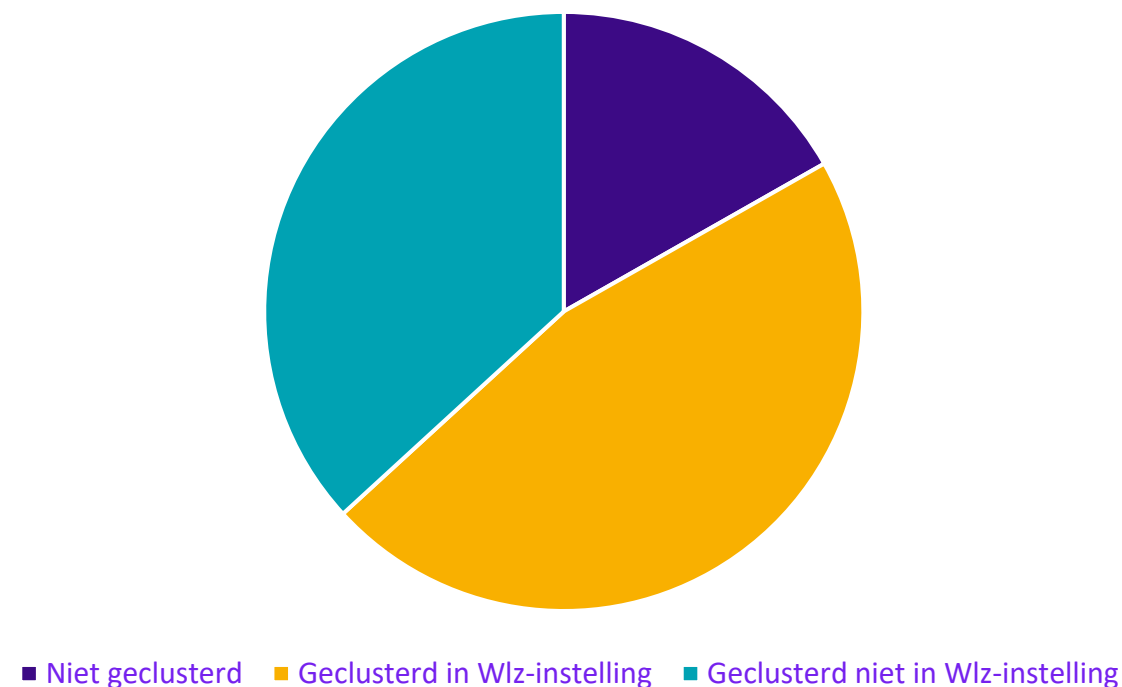
- Zorgprofiel VV4, VV5 en VV6 vormen **97.8%** van alle VPT cliënten.
- Het aantal VPT cliënten met zorgprofiel VV5 is het grootst en neemt het snelst toe.
- Het aantal cliënten met zorgprofiel VV4 stijgt langzaam, maar van alle cliënten met zorgprofiel VV4 verzilvert meer dan 9% deze indicatie in een VPT².



2.4 Woonvormen VPT

- In 2019 waren er 1090 geclusterde locaties* waar VPT werd ontvangen. **83.2%** van de VPT cliënten ontving VPT geclusterd³.
- Binnen de geclusterde locaties ontving **55,8%** van de VPT cliënten VPT in een Wlz-instelling**. In totaal waren 770 van de 1090 geclusterde locaties gekoppeld aan een verpleeghuis.

Aantal VPT Cliënten per woonvorm



*Geclusterd = ≥ 3 personen met VPT + geen Wlz-verblijf in hetzelfde pand

**Geclusterd in Wlz-instelling = ≥ 1 persoon met VPT + ≥ 1 persoon Wlz-verblijf in zelfde pand

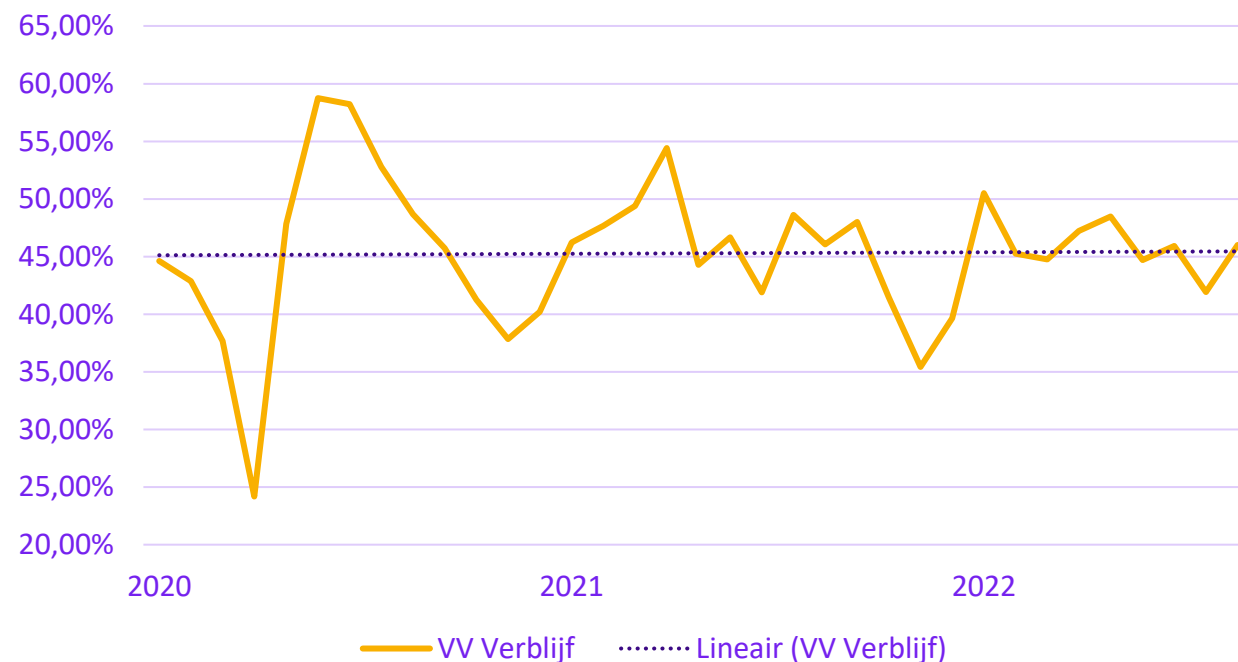
2.5 Uitstroom VPT

actiz

- Tussen 2020-2022 stroomde 15.955 cliënten uit VPT. **55%** van de uitstroom kwam door overlijden. **45%** bestond uit doorstroom naar zorg met verblijf².
- De doorstroom naar zorg met verblijf lijkt zich na meerdere coronagolven te stabiliseren rond de 45%.

% doorstroom naar Verblijf t.o.v. de totale uitstroom van VPT

(per 4 weken)



2.6 Samenvatting



- Het aantal VPT cliënten groeit hard. VPT lijkt vooral geschikt te zijn voor cliënten met zorgprofiel VV4, VV5 en VV6.
- Het grootste gedeelte van de VPT cliënten ontvangt de zorg geclusterd in een pand waar ook intramurale zorg geleverd wordt (bijvoorbeeld in een aanleunwoning).
- Voor iets meer van de helft van de cliënten voorkomt VPT een opname in een verpleeghuis. De andere helft van de cliënten krijgt toch nog te maken met een opname.

3. VPT Modellen

3.1 Vier VPT modellen



- Op basis van de locatie van VPT kunnen er vier verschillende VPT modellen onderscheiden worden. Dat zijn:



1. Ongeclusterd VPT: Het VPT wordt bij cliënten in de wijk geleverd. Dit is geheel ongeclusterd. De cliënten wonen in verschillende panden en verschillende straten.



2. VPT gekoppeld aan een verpleeghuis: Het VPT wordt geleverd in of nabij een verpleeghuis. Dit kan een aanleunwoning of naburig wooncomplex zijn. In sommige gevallen wordt er ook in een aantal straten in de omgeving van een verpleeghuis VPT geleverd.



3. VPT Verspreid in een wooncomplex:

Het VPT wordt geleverd in een wooncomplex waar ook mensen wonen die geen zorg of andere zorg (zoals MPT of Zvw-zorg) ontvangen. De VPT cliënten wonen verspreid door het wooncomplex en eventueel aangrenzende panden. Er is echter geen koppeling met een verpleeghuis.



4. Geclusterd VPT: Het VPT wordt geleverd in een wooncomplex of een deel van een wooncomplex waar (in principe) alleen VPT geleverd wordt.

3.2 Woonaanbod & Organisatie



- Naast de vier VPT modellen kan er ook nog onderscheid gemaakt worden in twee andere aspecten. Dat zijn:

1. Woonaanbod: Het woonaanbod kan per zorgorganisatie verschillen. Het gaat hierbij om: sociale huur; reguliere huur; koop; of een combinatie hiervan.

2. Organisatie van het zorgteam: zorgorganisaties leveren het VPT op verschillende manieren: een apart VPT team; de reguliere wijkverpleging; een verpleeghuisteam; of een combinatie hiervan.

3.3 Ongeclusterd VPT (1)



Voordelen

1. De cliënt kan thuis blijven wonen in zijn/haar eigen omgeving.
2. Het geeft de kans aan zorgorganisaties om zich als aantrekkelijk werkgever te positioneren in de arbeidsmarkt. Het personeel kan tussen twee 'zorgsmaken' kiezen binnen de thuiszorg. Daarnaast ontstaan er meer doorgroeimogelijkheden.

Nadelen

1. Het team heeft niet altijd een overlegruimte en werkplek om dossiers bij te werken.
2. Ongeplande (nacht)zorg is lastig te organiseren.
3. Bepaalde voorzieningen leveren in de wijk is lastiger, zoals de maaltijden en wassen.

3.3 Ongeclusterd VPT (2)



Knelpunten

zorgorganisaties met ongeclusterd VPT ervaren gemiddeld minder knelpunten vergeleken met de andere VPT modellen. De belangrijkste knelpunten die in de literatuur naar voren kwamen, gingen over de reistijd en de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld nachtzorg)

“Want wees eerlijk, VPT in de wijk is onbetaalbaar, want dan heb je die reistijden die niet betaald worden.”

Oplossingen

Bij geen van de ondervraagde zorgorganisaties leverde het VPT team de nachtzorg. De nachtzorg werd uitbesteed aan een andere organisatie, of ondergebracht bij de wijkverpleging of verpleeghuisteam die al nachtzorg leverden. Daarnaast was het opvallend dat reistijd vooral als belemmering werd gezien door zorgorganisaties die zelf geen ongeclusterd VPT leverden. Zorgorganisaties met ongeclusterd VPT ervaren het VPT tarief als toereikend om ook de reiskosten daaruit te bekostigen.

3.4 Gekoppeld aan een Verpleeghuis



Voordelen

1. De VPT cliënten kunnen gebruik maken van de faciliteiten van het verpleeghuis, zoals de dagbesteding en het restaurant.
2. De nachtzorg is makkelijk te regelen vanuit de nachtdiensten die er al zijn in het verpleeghuis.

Nadelen

1. De zorg is vaak ingewikkeld om te leveren voor een verpleeghuisteam, omdat de zorg in VPT anders is dan intramuraal.

Knelpunten

De meest genoemde knelpunten voor dit VPT model zijn hetzelfde als de knelpunten voor VPT verspreid in een complex en geclusterd VPT. Deze knelpunten gaan over de financiën (bekostiging zorgtechnologie en gemeenschappelijk ruimtes) en de samenwerking met andere stakeholders (bijv. de gemeente).

Oplossingen

De gemeenschappelijke ruimtes van het verpleeghuis kunnen gebruik worden door de VPT cliënten. De financiering van de gemeenschappelijke ruimtes wordt hierdoor niet als knelpunt ervaren.

3.5 Verspreid in een Complex

actiz



Voordelen

1. Bewoners gaan elkaar helpen. Hierdoor kan een deel van de zorgvraag door burens worden opgevangen (toename informele hulp).

Nadelen

1. Voor zorgmedewerkers is het lastig welke zorg bij wie geleverd kan worden, omdat bepaalde zorg wel en andere zorg weer niet deel is van het pakket bij verschillende cliënten (Zvw, MPT, VPT).

Knelpunten

De meest genoemde knelpunten gaan over de financiën en samenwerking met andere stakeholders. Daarnaast wordt de toewijzing van sociale huurwoningen als knelpunt ervaren. De zorgorganisatie heeft geen regie over welke ouderen er binnenstromen.

Oplossingen

De organisatie van activiteiten kan worden gedaan vanuit een activiteitencommissie die bestaat uit bewoners van het wooncomplex. Om de 24 uur beschikbare zorg te faciliteren kan een extra bedrag in de servicekosten gevraagd worden. Ook kunnen zorgorganisaties afspraken maken met de woningcorporatie over toewijzing.

3.6 Geclusterd VPT (1)



Voordelen

1. Verminderd gevoelens van eenzaamheid door ontmoeting tussen ouderen.
2. Er ontstaat doorstroming op de huizenmarkt.
3. Omdat de woningen zorgvriendelijk zijn, hoeven er (bijna) geen aanpassingen meer worden gedaan (daling kosten Wmo).
4. Zorg kan efficiënter geleverd worden en toezicht is makkelijker te faciliteren.

Nadelen

1. Mensen gaan in geclusterde woonlocaties wonen met het idee om daar tot het einde te blijven. Toch moet een deel nog doorstromen naar een verpleeghuis.
2. Het voelt voor de cliënt vaak niet als langer thuis wonen.
3. In geclusterde woonvormen kunnen cliënten toch weer een dienstenstructuur verwachten.
4. Vastgoedeigenaren indexeren de huur soms op een andere manier dan de indexatie binnen de sociale huur. Als de zorgorganisatie het pand van de vastgoedeigenaren huurt, kan hierdoor een probleem ontstaan. Zorgorganisaties kunnen op termijn financieel in de problemen komen.

3.6 Geclusterd VPT (2)



Knelpunten

Bij geclusterd VPT gaan de meest genoemde knelpunten over de financiering van gemeenschappelijke ruimtes en de zorgtechnologie. Daarnaast is ook de onrendabele top bij de bouw van zorgwoningen een knelpunt. Daarnaast wordt de samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten als knelpunt ervaren.

Oplossingen

Zorgorganisaties herkennen niet het probleem dat zorgtechnologie lastig te bekostigen is. Alle zorgorganisaties geven aan dat dit uit het VPT tarief gehaald kan worden, of met behulp van extra subsidieregelingen. Voor de bekostiging van de gemeenschappelijke ruimtes geven zorgorganisaties aan samen te werken met de woningcorporatie en worden er soms ook investeringen vanuit de zorgorganisatie zelf gedaan. Hetzelfde geldt voor de onrendabele top. Ook hier investeren sommige zorgorganisaties in, om zo de huur voor cliënten betaalbaar te houden. Bij al deze onderwerpen geven zorgorganisaties aan dat het belangrijk is om regionale overlegtafels op te zoeken om tot een goede samenwerking te komen.

3.7 Samenvatting



- In dit rapport worden vier VPT modellen onderscheiden:



- Ongeclusterd VPT
-  • VPT gekoppeld aan het verpleeghuis
-  • VPT verspreid in een complex
-  • Geclusterd VPT

- Daarnaast wordt er ook onderscheid gemaakt in het woonaanbod (sociale huur/reguliere huur) en het team wat het VPT levert (VPT team; wijkverpleging; intramuraal team).
- De knelpunten en oplossingen voor de knelpunten verschillen tussen de verschillende VPT modellen.

- Ongeclusterd VPT ervaart vooral knelpunten met de organisatie van de (nacht)zorg. Het knelpunt van de reistijd wordt niet herkent door de zorgorganisaties die ongeclusterd VPT leveren.
- De andere VPT modellen ervaren vooral knelpunten met de financiën en samenwerking met andere stakeholders. De bekostiging van zorgtechnologie wordt niet als knelpunt ervaren.
- De voor- en nadelen verschillen per VPT model. Zo heeft VPT gekoppeld aan het verpleeghuis het voordeel dat er gebruik gemaakt kan worden van de faciliteiten van het verpleeghuis.

4. VPT Algemeen

4.1 Inleiding



- In het vorige hoofdstuk zijn een aantal voor- en nadelen en knelpunten en oplossingen genoemd die van toepassing zijn op de vier specifieke VPT modellen. Daarnaast zijn er ook een aantal algemene voor- en nadelen en knelpunten en oplossingen naar voren gekomen tijdens het onderzoek. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten kort uitgewerkt.
- De voor- en nadelen zijn vanuit drie perspectieven benaderd:
 1. De zorgorganisatie;
 2. De cliënt;
 3. De maatschappij als geheel.

4.2 Knelpunten VPT



- In de gesprekken met zorgorganisaties kwamen een aantal knelpunten naar voren. Deze worden hieronder puntsgewijs besproken:
- **Arbeidskrapte:** zorgorganisaties geven aan dat er veel vraag is naar VPT, maar dat de arbeidskrapte de groei van VPT remt.
- **Complexiteit:** Binnen het VPT zijn verschillende financieringsstromen. Zo kan een cliënt bij VPT zonder behandeling te maken met de Wlz (VPT), de Zvw (huisarts) en de Wmo (mobiliteitshulpmiddelen). Dit maakt het ingewikkeld voor de cliënt en de zorgmedewerkers.
- **Huisarts:** zorgorganisaties geven aan dat huisartsen een verkeerd beeld hebben van VPT. Huisartsen zouden huiverig zijn om Wlz-cliënten aan te nemen, omdat deze cliënten veel werk zouden opleveren voor de huisarts, terwijl de zorgorganisaties aangeven dat ze door de inzet van een SO en verpleegkundigen juist de zorgvraag kunnen aftoppen.

“Het is moeilijker om aan medewerkers te komen dan aan cliënten.”

4.3 Oplossingen Knelpunten VPT



Cliënten willen soms de overstap van de Zvw naar de Wlz niet maken, omdat de cliënt een eigen bijdrage moet gaan betalen.

Zorgorganisaties hebben hier verschillende oplossingen voor:

- Benadrukken wat er allemaal in een VPT zit (maaltijden, huishouding, welzijn) en dat hierdoor het verschil in prijs kleiner is.
- Bij de intake van de wijkverpleging al aangeven dat de Zvw-zorg eindig is en er daarna een eigen bijdrage is.
- Sommige zorgorganisaties bieden de mogelijkheid om ook voor MPT te kiezen, omdat de eigen bijdrage in MPT lager kan uitvallen.
- Eén zorgorganisatie biedt een proefperiode aan om de overstap makkelijker te maken.

Daarnaast is het opvallend dat zorgorganisaties weinig belemmeringen zien om in een ongeschikte woning of ongeschikte (gebouwde en sociale) omgeving de zorg te leveren. Wel kan er besloten worden om de zorg anders te leveren, bijvoorbeeld door iemand te wassen in plaats van te douchen. Eén zorgorganisatie geeft aan dat een mantelzorger aanwezig moet zijn om de 24 uur nabijheid te kunnen garanderen. Bij de andere zorgorganisaties is dit geen vereiste. Tot slot kan er soms meer van het sociaal netwerk van een cliënt worden verwacht als de cliënt in een ongeschikte woonomgeving woont en zelf niet naar de supermarkt of apotheek kan.

4.4 Voordelen & Nadelen VPT



- zorgorganisaties identificeren vooral voordelen voor de **cliënt**. Er wordt genoemd dat de cliënt meer regie heeft, de mantelzorger wordt ondersteund en dat er herkenbare gezichten zijn voor de cliënt, omdat er gewerkt wordt met kleinere teams. Deze voordelen zijn vooral gefocust op de welzijn van cliënten en minder op de inhoud van de zorg. Als nadeel wordt genoemd dat de cliënt meer zelf moet regelen en een eigen bijdrage moet betalen.
- Er zijn een aantal voordelen voor de **zorgorganisaties**: de zorg kan inhoudelijk anders vormgegeven worden, zorgorganisaties kunnen gebruik maken van een andere teamsamenstelling (bijvoorbeeld helpende niveau 2) en zorgorganisaties hebben meer vrijheid, omdat VPT een integraal dagtarief is. Ook is het mogelijk om zij-instromers in te zetten of zorgmedewerkers die overwegen om de zorg te verlaten. Als nadeel wordt genoemd dat het opzetten van VPT veel organisatievermogen en aanloopverliezen met zich meebrengt. Daarnaast wordt het contracteren van eventuele onderaannemers ervaren als nadeel.
- **Breed maatschappelijke** voordelen zijn, in de ogen van de zorgorganisaties, vooral gefocust op de lagere kosten van een VPT cliënt ten opzichte van intramuraal. Daarnaast wordt ook genoemd dat door VPT de druk op de verpleeghuizen afneemt.

4.5 Samenvatting



- Alle VPT modellen ervaren problemen met de arbeidskrapte, de huisarts en de complexiteit van het VPT pakket. De complexiteit wordt veroorzaakt door de verschillende financieringsvormen waarmee een VPT cliënt te maken krijgt. De verschillende financieringsvormen maakt het zowel voor de cliënt als voor de zorgmedewerker ingewikkeld.
- Ook de overstap van de Zvw naar de Wlz wordt als knelpunt ervaren. Zorgorganisaties hebben hier verschillende oplossingen voor, zoals het benadrukken wat VPT allemaal te bieden heeft en het aanbieden van een proefperiode.
- zorgorganisaties identificeren vooral voordelen van VPT voor de cliënt. Zo behoudt een cliënt in VPT de regie en is het mogelijk om de mantelzorger te ondersteunen. De eigen bijdrage wordt als nadeel gezien.
- Een voordeel van VPT voor de zorgorganisaties is de mogelijkheid om ander personeel te werven en een andere functiemix in te zetten. Als nadeel worden de aanloopverliezen genoemd.

5. Personeel VPT

5.1 Inleiding (1)



- Prognoses laten zien dat het tekort aan personeel in verpleeghuizen zal toenemen tot 52.000 in 2031⁴. Dit tekort wordt veroorzaakt door de dubbele vergrijzing, een afname van de populatie werkenden en een afname van mogelijke mantelzorgers.
- VPT wordt door verschillende organisaties gezien als mogelijke oplossing voor deze krapte op de arbeidsmarkt⁵⁻⁷. Dat geeft ook minister Helder aan (zie citaat hiernaast)⁷.

“Als we nu niet in beweging komen, dan loopt de zorg alleen nog maar meer vast. Omdat het aantal mensen dat we nodig hebben voor de mensen die zorg nodig hebben, volstrekt onvoldoende is. Willen we voorkomen dat we in een scenario terechtkomen dat we alleen maar moeten verschrallen, dan moeten we nu een omslag maken.”

5.1 Inleiding (2)



- Het is onduidelijk of en hoe VPT een oplossing zou kunnen bieden voor het arbeidstekort.
- Enkele suggesties die worden gegeven is dat VPT zij-instromers zou aantrekken en personeel wat liever niet meer in de reguliere wijkverpleging of verpleeghuis werkt^{5*}.
- Deze laatste groep biedt veel potentie, omdat **38.7%** van het zorgpersoneel weleens nadenkt om te zorg te verlaten⁸.
- Echter, de daadwerkelijke uitstroom ligt een stuk lager. In 2020 verliet 13,4% de VVT-branche (verpleging, verzorging en thuiszorg). Hiervan was een groot deel niet beïnvloedbaar (pensionering, arbeidsongeschikt, stage die afloopt), waardoor de beïnvloedbare uitstroom met **7,3%** een stuk lager lag⁹.
- Dit hoofdstuk onderzoekt of VPT inderdaad een oplossing kan bieden voor de krapte op de arbeidsmarkt. Ook worden er push en pull factoren geïdentificeerd^{**}.

* Ook het inzetten van meer informele hulp kan hierin een oplossing bieden.

** Push factoren zijn gebeurtenissen die iemand losweken van zijn huidige plek en iemand laten overwegen om de huidige (werk)plek te verlaten.

Pull factoren zijn gebeurtenissen die mensen naar de verandering trekken. Dit zijn positieve gebeurtenissen die de andere/nieuwe optie aantrekkelijk maken.

5.2 Het VPT Team

- Van de 14 zorgorganisaties die VPT leveren, geven 10 zorgorganisaties aan dat ze gebruik maken van een apart VPT team. De andere zorgorganisaties geven aan dat ze gebruik maken van een thuiszorg team of intramuraal team om het VPT te leveren.
- De nachtzorg wordt bij alle organisaties niet door het VPT team zelf geleverd, maar ondergebracht in een ander team.
- zorgorganisaties kiezen er bewust voor om een apart VPT team op te zetten, omdat VPT gezien wordt als een nieuwe dienstverlening binnen het zorgaanbod en VPT om een andere manier van werken vraagt.
- Typische 'VPT zorgmedewerkers' zijn mensen die: naast zorgtaken ook graag een praatje met bewoners maken; het graag een beetje rustiger aan wil doen (minder hectiek); communicatief en organisatorisch sterk zijn om het netwerk te betrekken; vraaggericht werken; de regie bij de bewoner leggen; en solistisch kunnen werken (ongeclusterd VPT).
- De functiemix van ongeclusterd VPT verschilt van de functiemix binnen de wijkverpleging. Waar binnen de wijkverpleging voornamelijk Verzorgende (53%) en Verpleegkundige niveau 4 (20%) werken¹⁰, ligt het zwaartepunt bij drie ondervraagde zorgorganisaties met ongeclusterd VPT bij Helpende niveau 2 en personeel zonder zorgachtergrond (55-92%).

5.3 Zij-instromers



- Lang niet alle zorgorganisaties maken gebruik van zij-instromers. Ook verschilt het percentage zij-instromers sterk per zorgorganisatie: van enkele individuen tot 80% van het VPT team. Veel zij-instromers worden daarna intern opgeleid.
- De meerderheid van zorgorganisaties die geen gebruik maakt van zij-instromers, overweegt dit wel in de toekomst te gaan doen. Niet alle zorgorganisaties weten hoe ze het best mensen van buiten de zorg kunnen werven.
- Er lijkt veel belangstelling te zijn voor functies binnen de zorg zonder zorgdiploma (zie citaat hiernaast).

“Ik hoorde pas (...) de manager (...) had 160 kandidaten die gesolliciteerd hadden. Voor niet gediplomeerde (...). Dus dat is echt wel een optie om je daar op te gaan richten.”

5.4 Zorgpersoneel



- Ondanks het gebruik van zij-instromers, komt het grootste gedeelte van het personeel in VPT teams uit de wijkverpleging en verpleeghuiszorg.
- **Push factoren** voor zorgmedewerkers zijn: werkdruk; weinig tijd voor de cliënt; administratieve lasten; en fysiek zwaar werk.
- **Pull factoren** voor zorgmedewerkers zijn o.a.: lagere werkdruk; aandacht voor het welzijn van de cliënt; en langere zorgmomenten.

“Wat we hier horen van personeelsleden is van... dat de manier van zorg leveren die ik hier kan doen is de reden dat ik ooit voor de zorg heb gekozen. Die zijn dan 20 jaar geleden in de zorg gegaan om voor mensen te kunnen zorgen en er voor de mensen te kunnen zijn. En dat zijn ze ook 20 jaar kwijt geweest.”

5.5 Een Blijvend Tekort



- zorgorganisaties geven aan dat niet alle push factoren opgelost kunnen worden in een VPT team. Zo blijven de administratieve lasten bestaan.
- Ook heeft VPT, ondanks het gebruik van zij-instromers, te maken met personeelstekort. Deels komt dit door het beperkte aanbod van Helpende niveau 2.
- Dat VPT met personeelstekort te maken heeft, valt ook deels op te maken uit de wachtlijsten die bestaan voor het ontvangen van VPT. Zes van de zeven ondervraagde zorgorganisaties gaf aan dat er een wachtlijst bestaat voor het ontvangen van VPT.
- In tegenstelling tot de wachtlijsten voor de verpleeghuizen, wordt de wachtlijst voor VPT niet landelijk gemonitord.
- Deze onzichtbare wachtlijst komt deels bovenop de wachtlijst van 21.975 mensen die wachten op een plek in een verpleeghuis¹¹.

5.6 Samenvatting



- De meeste zorgorganisaties leveren het VPT met een apart VPT team, omdat VPT als een nieuwe leveringsvorm wordt gezien.
- Een deel van zorgorganisaties maakt gebruik van zij-instromers en de functiemix van een VPT team is anders ten opzichte van de reguliere wijkverpleging.
- Het is mogelijk om een deel van het zorgpersoneel te behouden voor de zorg met het leveren van VPT.
- Het werven van zij-instromers lijkt veelbelovend. VPT biedt de mogelijkheid om zij-instromers in te zetten en er lijkt ook veel belangstelling te zijn voor deze functies.
- Door het aantrekken van zij-instromers en een andere doelgroep aan zorgpersoneel, lijkt VPT veelbelovend als oplossing voor de arbeidskrapte. Echter, ook binnen VPT wordt de arbeidskrapte gemerkt. VPT is hiervoor geen oplossing, maar kan wel bijdragen aan een oplossing voor de arbeidskrapte.

6. Cliënten VPT

6.1 Inleiding



- Door de bevroering van de 130.000 verpleeghuisplekken zal niet iedereen met een Wlz-indicatie in de toekomst de zorg intramuraal kunnen ontvangen.
- Het is daarom belangrijk om te onderzoeken voor welke cliënten VPT een geschikt alternatief is.
- In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de criteria die worden gebruikt voor de overstap van de Zvw naar het VPT en de overstap van VPT naar intramuraal.

6.2 Van Zvw naar VPT

- zorgorganisaties geven aan dat de overstap van de Zvw naar de Wlz wordt beïnvloed door doelmatigheid. Zorgverzekeraars sturen namelijk via tariefskortingen op doelmatigheid. Als iemand veel uur zorg nodig heeft, wordt er gekeken of een overstap nodig is.
- Dat cliënten niet gelijk de zorg intramuraal verzilveren komt doordat veel cliënten het liefst thuis willen blijven wonen. Daarnaast komt een cliënt met zorgprofiel VV4 bijna niet meer in het verpleeghuis terecht komen en zijn er voor alle Wlz-cliënten lange wachtlijsten.

“En wat ook nog meespeelt is denk ik wel de druk in de wijkverpleging, op doelmatigheid, waardoor wij eerder geneigd zijn om te gaan kijken van, past dit nog wel, is dit nog wel wijkverpleging in de zorgverzekeringswet of is dit toch Wlz?”

6.3 Criteria om VPT te ontvangen



zorgorganisaties hanteren verschillende criteria om te bepalen of een cliënt VPT kan ontvangen. De belangrijkste hiervan zijn:

- De cliënt moet veilig en verantwoord thuis kunnen blijven wonen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de cliënt:
 - hulp kan inroepen als het nodig is.
 - de cliënt niet ('s nachts) gaat dwalen.
- Andere criteria die worden gebruikt door sommige zorgorganisaties zijn:
 - zorg in direct nabijheid en geen voortdurend toezicht.
 - zorgvraag waarbij geen verpleging en verzorging op de voorgrond ligt.
 - een mantelzorger in het netwerk om de 24 uur zorg in nabijheid te garanderen.
- Bij de intake wordt ook gekeken naar het zorgprofiel van de cliënt. Sommige zorgorganisaties willen een goede mix van zorgprofielen, omdat alleen VV4 niet rendabel is. Andere zorgorganisaties focussen specifiek op VV5. Ook valt op dat VPT vooral geschikt lijkt voor cliënten met zorgprofiel VV4-VV6. Hogere indicaties zijn eerder een uitzondering dan regel.
- Wel is er een verandering in zorgzwaarte zichtbaar. Ook in VPT wordt steeds zwaardere zorg geleverd. Dit zal in de toekomst ook invloed kunnen hebben op de functiemix binnen VPT teams.

6.4 Doorstroom naar Intramuraal



- Landelijk stroomt ongeveer **45%** van de VPT cliënten op een gegeven moment door naar een verpleeghuis. Opvallend is dat bijna de helft van de ondervraagde zorgorganisaties geen duidelijk beeld heeft van het aantal cliënten dat doorstroomt naar een intramurale instelling.
- zorgorganisaties die ongeclusterd VPT leveren geven aan dat ongeveer de helft van de VPT cliënten doorstroomt naar een verpleeghuis. Bij de andere VPT modellen verschilt dit van geen enkele uitstroom tot ongeveer de helft.
- Redenen dat cliënten doorstromen hebben te maken met **de cliënt, het netwerk, en de zorgorganisatie**.
- **De cliënt:** de cliënt verliest zijn/haar zelfstandigheid of vormt een gevaar voor zichzelf of zijn/haar omgeving.
- **Het netwerk:** de afwezigheid van een netwerk of een overspannen netwerk kan een reden zijn om iemand op te nemen. Soms vindt de familie langer thuis wonen onverantwoord.
- **De zorgorganisatie:** de zorg kan niet meer doelmatig en veilig geleverd worden. Ook geplande nachtzorg en personeelstekort worden genoemd als reden om te sturen richting opname.

6.5 De VPT cliënt



zorgorganisaties omschrijven de typische VPT cliënt als volgt*:

Een VPT cliënt is iemand die:

1. behoefte heeft aan welzijn, ondersteuning, begeleiding en structuur;
2. het initiatief verloren is (niet meer vanzelf gaat eten of douchen);
3. enige mate van regie in het netwerk heeft;
4. beperkte hoeveelheid verpleegtechnische handelingen nodig heeft;
5. een wens heeft om in de eigen woning te blijven wonen, vaak omdat er nog een partner is.

* De typische VPT cliënt kan verschillen per zorgorganisatie. Dit zijn kenmerken die door meerdere zorgorganisaties werden genoemd.

- Het grootste deel van de VPT cliënten heeft dementie. Deze doelgroep leent zich goed voor de combinatie van verpleging & verzorgen en welzijn & structuur.

“(...) Somatiek zijn meestal klanten die veel zorg nodig hebben maar die eigenlijk geen begeleiding nodig hebben. Dus die kunnen de rest nog prima organiseren (...) de meerwaarde van VPT is dat je op alle gebieden juist iets levert.”

6.6 Samenvatting



- Cliënten komen door verschillende push-factoren terecht in het VPT. Zo wordt de overstap van de Zvw naar VPT beïnvloed door zorgverzekeraars die via tariefskortingen sturen op doelmatigheid. Daarnaast kunnen veel cliënten niet meer terecht in een verpleeghuis door de lange wachtlijst.
- Zorgorganisaties geven aan dat een cliënt VPT kan ontvangen als de cliënt veilig en verantwoord thuis kan blijven wonen. Ook kijken sommige zorgorganisaties naar welk zorgprofiel de cliënt heeft.
- Cliënten stromen om verschillende redenen door naar een verpleeghuis. Opname wordt beïnvloed door:
 - **de cliënt** kan niet meer zelfstandig hulp inroepen of vormt een gevaar voor zichzelf of zijn/haar omgeving;
 - **het netwerk** kan overspannen raken of het netwerk kan aangeven dat zij het niet meer verantwoord vinden;
 - **de zorgorganisatie** kan sturen richting opname door personeelstekort of doordat er geen/beperkte (on)geplande nachtzorg geleverd kan worden.
- De typische VPT cliënt is een cliënt die naast verzorging & verpleging ook behoefte heeft aan welzijn & structuur.

7. Visie VPT

7.1 Inleiding



- VPT wordt op veel verschillende manieren geleverd. Deze diversiteit is mede tot stand gekomen door de verschillende visies die zorgorganisaties hebben op het VPT. Zo zien sommige zorgorganisaties VPT als een verlengde van de wijkverpleging, terwijl anderen VPT zien als een toevoeging op of de vervanging van verpleeghuiszorg¹²⁻¹³.
- Ook in de media wordt VPT op verschillende manieren omschreven, zoals **verpleeghuis light** en **verzorgingshuis 2.0**¹⁴⁻¹⁵.
- In dit hoofdstuk worden verschillende push en pull factoren onderzocht die zorgorganisaties ertoe bewogen om een visie op het VPT te ontwikkelen.
- Deze verschillende visies van zorgorganisaties worden in kaart gebracht en er wordt gekeken hoe deze visies invloed hebben op hoe het VPT geleverd wordt.

7.2 Push en Pull Factoren



Zorgorganisaties identificeerde verschillende **push factoren** om op zoek te gaan naar een nieuwe werkwijze:

- De wens van de cliënt om zo lang mogelijk thuis te wonen. Hiervoor hadden zorgorganisaties weinig mogelijkheden in de wijkverpleging.
- De beschikking tot een pand waar geen intramurale zorg geleverd kon worden.
- Sommige zorgorganisaties zochten naar manieren om de wijkverpleging financieel kostendekkend te krijgen.
- De zorgvraag van cliënten in de wijkverpleging werd steeds zwaarder.
- Een toename van zorgvraag in de thuissituatie door de afschaffing van verzorgingshuizen en minder verpleeghuisplekken.

Zorgorganisatie identificeerde ook verschillende **pull factoren** om zich op VPT te gaan focussen:

- Aanhaken op het beschikbaar worden van het product VPT en kijken hoe het product toegepast kon worden binnen de organisatie.
- Mogelijkheid om luxere appartementen aan te bieden.
- Mogelijkheid om een andere manier van werken te faciliteren.
- Sturing vanuit het zorgkantoor om op VPT te focussen, omdat intramurale uitbreiding was uitgesloten.

7.3 VPT als Sleutel voor Verandering?



- Wat opvalt is dat veel zorgorganisaties VPT aangrijpen om de zorg anders in te richten. Zorgorganisaties geven aan dat VPT het mogelijk maakt om meer mensgerichte zorg te leveren, in plaats van taakgerichte zorg. Bij VPT is de focus ook op het ondersteunen van de regie van de cliënt.
- Toch geeft één zorgorganisatie, die nog geen VPT levert, aan dat de verandering in de zorg niet afhankelijk is van het wel of niet bieden van VPT. Deze organisatie ziet VPT eerder als een rem op de veranderingen die al gaande zijn, omdat de implementatie van VPT veel tijd kost (zie citaat hiernaast).

“Dat anders doen, dat was er al. Daar zijn we al jaren naar toe onderweg. En dat moet ook gewoon vandaag (...). Als [naam zorgorganisatie] dan moet wachten op het moment dat we kunnen starten van VPT om het dan anders te gaan doen, nee.. iedere nieuwe zorgvraag is voor ons al anders doen.”

7.4 Visie (on)geclusterd VPT



zorgorganisaties met ongeclusterde VPT hebben in hun visie vooral aandacht voor het sociale model. Dat wil zeggen dat er aandacht is voor:

- De cliënten die thuis wonen en meer begeleiding en structuur nodig hebben;
- Dat er zo min mogelijk gezichten bij iemand over de vloer komen;
- Dat er meer tijd en aandacht is voor de cliënt, bijvoorbeeld door het bieden van blokzorg.

Hiermee lijken respondenten ongeclusterd VPT vooral af te zetten tegen de wijkverpleging, waar volgens de respondenten vaak kortere zorgmoment zijn en veel verschillende gezichten over de vloer komen.

zorgorganisaties die VPT geclusterd, verspreid in een wooncomplex of gekoppeld aan het verpleeghuis leveren focussen in hun visie op:

- Dat de cliënt de regie houdt;
- Dat de cliënt authentiek is in zijn/haar eigen woning. De zorg komt op bezoek bij de cliënt;
- Dat er ook wat van de cliënt verwacht wordt.

Hiermee lijken respondenten VPT geclusterd, verspreid en gekoppeld vooral af te zetten tegen verpleeghuiszorg waar volgens de respondenten vaak minder regie bij de cliënt ervaren wordt en de zorg niet op bezoek komt, maar in en uit loopt.

7.5 Samenvatting



- Verschillende zorgorganisaties merkte dat de wijkverpleging niet aan alle zorgvragen kon voldoen. Ook werd de zorgvraag in de wijkverpleging steeds zwaarder en was de wijkverpleging bij sommige zorgorganisaties moeilijk kostendekkend te krijgen. VPT bood voor deze zorgorganisaties een uitkomst.
 - Andere zorgorganisaties haakte aan op de introductie van VPT en keken hoe dit product toegepast kon worden in hun eigen organisatie.
 - Sommige zorgorganisaties ontwikkelde een visie op VPT, omdat de capaciteitsuitbreiding alleen via VPT mogelijk was.
- zorgorganisaties grijpen VPT aan om de zorg op een nieuwe manier vorm te geven. De manier waarop verschilt bij de leveringsvorm van het VPT:
- Bij ongeclusterd VPT wordt de focus vooral gelegd op langere zorgmomenten, minder verschillende gezichten over de vloer en een focus op het welzijn van cliënten.
 - Bij de andere VPT modellen ligt de focus juist meer op regie van de cliënt en de authenticiteit van de cliënt in zijn/haar eigen woning.

8. Zorgkantoren

8.1 Inleiding



- Op dit moment zijn er 7 verschillende Wlz-uitvoerders die actief zijn in 31 zorgkantoorregio's. In elke regio koopt het zorgkantoor de zorg in bij verschillende zorgorganisaties. Hierbij is de taak van het zorgkantoor om het beschikbare budget op zo'n manier in te zetten dat er voldoende en kwalitatief goede zorg is voor mensen met een Wlz-indicatie¹⁶. De ingekochte zorg moet ook aansluiten op de wens van cliënten.
- Elk zorgkantoor heeft een regionaal inkoopbeleid waarin doelen zijn geformuleerd voor de komende jaren. Door het inkoopbeleid kan een zorgkantoor sturen op bepaalde ontwikkelingen. Hierdoor kan het VPT aanbod sterk per zorgkantoorregio verschillen.
- Het is belangrijk om de visie van zorgkantoren op het VPT te onderzoeken, omdat dit invloed heeft op het aanbod in de regio's. Voor dit hoofdstuk zijn gesprekken gevoerd met twee zorgkantoren.

8.2 Sturing van het Zorgkantoor (1)



- De zorgkantoren geven aan dat ze sturen op het VPT, omdat dit aansluit bij de wens van de cliënt om thuis te blijven wonen.
- Om aan deze wens te voldoen, stimuleren zorgkantoren de zorgorganisaties om meer VPT aan te bieden. Dit kunnen zorgkantoren doen door informatievoorziening en door middel van honorering.
- Eén zorgkantoor stuurt hierbij heel gericht op geclusterd VPT, omdat deze vorm van zorg in hun ogen efficiënter is. Het zorgkantoor is van mening dat clustering nodig is in het licht van de arbeidskrapte. De zorg moet zo efficiënt mogelijk en met zo min mogelijk mensen geleverd kunnen worden (zie citaat volgende pagina).
- Een ander zorgkantoor uitte ook zorgen over de efficiëntie van ongeclusterd VPT. Dit zorgkantoor gaf aan dat meer samenwerking in de wijk mogelijk een oplossing zou kunnen bieden.

8.2 Sturing van het Zorgkantoor (2)



“En dan het verhaal, zorginhoudelijk vind ik dan heel mooi. Dan denk ik wel eens van, ja als je echt puur naar de individuele cliënt kijkt, hoe fantastisch is het als je in je eigen huis in je eigen leven kan blijven wonen. (...) maar hoe doelmatig is het? (...) het kan wel heel mooi zijn, maar als het niet meer te betalen is, dan kan misschien jouw oma die zorg krijgen en die van mij niet meer. (...) dan kom je weer bij de functie van het zorgkantoor. Wat je als zorgkantoor belangrijk vindt, niet alleen dat de cliënt van aanbieder X de beste zorg krijgen, nee, dat de inwoners van deze regio, die dat nodig hebben, de beste zorg krijgen.”

8.3 VPT t.o.v. Verpleeghuis & MPT



- Beide zorgkantoren geven aan dat ze verwachten dat het verpleeghuis er in de toekomst anders uit gaat zien. Enerzijds zal het verpleeghuis specialistischer worden en vooral toegankelijk voor cliënt met complexe zorgvragen. Daarnaast verwachten beide zorgkantoren dat een verpleeghuis ook toegankelijk blijft voor cliënten met een minder complexe zorgvraag, maar die geen netwerk of weinig financiële middelen hebben.
- Ook zien beide zorgkantoren MPT als lichtere Wlz-zorg in vergelijking met VPT. Eén zorgkantoor omschreef de wijkverpleging als voorstadium voor MPT en MPT als een voorstadium voor het krijgen van VPT of intramurale zorg.
- Omdat MPT inzetten goedkoper is dan VPT, geeft één zorgkantoor aan dat er eerst gekeken moet worden of de zorg met een MPT geleverd kan worden.
- MPT is volgens de zorgkantoren vooral geschikt voor cliënten met een hoge mate van eigen regie en voor cliënten met een mantelzorger in het netwerk.

8.4 Randvoorwaarden



In de gesprekken gaven de zorgkantoren aan dat langer thuis wonen niet alleen gerealiseerd kan worden door sturing vanuit het zorgkantoor. De zorgkantoren identificeerde enkele randvoorwaarden voor het scheiden van wonen en zorg:

1. Ten eerste gaven zorgkantoren aan dat het ook afhangt van de bereidheid van gemeenten om te investeren in een vitale wijk en voldoende voorzieningen voor ouderen, zoals een supermarkt, huisarts en apotheek.
2. Daarnaast hangt het af van de bereidheid en mogelijkheid van woningcorporaties om te investeren in betaalbaar vastgoed. Anders wordt de zorg ontoegankelijk voor een grote groep ouderen.
3. Tot slot noemen zorgkantoren dat scheiden van wonen en zorg alleen gerealiseerd kan worden als er genoeg wijkverpleging en huisartsen zijn. Eén zorgkantoor gaf aan dat dit een belangrijke basis is voor het thuis wonen.

8.5 Samenvatting



- Zorgkantoren kunnen in hun inkoopbeleid sturen op VPT. Hierbij houdt het zorgkantoor rekening met de wens van de cliënt en wil het zorgkantoor voldoende zorg beschikbaar stellen.
- In deze afweging kiest één zorgkantoor ervoor om te sturen op geclusterd VPT, omdat hiermee de zorg zo efficiënt mogelijk geleverd kan worden en dit de zorg toegankelijk houdt voor iedereen.
- Beide zorgkantoren zien het verpleeghuis van de toekomst als een plek waar specialistische zorg wordt geleverd aan cliënten met complexe zorgvragen, of cliënten met een minder complexe zorgvraag die geen netwerk of beperkte financiële middelen hebben.
- Zorgkantoren noemden drie randvoorwaarden voor het scheiden van wonen en zorg. Dat zijn:
 1. Bereidheid van gemeenten om te investeren in leefbare wijken;
 2. Bereidheid en mogelijkheid van woningcorporaties om te investeren in betaalbaar vastgoed;
 3. Voldoende beschikbaarheid van de wijkverpleging en huisartsen.

9. Samenvatting

9.1 Samenvatting (1)



1. Dit rapport heeft **vier VPT modellen** geïdentificeerd: ongeclusterd VPT; VPT gekoppeld aan het verpleeghuis; VPT verspreid in een wooncomplex; en geclusterd VPT. Uit een analyse van het CBS in 2019 bleek dat de meeste cliënten VPT gekoppeld aan een verpleeghuis ontvangen (46%).
2. Van de VPT cliënten stroomt uiteindelijk **45%** door naar zorg met verblijf. Doorstroom naar zorg met verblijf wordt veroorzaakt door omstandigheden bij de cliënt zelf; het netwerk van de cliënt; en omstandigheden bij de zorgorganisatie.
3. De meeste zorgorganisaties leveren VPT in een apart **VPT team**. In VPT teams worden veel Helpende en personeel zonder zorgdiploma ingezet. Zorgorganisaties kunnen hierdoor een nieuwe groep medewerkers aanboren. Ook kan VPT een deel van de zorgmedewerkers, die overwegen om de sector te verlaten, voor de zorg behouden.
4. VPT is vooral geschikt voor cliënten die naast verzorging en verpleging ook behoefte hebben aan **welzijn en structuur**. Deze combinatie wordt gezien als de kracht van VPT.

9.1 Samenvatting (2)



5. zorgorganisaties geven aan dat er een grijs gebied is tussen de Zvw en de Wlz. Hierdoor is het lastig uit te leggen waarom cliënten een eigen bijdrage gaan betalen. Op dit moment wordt de **overstap naar de Wlz** o.a. beïnvloed door zorgverzekeraars die via tariefskortingen sturen op doelmatigheid.
6. De verwachting is dat de **zorg in verpleeghuizen** specialistischer wordt en alleen toegankelijk voor cliënten met een (zeer) complexe zorgvraag, een beperkt netwerk, of weinig financiële mogelijkheden.
7. Er zijn een aantal belangrijke **randvoorwaarden** voor het scheiden van wonen en zorg (en daarmee ook voor VPT):
 - I. De bereidheid van gemeenten om te investeren in vitale wijken en voorzieningen voor ouderen.
 - II. Bereidheid en mogelijkheid van woningcorporaties om te investeren in betaalbare woningen voor ouderen.
 - III. Voldoende beschikbaarheid van de wijkverpleging en huisartsen.
 - IV. Voldoende beschikbare intramurale plekken als het thuis niet meer gaat.



Referenties

Referenties



1. Hinkema, M., Kompatscher, K., Egter van Wissekerke, N., Heumen, S., & Balkuv, F. (2020). Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiscare fase II. *TNO* (2020 R11184). <https://open.overheid.nl/repository/ronl-aadedc09-3803-4df9-a8b3548e2e585901/1/pdf/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiscare-fase-ii.pdf>
2. iWlz / Zorginstituut Nederland (n.d.) *Verdeling Leveringsvormen*. Intern Ministerie van Volksgezondheid en Sport rapport: ongepubliceerd.
3. CBS (2022). Monitor Langdurige Zorg. Wlz-gebruik per sector naar leveringsvorm en in- en uitstroom per week, 2020 week 2 - 2022 week 45 [Data file]. Geraadpleegd van <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/maatwerk-publicaties/2022/10/14/wlz-gebruik-naar-leveringsvorm-in-en-uitstroom-per-week-2020-wk-2-2022-wk-45>
4. Helder, C. (2022). Nieuwe prognose verwachte personeelstekort [Brief van de Regering]. <https://open.overheid.nl/repository/ronl-a7e6f4b4-de5d-4dff-9815-6696fa895d48/1/pdf/kamerbrief-over-nieuwe-prognose-verwachte-personeelstekort.pdf>
5. Zilveren Kruis (n.d.). *Volledig Pakket Thuis (VPT) in de wijk*. Zilveren Kruis Zorg Kantoor N.V. Geraadpleegd van: <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/-/media/files/zorgkantoor-zilveren-kruis/zorgorganisaties/downloadpagina/presentaties-en-drukwerk/brochures/vpt-in-de-wijk/brochure-vpt-in-de-wijk.pdf?rev=ec9e97050550425e97657f8bbca4d576&hash=02C69A30B465A2EFBAFE20DE0FE6BFA5>
6. Bremmers, S. (2022, 16 september). 'Prettig thuis' is verpleeghuiscare thuis met een potje rummikub. *Zorgvisie*. Geraadpleegd van <https://www.zorgvisie.nl/prettig-thuis-is-verpleeghuiscare-thuis-maar-met-eigen-huisarts/>
7. Waardigheid en trots. (2022, 5 juli). Minister Conny Helder over toekomst van de ouderenzorg | Waardigheid en trots congres 2022 [Video]. *YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=qylhSobjJvk>
8. Van der Fels, I. (2022). Resultaten Monitor Gezond werken in de zorg 2022. *Stichting IZZ*. Geraadpleegd van: <https://izz.nl/zorgorganisaties/monitor>
9. Grotenhuis, M. (2022). Uitstroom VVT in beeld. Analyse op basis van CBS Microdata. *ABF Research*. Geraadpleegd van: <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2022-06/Uitstroom%20VVT%20in%20beeld%20-%20ABF%20Research.pdf>
10. Panteia (2020). *De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Eindrapport*. Geraadpleegd van https://www.eerstekamer.nl/overig/20201013/de_situatie_op_de_arbeidsmarkt_in/document
11. ActiZ (2022, 7 november). Hoe staat het met: de wachtlijsten voor verpleeghuizen?. *ActiZ*. Geraadpleegd van <https://www.actiz.nl/hoe-staat-het-met-de-wachtlijsten-voor-verpleeghuizen>
12. NZa (2022). *Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging. Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706688_22/1/
13. ActiZ (2022d). *Paper Scheiden Wonen en Zorg*. Internal ActiZ report: unpublished
14. De Bruijn, H. (2019, 5 november). De zorg heeft niet op alle vragen antwoord. *Skipr*. Geraadpleegd van <https://www.skipr.nl/blog/de-zorg-heeft-niet-op-alle-vragen-antwoord/>
15. Webster, J. (2022, 3 november). Tot hoever reikt de zorg in het verpleeghuis light? NRC. Geraadpleegd van <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/11/03/tot-hoever-reikt-de-zorg-in-het-verpleeghuis-light-a4147178>
16. NZa (2022). *Uitvoering Wet langdurige zorg 2021-2022. NZa-Magazines 05*. <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2022/05>