

Zoals het klokje thuis tikt.....



**De facilitair manager
maakt het verschil**



Zoals het klokje thuis tikt.....; De facilitair manager maakt het verschil

Nancy Baas
Juni 2006

Haagse Hogeschool
Academie voor Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN 's-Gravenhage

Afstudeerprofiel: FM & zorg

Docentbegeleider: mevrouw K.E. van den Bosch- van Knotsenburg

Medebeoordelaar: de heer J.P. de Boer

Opdrachtgever: Stichting Bosch en Duin
Scheveningseweg 76
2517 KZ 's-Gravenhage

Mentor: de heer M. Kenselaar (tot december 2005)

Periode onderzoek: september 2005 - juni 2006

Zoals het klokje thuis tikt.....



Auteursreferaat

In deze afstudeerscriptie wordt in het kader van **de veranderende zorgvraag** omschreven met welke **facilitaire en zorg(gebied) aspecten** een facilitair manager binnen de **sector verpleging- en verzorging** rekening moet houden zodat hij/zij beter kan anticiperen op **de veranderende markt** (verschuiving van zorgaanbodgerichte markt naar een zorgvraaggerichte markt) .

De doelstelling van dit **verkennend onderzoek** is het opmaken van een rapport dat toewerkt naar de conclusie dat de **functie** en de werkzaamheden van een **facilitair manager in de zorgsector** een veel grotere rol moet worden toebedeeld, indien de zorginstellingen in de toekomst willen komen tot een **optimalisering van de zorg** voor de bewoners in het algemeen.



Managementsamenvatting

De zorg voor ouderen gaat de komende decennia een belangrijke rol spelen. Vanaf 2010 bereikt de babyboom generatie de leeftijd van 65 jaar, hetgeen een grote instroom in de ouderpopulatie tot gevolg zal hebben en uiteindelijk een grote instroom in de verzorgingsinstellingen.

Waar voorheen het zorgaanbod centraal stond, spelen thans de zorgvraag en de individuele wensen van de bewoners een steeds grotere rol bij de bepaling van de inhoud van de zorg. Met de verandering van zorgaanbod naar zorgvraag komt het individu meer op de voorgrond te staan. Voor de facilitair manager is het enkel hanteren van NEN normen en kwaliteitsbeoordelinginstrumenten niet voldoende; de zorg voor mensen is en blijft immers mensenwerk, ook wanneer het om de faciliteiten gaat.

De zorg zal in de toekomst in iedere instelling nagenoeg gelijk zijn. Een verpleeg/ verzorgingshuis dat in de toekomst rendabel wil zijn, moet alle bedden bezet hebben. Om dat te bereiken zal de instelling zich moeten onderscheiden van andere zorginstellingen. Marktwerving moet dus ook in deze sector als een vaststaand feit worden beschouwd. Het onderscheidend vermogen van een instelling zal moeten liggen in het aanbod van faciliteiten. Een pro-actief handelen en inspelen op de toekomstige wensen en eisen van de ouder wordende medemens is dan ook een eerste vereiste voor de facilitair manager van nu.

Om dit mogelijk te maken wordt geadviseerd dat de facilitair manager een prominente rol binnen de organisatie van de zorginstelling toebedeeld krijgt, welke voor zowel de cliënten als voor de medewerkers herkenbaar is. Waar de houding van de manager op dit moment reactief is ingesteld op het primaire proces, wordt geadviseerd om de functie van de toekomstige manager een vooruitlopende en meedenkende, dus pro-actieve inhoud te geven. Daartoe is het noodzakelijk dat de zorginstellingen kaders vaststellen waarbinnen de zorg, als wel de (individuele) wensen van de bewoners optimaal gediend worden.

In dit stuk zal aangegeven worden hoe een facilitair manager kan verwezenlijken dat een zorginstelling zich kan onderscheiden binnen de sector, zonder daarmee een gezonde en goede bedrijfsvoering uit het oog te verliezen.



Voorwoord

Bij het lezen van dit stuk moet in het achterhoofd worden gehouden dat het rapport in eerste instantie was geschreven voor de stichting Bosch en Duin en betrekking had op een door hen aangedragen probleemstelling, te weten de afstemming van facilitaire aspecten op de primaire aspecten samenhangende met een interne verhuizing van een bewoner van de betrokken zorginstelling.

Gedurende het onderzoek verdween (door allerlei personele wisselingen bij het management van de stichting Bosch en Duin) de noodzaak en het draagvlak voor dit onderzoek. Omdat het onderzoek toen nagenoeg was afgerond, heb ik dit echter wel voortgezet, mede omdat gedurende de onderzoeksperiode duidelijk werd welke meerwaarde dit onderzoek naar mijn mening zou kunnen hebben voor de instellingen in de sector verpleging en verzorging, een en ander echter gezien vanuit een ander oogpunt, namelijk het commerciële verschil dat een facilitair manager kan maken.

Het is bijna niet mogelijk om studeren in deeltijd geen invloed te laten hebben op je privé leven en zakelijk leven. Daarom wil ik hier graag de volgende mensen bedanken voor hun steun en vertrouwen in mij. Allereerst mijn vader voor zijn tomeloze geloof in mij dat ik de capaciteiten in huis heb voor het volgen en positief afronden van een Hbo-opleiding. Je bent een top vader. Daarnaast vrienden en vriendinnen die mij, ondanks de vele afzeggingen voor feesten, partijen en andere sociale activiteiten, toch bleven steunen. Inderdaad jongens, door dik en door dun.

Studiegenoten, Dennis Dekker, Dominique Fermont, Maurice van Melis en Frank Baetens voor net dat extra steuntje in de rug als het even niet meer wil. Ik heb veel van jullie mogen leren en het waren vier geweldige jaren.

De heren Ligterink en Stoffels, mevrouw Moesman, mevrouw Floors en mevrouw An wil ik bedanken voor hun enthousiasme en gastvrijheid. Mevrouw An, bedankt voor het mee mogen lopen op de afdeling binnen Florence. Het was een zeer leerzame en intensieve dag en met groot respect voor u en uw collega's kijk ik terug naar de dag. Mevrouw Moesman, het was me een genoegen om met u te praten over het verleden, het heden en de toekomst binnen de zorgsector. Uw 30 jaar ervaring heeft mij doen inzien dat er inderdaad veel is veranderd.

Vanuit de opleiding wil ik mevrouw Karin van den Bosch- van Knotsenburg bedanken voor alle constructieve op- en aanmerkingen op het rapport en voor de motivatie die zeer zeker bij heeft gedragen tot dit resultaat.

Zonder steun, advies en wijze raad van bovenstaande weet ik zeker dat het me niet gelukt was. Allen nogmaals hartelijk bedankt.

Nancy



Zoals het klokje thuis tikt.....

Inhoudsopgave

	Auteursreferaat	blz.	3
	Management samenvatting	blz.	4
	Voorwoord	blz.	5
	Inleiding	blz.	7
Hoofdstuk 1	Methode van Onderzoek	blz.	9
Hoofdstuk 2	De sector verpleging en verzorging.....	blz.	12
2.1	Verpleging en verzorging		
2.2	Ontwikkelingen op het gebied van de sector verpleging en verzorging...		
Hoofdstuk 3	Vergrijzing: structureel of tijdelijk fenomeen.....	blz.	15
3.1	Nederland vergrijst.....		
3.2	Omslag van aanbodsturing naar vraagsturing.....		
Hoofdstuk 4	Het belang van facility management in het algemeen alsmede in verhouding tot de zorgsector als gevolg van de toenemende vergrijzing.....	blz.	17
4.1	Inleiding.....		
4.2	Tools voor FM in de zorg		
Hoofdstuk 5	De casestudie “Stichting Bosch en Duin te Den Haag”	blz.	19
5.1	De organisatie Bosch en Duin.....		
5.2	Visie.....		
5.3	Organisatiestructuur.....		
5.4	Bedrijfscultuur.....		
5.5	Kwaliteit.....		
5.6	Facilitaire Zaken.....		
5.7	Branche informatie.....		
Hoofdstuk 6	Huisvesting als marketing-tool.....	blz.	24
6.1	Begrippenkader.....		
6.2	Praktijk.....		
Hoofdstuk 7	Aspecten in relatie tot huisvesting.....	blz.	28
7.1	Zorg aspecten.....		
7.2	Facilitaire aspecten.....		
Hoofdstuk 8	De bewoners/ cliënten	blz.	32
8.1	Algemene indeling		
8.2	Bosch en Duin		
Hoofdstuk 9	De financiële paragraaf	blz.	34
9.1	Zorg met verblijf		
9.2	Zorg zonder verblijf		
Hoofdstuk 10	Conclusie en aanbevelingen	blz.	36
10.1	Conclusies.....		
10.2	Persoonlijke visie en kanttekeningen.....		
	Bronnen	blz.	41
	Bijlagen	blz.	43



Inleiding

De opleiding Facility Management (FM) aan de Haagse Hogeschool wordt afgerond met een afstudeeropdracht (AO). Hierbij dient de student een facilitair beleidsvraagstuk zelfstandig te onderzoeken en daarover te adviseren. Het onderwerp van de afstudeeropdracht dient enerzijds relevant te zijn voor de opdrachtgever, die de resultaten moet kunnen gebruiken en anderzijds voor de opleiding, hetgeen betekent dat het resultaat moet voldoen aan de eindtermen en competenties zoals deze zijn beschreven in de Handleiding voor de afstudeeropdracht 2005-2006¹.

Deze afstudeeropdracht onderzoekt in het licht van de veranderende zorgvraag met welke aspecten de facilitair manager rekening zou kunnen houden ter onderbouwing van de stelling dat de facilitair manager een bepalende rol zal spelen in het onderscheidend vermogen van de zorginstellingen.

Dit onderzoek kan toegepast worden in alle zorginstellingen in Nederland. Als casestudie is gekozen voor de Stichting Bosch en Duin. Begin september 2005 is het verpleeghuis Bosch en Duin gefuseerd met het Schevenings Zorg Palet. De nieuwe stichting heet RESPECT Zorggroep Scheveningen.

Stichting Bosch en Duin is een instelling die zorg biedt aan mensen die thuis of in het ziekenhuis niet (meer) optimaal verzorgd kunnen worden. De leeftijd van de 250 cliënten varieert van achttien tot honderd jaar. Een deel daarvan, ongeveer 220 cliënten, woont (tijdelijk) in Bosch en Duin, het andere deel woont thuis en komt alleen voor dagbehandeling. Bosch en Duin staat voor een veilige omgeving met een open, huiselijke atmosfeer, waarin zelfbeschikkingsrecht en zelfredzaamheid centraal staan².

Aanleiding en verantwoording

Ruim vijf procent van de 65-plussers woont op dit moment in een verzorgingshuis³. Twintig jaar geleden ging het nog om circa acht procent. Doordat (min of meer) gezonde ouderen langer zelfstandig blijven wonen, krijgen verzorgingshuizen steeds vaker met minder gezonde ouderen te maken. De toekomstige vraag van ouderen naar zorgvoorzieningen zal naar verwachting zeer pluriform (veelvormig) zijn. Ouderen van morgen willen graag veel keuzevrijheid en eisen hoge kwaliteit. De vraag naar zorg verandert. De ouderen van tegenwoordig zijn welvarender en kiezen zelfbewuster. Leeftijd is geen ijkpunt meer. Wanneer de veranderende zorgvraag serieus wordt genomen, dan is een aanmerkelijke kwaliteitsverbetering noodzakelijk, gekoppeld aan meer keuzemogelijkheden. De functies wonen en welzijn staan hoog aangeschreven⁴.

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek staat stil bij de maatschappelijke ontwikkelingen, de theorie ten opzichte van de praktijk en geeft een advies over hoe een facilitair manager (naar mijn mening) binnen de sector verpleging en verzorging in kan/moet spelen op de veranderende zorgvraag. Dit rapport biedt de zorginstellingen een visie voor de toekomst, zodat zij beter kan anticiperen op de veranderende markt (verschuiving van zorgaanbodgerichte markt naar een zorgvraaggerichte markt) .

Onderzoekstelling

De zorgvraag verandert. De marktwerking is nu ook terug te vinden in de zorg. Binnen de sector speelt de facilitair manager momenteel een reactionaire rol; dit moet een pro-actieve rol worden. Dat een facilitair manager ertoe bijdraagt dat een zorginstelling zich binnen de sector kan onderscheiden zal in dit verkennend onderzoek worden onderbouwd.

¹ Handleiding voor de afstudeeropdracht 2005-2006, R.F. Bouter

² www.boschenduin.org

³ www.cbs.nl

⁴ Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Doelgroep bepaling

Toen gestart werd met het onderzoek was het onderzoek bedoeld voor het management van de afdeling Facilitaire Zaken van de stichting Bosch en Duin te Den Haag en de docenten van de opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool te Den Haag en was het enkel gericht op de problemen rond een interne verhuizing van een bewoner.

Als aangegeven in het voorwoord is het rapport uiteindelijk geschreven voor zorginstellingen in het algemeen en niet enkel voor de stichting Bosch en Duin. Daarnaast is dit rapport bruikbaar voor studenten Facility Management van de Haagse Hogeschool die in de toekomst een soortgelijk onderzoek willen uitvoeren, alsmede voor docenten.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de onderzoeksmethode uiteengezet.

De sector die onderzocht werd, wordt in hoofdstuk 2 weergegeven en nader toegelicht aan de hand van een schematische weergave van de beleidsterreinen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoofdstuk 3 analyseert de maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland. De vergrijzing staat hierin centraal. Ouderen worden gezonder ouder en is dit nu een tijdelijk fenomeen of niet.

De algemene ontwikkelingen en trends op het gebied van facilitair management in het algemeen, en specifiek voor de zorgsector komen in hoofdstuk 4 aan de orde. Daarbij wordt onder andere stilgestaan bij theoretische “tools” voor facilitair management in de zorg.

Hoofdstuk 5 geeft een omschrijving van de casestudy weer, te weten de stichting Bosch en Duin, waarbij onder andere de bedrijfsstructuur en cultuur aan bod komen.

In hoofdstuk 6 wordt weergegeven wat onder huisvesting moet worden verstaan.

Hoofdstuk 7 benoemt vanuit zowel de theorie als uit de praktijk de facilitaire en zorg(gebied) aspecten waarmee een facilitair manager rekening moet houden in relatie tot interne verhuizingen.

Hoofdstuk 8 geeft een analyse van de bewoners/ cliënten van een verpleeg/ verzorgingshuis en geeft daarnaast weer met welke bewoners/ cliënten de stichting Bosch en Duin van doen heeft.

Hoofdstuk 9 geeft inzicht in de financiën en in hoofdstuk 10 worden de conclusies en aanbevelingen weergegeven.



Hoofdstuk 1 Methode van Onderzoek

Onderzoekstelling

De centrale onderzoekstelling luidt:

De zorgvraag verandert. De marktwerking is nu ook terug te vinden in de zorg. Binnen de sector speelt de facilitair manager momenteel een reactionaire rol; dit moet een pro-actieve rol worden. Dat een facilitair manager ertoe bijdraagt dat een zorginstelling zich binnen de sector kan onderscheiden zal in dit verkennend onderzoek worden onderbouwd.

De onderzoekstelling roept de volgende vragen op:

1. Wat is de verplegings- en verzorgingssector?
2. Welke maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen zijn waarneembaar?
3. Welke invloed zouden veranderingen en ontwikkelingen op de functie van de facilitair manager moeten hebben?
4. In welke soorten zijn de "bewoners"/ cliënten te verdelen?
5. Wat wordt verstaan onder huisvesting?
6. Wat zijn aspecten in relatie tot huisvesting?
7. Wat laat de praktijk in relatie tot de theorie zien?

In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe antwoord is verkregen op voornoemde vragen.

1.1 Data verzamelen

Globaal zijn er drie methoden te onderscheiden om data te verzamelen, namelijk: het gebruik maken van bestaande informatie (theoretisch onderzoek), het verkrijgen van gegevens via observatie en het verkrijgen van gegevens via het interview (empirisch onderzoek)⁵. Allereerst is bestaande informatie noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in de materie van het onderzoek.

Observeren is voornamelijk bedoeld voor een analyse van gedrag. Observatie is voor dit onderzoek geen geschikte manier om antwoord te geven op de centrale onderzoekstelling. Binnen het onderzoek staat dit dan ook niet centraal. Echter, ter onderbouwing van de theorie en ter verbreding van kennis en kunde van de auteur is er binnen een verpleeghuis één dag meegelopen met een voedingsassistente. Hiervoor is gekozen omdat deze zowel op het gebied van de zorg als op het gebied van facilitair management werkzaam is (signaalfunctie).

Een interview is geschikt wanneer het gaat om kennis, houdingen, attitudes of opinies (o.a. Baker, 1999). Omdat het in dit onderzoek vooral gaat om aspecten op zowel facilitair- als zorggebied waarmee een facilitair manager rekening moet houden, meer specifiek in het geval van een interne verhuizing, is het interview bruikbaar.

Vanuit de interviews komt kennis (en ervaring) naar voren ten aanzien van zowel de toepassing als de knelpunten van interne verhuizingen binnen de verplegings- en verzorgingssector in relatie tot het primaire proces. De interviews zijn gehouden met facilitair- en zorgmanagers binnen de genoemde sector.

⁵ D.B. Baarde en M.P.M. de Goede; Methoden en Technieken



1.2 Onderzoeksmethode

Toen gestart werd met het onderzoek was het rapport bedoeld voor het management van de afdeling Facilitaire Zaken van de stichting Bosch en Duin te Den Haag en de docenten van de opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool te Den Haag en was het enkel gericht op de problemen rond een interne verhuizing van een bewoner. Gedurende het onderzoek verdween (door allerlei personele wisselingen bij het management van de stichting Bosch en Duin) de noodzaak en het draagvlak voor dit onderzoek. Het onderzoek is echter wel voortgezet, mede omdat gedurende de onderzoeksperiode duidelijk werd welke meerwaarde dit onderzoek zou kunnen hebben voor de instellingen in de sector verpleging en verzorging, een en ander echter gezien vanuit een ander oogpunt, namelijk het commerciële verschil dat een facilitair manager kan maken.

Ad 1. Wat is de verplegings- en verzorgingssector?

Hierbij is overwegend gebruik gemaakt worden van gegevens van kwalitatieve aard. Het gaat om het in kaart brengen van de aard en de eigenschappen van het onderzochte sector, **de verplegings- en verzorgingssector**. De onderzoeksvorm die hier toegepast is, is het bureauonderzoek (deskresearch). Aan de hand van boeken, tijdschriften en internet werd gebruik gemaakt van bestaande informatie. Voor het beantwoorden van deze vraag is gekozen voor het literatuuronderzoek omdat het onderzoek betrekking heeft op de verplegings- en verzorgingssector. Alvorens dit te onderzoeken is het goed te weten over welke sector het eigenlijk gaat.

Ad 2. Welke maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen zijn waarneembaar?

Gezien het feit dat de zorgvraag verandert en dit een marktwerking tot gevolg heeft is het noodzakelijk geweest om deze **veranderingen en ontwikkelingen** nader te beschrijven. In het licht van de onderzoekstelling is het namelijk van belang aan te tonen dat de functie van de facilitair manager moet veranderen. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van informatie verkregen uit de interviews die gehouden zijn (weliswaar in eerste instantie met een ander doel) en uit de literatuur.

Ad 3. Welke invloed zouden veranderingen en ontwikkelingen op de functie van de facilitair manager moeten hebben?

Om aan te tonen dat de facilitair manager in de toekomst het verschil kan maken als het gaat om positionering van de zorginstelling is er voor gekozen om dit duidelijk te maken aan de hand van een praktijk voorbeeld; huisvesting.

Ad 4. In welke soorten zijn de “bewoners”/ cliënten te verdelen?

Bovengenoemde is onderzocht omdat het voor een facilitair manager van belang is om te kunnen bepalen welke faciliteiten hij ter beschikking moet stellen. Is het verblijf in de zorginstelling voor korte duur dan zullen deze faciliteiten minder zijn dan in het geval sprake zal zijn van een langdurig verblijf.

Aan de hand van literatuur onderzoek en aan de hand van de Case Study (Bosch en Duin) zijn een aantal soorten te benoemen.

Ad 5. Wat wordt verstaan onder huisvesting?

Bij de beantwoording van deze vraag is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek; aan de hand van boeken, tijdschriften en internet werd gebruik gemaakt van bestaande informatie. De onderzoeksvorm die hierbij werd toegepast is het deskresearch.

De theoretische benadering is onderzocht aan de hand van literatuur. De praktijk is onderzocht aan de hand van de inhoud van de gehouden interviews bij drie vergelijkbare organisaties, te weten Bosch en Duin, Meavita en Florence, allen gevestigd te Den Haag.



Ad 6. Wat zijn aspecten in relatie tot huisvesting?

- Wat zijn *facilitaire* aspecten in relatie tot huisvesting (verhuizingen)?

Voor het onderzoeken van de **theoretische** facilitaire aspecten is enerzijds gebruik gemaakt van gegevens van kwalitatieve aard. Het gaat hierbij om het in kaart brengen van de aard en de eigenschappen van het onderzochte verschijnsel, de facilitaire aspecten. De onderzoeksvorm die hierbij toegepast wordt is het deskresearch. Aan de hand van boeken, tijdschriften en internet werd gebruik gemaakt van bestaande informatie. Anderzijds zijn de NEN normen (NEN 2745/ 2748A1 welke gebruikt worden door Bosch en Duin) gebruikt.

Voor het onderzoeken van de **praktische** facilitaire aspecten zijn de resultaten uit de gehouden interviews met diverse managers gebruikt.

- Wat zijn *zorg* aspecten in relatie tot huisvesting?

Voor het onderzoeken van de **theoretische** zorg aspecten is enerzijds gebruik gemaakt van gegevens van kwalitatieve aard. Het gaat hierbij om het in kaart brengen van de aard en de eigenschappen van het onderzochte verschijnsel, de zorg aspecten. De onderzoeksvorm die hierbij toegepast wordt is het deskresearch. Aan de hand van boeken, tijdschriften en internet werd gebruik gemaakt van bestaande informatie. Anderzijds zijn een kwaliteitsbeoordelinginstrument (Cliënt & kwaliteit), alsmede de uitkomsten van het deel rapport “ Van overlastbestrijding naar bemoeizorg” gebruikt.

Voor het onderzoeken van de **praktische** zorg aspecten zijn de resultaten uit de gehouden interviews met diverse managers gebruikt.

Ad 7. Wat laat de praktijk in relatie tot de theorie zien?

Ter ondersteuning, onderbouwing en ter aanvulling van de onderzoekstelling zijn er in drie huizen interviews gehouden. Een explorerend onderzoek waarbij het accent ligt op de relatie tussen kenmerken van de huizen (verschillen en/of samenhangen). Deze interviews zijn gehouden met drie facilitaire managers en drie zorgmanagers. Respectievelijk in Bosch en Duin, Meavita (Verpleeghuis Houtwijk) en Florence (Gulden Huis). Gekozen is voor deze instellingen omdat de aangeboden zorgfaciliteiten en het aantal bedden nagenoeg gelijk zijn.

Doel van deze interviews is om de theoretische aspecten te onderscheiden van de praktische.

1.3 Verwerking van de verkregen informatie

De gegevens uit het onderzoek zijn vertaald in de hierna volgende hoofdstukken. De informatie uit de interviews met de facilitair managers en de zorgmanagers zijn daarin ook verwerkt. De informatie met betrekking tot de veranderingen en ontwikkelingen op het gebied van zorg, waarbij te denken valt aan vergrijzing zijn separaat opgenomen.

Aan de hand van de antwoorden op de bovengenoemde vragen is aan het einde van dit rapport een aanbeveling gedaan.

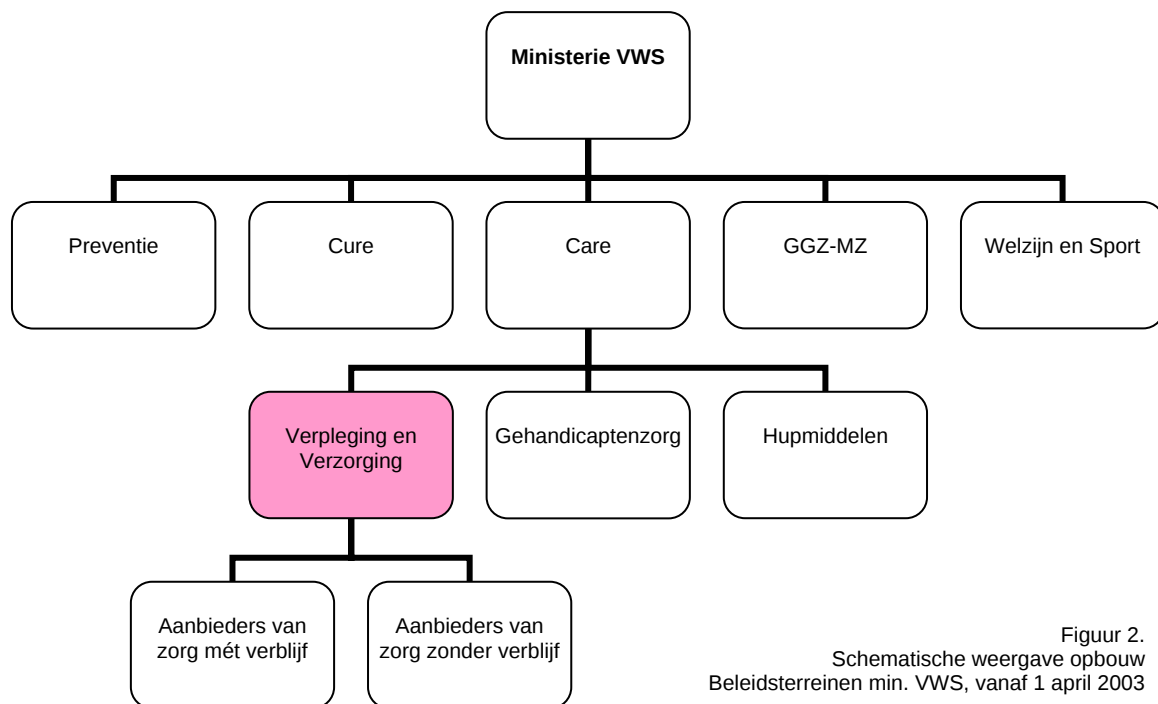


Hoofdstuk 2 De sector verpleging en verzorging

Om een beeld te krijgen over welke sector gesproken wordt, zal in dit hoofdstuk nader toegelicht worden wat de sector verpleging en verzorging inhoudt en welke positie de zorg inneemt binnen de beleidsterreinen van het ministerie.

2.1 Verpleging en verzorging

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kent een aantal beleidsterreinen, te weten Preventie, Cure, Care, GGZ-MZ⁶ en Welzijn en Sport⁷. In onderstaand schema is de verdere verdeling weergegeven.



Figuur 2.
Schematische weergave opbouw
Beleidssterreinen min. VWS, vanaf 1 april 2003

2.2 Ontwikkelingen op het gebied van de sector Verpleging en verzorging

Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen binnen verpleging en verzorging?

Veranderingen in de omvang en inhoud van de zorgvraag hebben geleid tot een omslag in de organisatie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In tegenstelling tot voorheen is nu niet het aanbod, maar de zorgvraag het uitgangspunt. In de deelsector verpleging en verzorging hebben de afgelopen periode belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden. Zo is de inhoud van de vraag gewijzigd, doordat de populatie ouderen verandert. Zij willen meer regie en keuzemogelijkheden. Met initiatieven zoals de modernisering AWBZ, de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget, het beleid wonen en zorg, wet toelatingen zorginstellingen en de cliëntennota 'met zorg kiezen' beoogt de overheid dan ook de vraagkant te versterken⁸.

⁶ GGZ-MZ: geestelijke gezondheidszorg (ggz) met inbegrip van de forensische zorg en de verslavingszorg (vz), ggz-preventie en preventie van alcohol- en drugsmisbruik en ten slotte de maatschappelijke zorg (mz).

⁷ http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_branches.html

⁸ www.rivm.nl



Welke beleidsontwikkelingen hebben recentelijk plaatsgevonden?

Door de vele beleidswijzigingen is het noodzakelijk dat er heldere kaders worden opgesteld waarbinnen het vernieuwde beleid in de sector optimaal kan worden uitgevoerd. De overheid zet instrumenten als prestatie-indicatoren, één jaardocument, benchmarkonderzoeken en beperkte marktwerking in. Verder wil de overheid op het gebied van wonen, zorg en welzijn zodanige voorwaarden creëren, dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. In hoofdstuk 6 zal hierop dieper worden ingegaan.

Verplegen

Onder 'verplegen' wordt verstaan 'het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen' (Leistra, 1999, p.11).

Verzorgen

Onder 'verzorgen' wordt verstaan 'de zorgvrager in zijn woon- en leefomgeving stimuleren, ondersteunen of compensatie bieden bij niet-toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied' (Van de Haterd et al., 2000).

Zorg

De World Health Organisation (WHO) vertaalt de kwaliteit van zorg als 'het meest optimale resultaat van zorg gezien de risico's en kansen'.

De dikke Van Dale heeft onder zorg de volgende definitie staan:

zorg (de ~, ~en, ~en, ~en)

1 de moeite en de pogingen die men doet om iets in stand of in goede conditie te houden, of zo goed mogelijk te doen zijn of te maken

2 ongerustheid, bezorgdheid => *bekommernis, kommernis, preoccupatie, sores*

3 voorwerp van ongerustheid

4 zorgstoel [iron.]

De Winkler prins kent de volgende omschrijving:

zorg [zorg]

1. ongerustheid, bezorgdheid: *geldzorgen; zich geen zorgen maken voor de tijd; dat is van later(e) ~* daar hoeven we ons nu niet om te bekommeren; *mij een ~!* of 't zal me een (rot)~ zijn, wezen inf dat kan me helemaal niets schelen ; zie ook bij korf, zieltje;

2. *toezicht, verzorging: iemand belasten met de ~ voor de kinderen; jeugd~; thuis~; ZN: zorgen toedienen* verzorgen, verplegen; ZN: *de eerste zorgen toedienen* eerste hulp verlenen;

3. *zorgvuldige toewijding, aandacht: iets met grote ~ doen; ~ dragen voor iets*

Er zijn dus verschillende omschrijvingen voor het begrip zorg. Over het algemeen kan opgemerkt worden dat allen betrekking hebben op ongerustheid, aandacht voor het in stand houden of in goede conditie houden. De sector verpleging en verzorging is dus één van de sectoren die valt onder zorg.



Samenvatting

De sector verpleging en verzorging is één van de beleidsterreinen van het ministerie van VWS. De sector bestaat met name uit twee soorten aanbieders, te weten aanbieders van zorg mét verblijf en aanbieders van zorg zonder verblijf.

Verplegen kan vertaald worden als: 'het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen'.

Onder verzorgen wordt verstaan 'de zorgvrager in zijn woon- en leefomgeving stimuleren, ondersteunen of compensatie bieden bij niet-toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied'.

Ongerustheid, aandacht voor het in stand houden of in goede conditie houden zijn de kernwoorden als gesproken wordt over "zorg".

Verandering van aanbod- naar vraagsturing is de afgelopen periode steeds duidelijker geworden. Dit heeft onder andere geleid tot een omslag in de organisatie van de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), de zorgvraag is nu het uitgangspunt.

De overheid stimuleert concurrentie tussen de zorginstellingen en geeft de instellingen ook meer ruimte, met name op het gebied van huisvesting.



Hoofdstuk 3 Vergrijzing: structureel of tijdelijk fenomeen

De ouderen blijven langer gezond. De vergrijzing brengt een grote verandering in de Nederlandse samenleving teweeg. Het is voor het eerst in de geschiedenis dat zoveel mensen zo gezond oud zullen worden.

3.1 Nederland vergrijst

Eén van de aspecten op het zorggebied is dus de vergrijzing. Vergrijzing kent een aantal oorzaken. Zo is in Nederland de levensverwachting op hoge leeftijd verbeterd. Mensen die nu 65 jaar worden, hebben gemiddeld nog een langer leven voor de boeg dan in het verleden het geval was. Door deze langere levensverwachting op hogere leeftijden neemt het aantal ouderen, en vooral het aantal oude ouderen, toe.

In Nederland kennen we de zogenaamde babyboom generatie. Deze generatie, geboren in de periode 1946-1965, bereikt vanaf 2010 de leeftijd van 65 jaar. Dit betekent een grote instroom in de ouderenpopulatie. De zelfstandigheid en mondigheid van het oudere individu, en de verschuiving van zorgaanbod naar zorgvraag, betekenen voor zorginstellingen dat ze zich marktgerichter moeten gaan opstellen.

Voor zorginstellingen staat dus één ding vast: er moet worden ingespeeld op de sterk stijgende zorgvraag door de toenemende vergrijzing.

3.2 Omslag van aanbodsturing naar vraagsturing

In de periode 2000-2003 is de omslag van aanbod- naar vraagsturing steeds duidelijker geworden. Onder de naam 'modernisering Algemene Wet bijzondere Ziektelasten (AWBZ)' hebben de overheid en het veld gewerkt aan deze omslag. Op 1 april 2003 is een belangrijke stap gezet met de invoering van de functiegerichte aanspraken, de bijbehorende indicatiestelling en het persoonsgebonden budget nieuwe stijl. De vroegere aanspraken in termen van verpleeghuis-, verzorgingshuis en thuiszorg zijn vervangen door aanspraken op basis van functies. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om hulp en begeleiding te leveren aan een andere doelgroep, zoals gehandicapten in de wijk. Met de nieuwe AWBZ is de plaats van de levering van zorg flexibel geworden⁹.

Nieuwe initiatieven

De scheiding tussen welzijn, zorg en wonen verdwijnt. Nieuwe initiatieven dienen zich aan in de vorm van woonzorgcomplexen, zorghotels om tijdelijk te revalideren, alsmede in de vorm van thuiszorg om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen met zorg op maat. Nieuwe inzichten dus die een andere aanpak vereisen. Samenwerking en overleg met gemeenten en woningcorporaties ligt voor de hand, waarbij elk van deze partijen eigen kennis en expertise inbrengt en zich richt op de eigen kerntaken. Kennis van elkaars primaire processen is daarin een basisvoorwaarde. Naar mijn mening is juist hier ook een belangrijke rol weggelegd voor de facilitair manager; het zal immers bij dit soort samenwerking en/of overleg zijn, dat marktontwikkelingen aan de orde komen. Is de facilitair manager van die ontwikkelingen op de hoogte dan kan er pro-actief mee worden omgegaan.

⁹ Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Care\Verpleging en Verzorging\, 13 mei 2005.



Zoals het klokje thuis tikt....

Of toch een tijdelijk fenomeen?

De komende 25 jaar vergrijst Nederland, en snel. Eén van de belangrijkste oorzaken is dus het ouder worden van de babyboom generatie. Nog eens 25 jaar verder kijkende, tot 2050, dan zal het overgrote deel van deze generatie zijn uitgestorven. Hierdoor zal de verhouding tussen de diverse leeftijdsgroepen weer evenwichtiger worden, wat de vergrijzing tot een tijdelijk fenomeen maakt¹⁰.

Jaar	Aantal inwoners	Aandeel		
		0-19 jarigen	20- 64 jarigen	65-plussers
	X miljoen	%		
2003	16,2	24,5	61,8	13,7
2010	16,7	24,1	61,1	14,9
2020	17,2	22,6	58,8	18,5
2030	17,6	22,1	56,2	21,7
2040	17,7	22,5	54,2	23,3
2050	17,6	22,3	55,6	22,1

Tabel 2. Bevolkingsprognose: bevolking op 1 januari 2006

Of vergrijzing nu een tijdelijk (50 jaar) fenomeen is of niet, geconcludeerd kan worden dat in 2040 ruim 23% van de bevolking zal bestaan uit ouderen. Hier zal de maatschappij in haar geheel dus rekening mee dienen te houden. In het kader van de vergrijzing is gesproken in de Troonrede bij de begroting van 2003: "Met betrekking tot de groeiende groep ouderen wil de regering rekening houden met de individuele wensen en behoeften op het terrein van welzijn, zorg, inkomen en wonen. Daartoe zal zij in 2003 een integrale visie uitbrengen". Naar aanleiding hiervan heeft het kabinet de kabinetsvisie 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing' opgesteld. Hierin wordt onder meer gesproken over het vrij en veilig wonen en bewegen in de woon- en leefomgeving, adequate woonvoorzieningen en zorg verzekeren. Echter gaat het te ver om hier nog verder op in te gaan.

Samenvatting

De vergrijzing is een maatschappelijke ontwikkeling waarmee rekening gehouden moeten worden.

Mensen leven langer en worden gezonder oud. Vanaf 2010 bereikt de babyboom generatie de leeftijd van 65 jaar wat een grote instroom in de ouderpopulatie betekent.

De scheiding tussen welzijn, zorg en wonen verdwijnt. De woonwens in relatie tot de zorgvraag vraagt aandacht.

Na 2050 is deze generatie uitgestorven waardoor de verhouding tussen de diverse leeftijdsgroepen weer evenwichtiger zal worden. Of de vergrijzing nu een tijdelijk fenomeen is of niet, de aandacht voor zorg blijft een belangrijk punt.

¹⁰ Bron: CBS



Hoofdstuk 4

Het belang van facility management in het algemeen alsmede in verhouding tot de zorgsector als gevolg van de toenemende vergrijzing.

De facilitair manager in de zorgsector is op dit moment reactionair ingesteld. Dit hoofdstuk geeft weer dat de rol van een facilitair manager met het oog op de toekomst een pro –actionair moet zijn ingesteld.

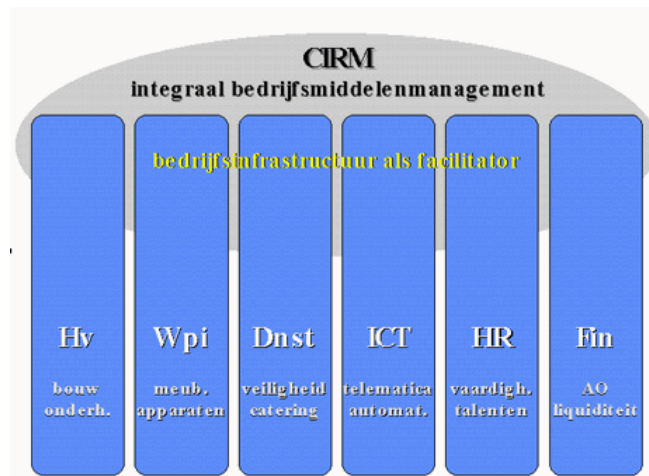
4.1 Inleiding

Ytsma & Ytsma geven in hun boek “Geschiedenis van Facility Management. Van zoetelaar tot facility manager” aan dat facility management een oud vakgebied is maar dat de naamsverandering van zoetelaar tot facility manager pas in 1985 geschiedde. Van een duidelijk omlijnd kader waarin de werkzaamheden van de facilitair manager worden geformuleerd is echter nog geen sprake.

Het ontbreken van een gezamenlijk begrippenkader bemoeilijkt de onderlinge overdracht van informatie en kennis en bemoeilijkt daarmee de omslag van een reactionaire houding naar een pro-actonaire houding van de facilitair manager. Een integrale benadering en standaardisatie kunnen dit proces vergemakkelijken. Hieronder volgt een uiteenzetting van twee mogelijkheden.

4.2 Tools voor FM in de zorg

Corporate Infrastructure Resource Management (CIRM), de nieuwe benadering van optimale organisatieondersteuning, afgestemd op de turbulente omgeving, die de doeltreffendheid en het verandervermogen van organisaties verbetert. Effectief aangewende ondersteuning voegt waarde toe aan het kernproces. Ondersteuning kan zo worden beschouwd als een factor voor vernieuwing in een kernproces die voorziet in de randvoorwaarden voor het functioneren van het primaire proces (in plaats dat het een kostenpost is). CIRM is dus een besturingsconcept waarmee alle ‘voorwaardenscheppende’ functies op elkaar worden afgestemd. CIRM combineert de fysieke werkomgeving met financiën, technologie en personeelsaspecten tot een integraal concept voor organisatieondersteuning.



Figuur 1. Ordening van activiteiten en kosten van bedrijfsmiddelen als groeimodel ¹¹

¹¹ <http://www.facility-network.nl>



Zoals het klokje thuis tikt.....

Waar het CIRM een integrale benadering is van alle middelen die een organisatie nodig heeft, spitst de NEN 2748 zich toe op alle facilitaire voorzieningen en normaliseert het de rubricering van deze facilitaire voorzieningen. Door gebruik van deze NEN norm zijn de kosten van faciliteiten en activiteiten uniform te registreren. Met de introductie van deze norm is expliciet beoogd een grondslag te leggen voor het genereren van relevant cijfermateriaal en informatie, op basis waarvan facilitaire kosten uniform kunnen worden vergeleken. De facilitaire activiteiten, processen of diensten worden gerubriceerd naar de volgende vijf functies: huisvesting, diensten & middelen, informatie- en communicatietechnologie, externe voorzieningen en facility management.

Ordering

Terugkijkend naar figuur 1 kan worden gesteld dat alle faciliteiten bedrijfsmiddelen zijn. Iets nauwkeuriger geformuleerd kan worden gesteld dat iedere faciliteit bestaat uit een middel (een stoffelijke faciliteit) of een dienst (een onstoffelijke faciliteit), of is samengesteld uit beide. Zo'n beschouwing schept onvoldoende ordening en herkenning voor praktisch gebruik.

Effectief facilitair management ondersteunt het primaire proces en draagt zo bij aan het succes van de organisatie en vormt daarmee dan ook een essentieel onderdeel binnen die organisatie. Het vaststellen van begripkaders voor facilitair managers, specifiek gericht op de zorgsector, is dan ook noodzakelijk, zeker met het oog op de ontwikkelingen. De instellingen zullen moeten investeren in het opstellen van begripkaders, waardoor een facilitair manager in de zorg geen brandjes blusser meer is maar iemand die pro-actionair meedenkt binnen de organisatie.

De ministeries van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) en VWS werken samen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Hun beleid is erop gericht mensen zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten wonen. Een breed aanbod van combinaties van wonen, zorg en dienstverlening moet het zelfstandig wonen bevorderen. De overheid kiest voor de geleidelijke weg en stimuleert daarmee nieuwe arrangementen van 'wonen en zorg op maat'. Voor de zorginstellingen betekent dit dat men moet inspelen op deze verandering; de facilitair manager lijkt binnen deze instellingen de aangewezen sleutelfiguur.

Samenvatting

Een integrale benadering, Corporate Infrastructure Resource Management (CIRM), verbetert de doeltreffendheid en het verandervermogen van organisaties. De fysieke werkomgeving wordt gecombineerd met financiën, technologie en personeelsaspecten tot een integraal concept voor organisatieondersteuning.

Daarnaast biedt de NEN 2748 de facilitair manager een handvat voor het definiëren van alle facilitaire voorzieningen en normaliseert de rubricering ervan.



Hoofdstuk 5 De casestudy “Stichting Bosch en Duin te Den Haag”

In dit hoofdstuk wordt de organisatie van Stichting Bosch en Duin te Den Haag nader omschreven zodat een beeld kan worden verkregen van het soort instelling waar de aanbevelingen van dit rapport zouden kunnen worden doorgevoerd. In eerste instantie waren de financiële kengetallen opgenomen in dit rapport. Door het wegvallen van de noodzaak van het in eerste instantie opgestarte onderzoek, viel ook de noodzaak van het opnemen van een financiële paragraaf weg. Vandaar dat de financiële kengetallen zijn bijgevoegd als bijlage (bijlage 1).

Vanaf begin 2003 werkt Bosch en Duin steeds meer samen met het Schevenings Zorg Palet (SZP); tot de fusie richtte de samenwerking zich onder andere op het afstemmen van het zorgaanbod, en op een aantal faciliteiten zoals huisvesting, capaciteitsuitwisseling, de keuken en de bedrijfsvoering. Begin september 2005 vond de fusie plaats (bijlage 2).

Het voorgaande geeft duidelijk weer dat ontwikkelingen en veranderingen in de markt de zorginstellingen min of meer hebben bewogen tot het bundelen van de krachten. In de visie van de nieuwe organisatie, die omschreven staat op de site van Respect Zorggroep Scheveningen, staat de aandacht voor de cliënten centraal. De zorg- en dienstverlening richt zich op het handhaven en/of verbeteren van de zelfstandigheid van de cliënt. Hierdoor wordt de cliënt ondersteund in het voeren van de regie over het eigen leven. De nieuwe stichting wil haar zorg en diensten leveren met respect voor wat de cliënt vindt, voelt en wil. Het bijpassende nieuwe logo beeldt nabijheid uit (zie verderop in de tekst). De fusie bleek het best te passen bij de zorginhoudelijke uitgangspunten. De samenwerking heeft als nadrukkelijk uitgangspunt dat de cliënt kan profiteren van het integrale aanbod van zorg, begeleiding en advies, behandeling en welzijns ondersteuning.



Het nieuwe logo

5.1 De organisatie Bosch en Duin¹²

Stichting Bosch en Duin (let op; het onderzoek vond plaats vóór de fusie), Scheveningseweg 76, te Den Haag is een instelling die zorg biedt aan mensen die thuis of in het ziekenhuis niet (meer) optimaal verzorgd kunnen worden. Bosch en Duin richt zich op verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding van somatische¹³ en psychogeriatrische cliënten (zijnde zorg met verblijf). Een andere vorm van zorg is de extramurale verpleging¹⁴ welke geboden wordt aan mensen met een verpleeghuisindicatie. Dit is een alternatief voor een opname in het verpleeghuis. Het complete pakket aan verpleeghuiszorg wordt in de thuissituatie aangeboden. Door het bieden van extramurale verpleeghuiszorg is het mogelijk dat mensen (langer) thuis blijven wonen. Extramurale verpleeghuiszorg is tevens bedoeld ter overbrugging van de periode tot men wordt opgenomen in een verpleeghuis. Wanneer de cliënt dan “verhuisd” van zorg zonder verblijf naar een situatie van zorg mét verblijf zou de facilitair manager naar mijn mening een veel groter rol kunnen spelen. Later zal hierop terug gekomen worden.

¹² www.boschenduin.org

¹³ Somatisch = wanneer men lichamelijk niet meer in staat is voor zichzelf te kunnen zorgen.

¹⁴ Mensen die zorg nodig hebben, ontvangen deze zorg thuis, in de eigen vertrouwde omgeving.



Zoals het klokje thuis tikt.....

Bosch en Duin maakt onderscheid tussen interne en externe cliënten. De term interne cliënten wordt gebruikt voor de werknemers van de organisatie. De externe cliënten zijn de mensen die een korte of langere tijd in Bosch en Duin verblijven omdat zij specialistische hulp behoeven¹⁵. De leeftijd van de 250 externe cliënten varieert van achttien tot honderd jaar. Een deel daarvan, ongeveer 220 cliënten, woont (tijdelijk) in Bosch en Duin, het andere deel woont thuis en komt alleen voor dagbehandeling.

Bosch en Duin staat voor een veilige omgeving met een open, huiselijke atmosfeer, waarin zelfbeschikkingsrecht en zelfredzaamheid centraal staan¹⁶.

5.2 Visie

Centraal in de visie van Bosch en Duin staat de kwaliteit van het leven. Iedere cliënt bepaalt individueel wat voor hem of haar een goede kwaliteit van leven is. Zorg en diensten worden in Bosch en Duin dan ook zoveel mogelijk "op maat" gegeven. Leidraad is dat de cliënt zo onafhankelijk mogelijk moet kunnen leven, zelf beslissingen kan nemen en zelf kan definiëren wat voor hem of haar "gezond" is.

Binnen Bosch en Duin wordt aandacht gegeven aan "zingeving": de zorgverlening is gericht op de kwaliteiten en talenten van cliënten. Er is oog voor de mens als één ondeelbaar geheel van lichamelijke, - psychische -, en sociale factoren. Een optimaal lichamelijk welbevinden wordt hierbij als basis voor het psychische en sociale welzijn beschouwd. De visie van Bosch en Duin (jaarverslag 2004) is, dat cliënten pas keuzes maken, wanneer men goed geïnformeerd is.

Op psychosociaal terrein wordt gestreefd naar veiligheid en geborgenheid ten aanzien van de leef sfeer, waarin het recht op een zo groot mogelijke privacy, een respectvolle benadering en een op de mogelijkheden van de persoon afgestemde begeleiding uitgangspunten vormen voor de dagelijkse zorg.

Dit alles is ook letterlijk waarneembaar in het huis. Men wordt niet verplicht om s'ochtends om zeven uur op te staan om dan gewassen te worden en aan de ontbijttafel plaats te nemen. De cliënt bepaalt zelf wanneer hij of zij opstaat. De tijden voor het ontbijt variëren dan ook van 7 uur tot 9.30 uur. De algemene sfeer straalt ook veiligheid en geborgenheid uit.

5.3 Organisatiestructuur

Om alle cliënten goed te verzorgen, werken er ongeveer 350 mensen bij Bosch en Duin. Behalve de medewerkers voor de verzorging, verpleging en behandeling gaat het om medewerkers van de keuken, schoonmaak, linnenkamer, technische dienst, administratie en de afdelingen personeel & organisatie en opleidingen. Daarnaast zetten vele vrijwilligers zich dagelijks in voor de cliënten van het verzorgings- en verpleeghuis.

Bosch en Duin is een lijn-staforganisatie (zie bijlage 3: organogram). Om te komen tot een goede bedrijfsvoering wordt er gebruik gemaakt van diensten van specialisten. De specialisten zijn ondergebracht in twee stafafdelingen, te weten de economische en administratieve dienst en de dienst personeel & organisatie. De stafspecialisten geven advies, verschaffen informatie en sporen problemen op en analyseren deze. Zij hebben adviesbevoegdheid en zorgen voor de ondersteuning op specifieke kennisgebieden en vaardigheden. Volgens de typologie van Mintzberg¹⁷ is Bosch en Duin een professionele bureaucratie. De nadruk ligt sterk op standaardisatie van vaardigheden die gericht zijn op gestandaardiseerde dienstverlening aan de cliënten.

Om een beeld te geven van de omvang van de organisatie wordt kort ingegaan op de personele bezetting. Op 31 december 2004 waren in totaal 390 medewerkers (inclusief oproepkrachten en WAO-ers) in dienst van Bosch en Duin; 129 in een voltijds dienstverband en 261 in deeltijd.

¹⁵ Bosch en Duin Beleidsplan 2004-2008

¹⁶ www.boschenduin.org

¹⁷ www.mintzberg.org



5.4 Bedrijfscultuur

Bosch en Duin werkt aan een cultuur waarin bedrijfsresultaten geoptimaliseerd worden.

In 1999 is de gewenste bedrijfscultuur van Bosch en Duin vastgesteld door het managementteam. De uitgangspunten zijn¹⁸:

- De cliënt wordt altijd gerespecteerd in wat hij/ zij voelt en vindt.
- De organisatie wil steeds onderweg zijn, streven naar verbetering, naar optimale kwaliteit. Bosch en Duin wil nadrukkelijk een lerende organisatie zijn.
- Sterk kostenbewustzijn (zo goed en goedkoop mogelijk).
- Medewerkers zijn positiefkritisch; de communicatie is eerlijk en open met een ruime plaats voor humor. Een belangrijke kernwaarde is veiligheid.
- Leidinggeven door voorbeeldgedrag op basis van de uitgangspunten van de zorgvisie en door het coachen van de medewerkers.
- Beleid komt tot stand op basis van visie en argumenten en wortelt in een breed draagvlak.
- Eenvoud in manier van doen, bescheidenheid en wilskracht.
- De wil om verantwoordelijkheid te nemen en af te leggen.
- Bosch en Duin streeft naar een organisatiebreed gemeenschapsgevoel, gelijkwaardigheid en enthousiasme.

Begin 2003 is er een quick scan gehouden over de beleving met betrekking tot de bedrijfscultuur. De kern van het resultaat was, dat de medewerkers zich in vijf uitgangspunten herkennen en dat de volgende vier aandacht behoeven; kostenbewustzijn, open/eerlijke communicatie/veiligheid, de onderliggende visie en argumenten die ten grondslag liggen aan het beleid kunnen beter gecommuniceerd worden en de wil om verantwoordelijkheid te nemen, kan verbeterd worden.

Om de nagestreefde cultuur zoveel mogelijk in de hand te werken, besteedt Bosch en Duin veel aandacht aan de aangegeven vier uitgangspunten die aandacht behoeven volgens de medewerkers. Daarbij worden de overige vijf uitgangspunten bewaakt. Ten behoeven van kostenbewustzijn, open/eerlijke communicatie/veiligheid, de onderliggende visie en argumenten die ten grondslag liggen aan het beleid worden er bijvoorbeeld cultuurelementen opgenomen in nieuwe functieomschrijvingen (bij het aannemen van nieuwe medewerkers) en open en eerlijke communicatie bevorderen door uitgave van het huisblad de Duinwijzer, bulletin, memo's en dergelijke.

5.5 Kwaliteit

Bosch en Duin betekent werkelijk "thuis in zorg en dienstverlening". De kwaliteit van de geboden zorg en de woonomgeving wordt continu in de gaten gehouden. Bosch en Duin werkt vanaf 2001 met een kwaliteitssysteem. Met behulp van dit systeem wordt stelselmatig gewerkt aan kwaliteitsverbeteringen. Alle zorgaanbod en handelwijzen worden vastgelegd in protocollen. Deze worden frequent geëvalueerd. Daarna worden de protocollen bewerkt en opnieuw vastgesteld. Het voordeel is, dat niet veel tijd verloren gaat met afstemming over de gemaakte afspraken; deze liggen immers vast.

Tevens heeft Bosch en Duin een actieve cliëntenraad. Deze bestaat uit een evenredige vertegenwoordiging van de 'externe cliënten' de bewoners en patiënten van het verpleeghuis, het verzorgingshuis en de dagbehandeling. In de raad hebben zowel bewoners zelf als hun 'vertegenwoordigers' (familie, vrijwilligers) zitting. De cliëntenraad dient als spreekbuis voor de externe cliënten en probeert een brug te slaan tussen hen en de organisatie. Dit gebeurt onder andere door regelmatig overleg met de directie en de raad van toezicht over zaken die de zorg, de behandeling, het wonen en verblijven in Bosch en Duin betreffen.

Daarnaast heeft Bosch en Duin diverse kwaliteitscommissies en kwaliteitswerkgroepen. Deze adviseren het management over kwaliteitsverbeteringen op specifieke gebieden. Deelnemers van de cliëntenraad nemen ook deel aan enkele commissies. Ook wordt regelmatig de mening gevraagd van de cliënten over allerlei onderwerpen, zoals de voeding, bejegening, leefklimaat en dergelijke.

¹⁸ <http://intravr/hoofdmenuscherm.html> (B&D intern/IK-V/communicatie/bedrijfscultuur)



5.6 Facilitaire Zaken

Voor het onderzoek was specifiek de afdeling Facilitaire Zaken opdrachtgever. Deze afdeling richt zich op het verlenen van diensten en ondersteuning in de breedste zin binnen de gehele organisatie en is opgebouwd uit de volgende drie afdelingen, te weten

- Technische Dienst;
- Voedingsdienst;
- Huishoudelijke Dienst.

Technische Dienst

De technische dienst is verantwoordelijk voor de instandhouding van de installaties en bouwkundige voorzieningen. De voornaamste werkzaamheden van de dienst zijn het verhelpen van storingen en onderhoud. Daarnaast zal in de voorkomende gevallen ondersteuning geboden worden bij aanpassingen en/of verbouwingen.

Voedingsdienst

De voedingsdienst is verantwoordelijk voor alle verstrekkingen op het gebied van eten en drinken aan zowel de bewoners als de medewerkers.

Huishoudelijke Dienst

De huishoudelijke dienst is verantwoordelijk voor schoonmaak binnen het gebouw in de ruimste zin van het woord. Dit houdt meer in dan alleen het 'echte' schoonmaakwerk, ook de beddenservice, linnen verzorging, transport, en dergelijke wordt door deze dienst verzorgd.

5.7 Branche informatie

Stichting Bosch en Duin maakt deel uit van de branche Gezondheidszorg. Verpleeg- en verzorgingshuizen, zoals Bosch en Duin, vallen onder bedrijfsindeling 'overige gezondheidszorg'¹⁹. De gezondheidszorg kende de afgelopen jaren grote problemen. Personeelstekorten en de lange wachttijden van de afgelopen jaren zorgden voor een nog grotere werkdruk dan die al aanwezig was (bron: CBS).

Verpleeg- en verzorgingshuizen krijgen hun budget toebedeeld per bezet bed. Elk bed dat niet wordt gebruikt kost geld. Mocht de trend van teruglopende wachtlijsten doorzetten dan zal Bosch en Duin in de toekomst met de andere verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio Den Haag moeten gaan concurreren om de bezetting vol te krijgen.

Bosch en Duin is aangesloten bij de branchevereniging Arcares. Arcares is de landelijke branchevereniging voor verpleging en verzorging²⁰. Het doel van Arcares is het ontwikkelen van een landelijk branchebeleid. De belangrijkste opdracht die ze zichzelf ten doel hebben gesteld is het beïnvloeden van het landelijke beleid, in overleg met de overheid en de politiek en het onderhouden van contacten met andere voor de branche belangrijke instanties en organisaties²¹.

¹⁹ www.cbs.nl/nl/standaarden/classificaties/sbi

²⁰ www.arcares.nl

²¹ www.werkzaken.nl/arbeidsmarktmonitor/gezondheidszorg/main.htm



Samenvatting

Stichting Bosch en Duin is begin september 2005 gefuseerd met het Schevenings Zorg Palet. In de visie van de nieuwe organisatie staat de aandacht voor de cliënten centraal.

Bosch en Duin is een onderdeel van de branche gezondheidszorg en is aangesloten bij de branchevereniging Arcares.

Stichting Bosch en Duin richt zich op verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding van cliënten. Bosch en Duin is een lijn-staforganisatie en kan volgens Mintzberg worden getypeerd als professionele bureaucratie.

Bosch en Duin werkt aan een cultuur waarin bedrijfsresultaten geoptimaliseerd worden.



Zoals het klokje thuis tikt....

Hoofdstuk 6 Huisvesting als marketing-tool

In hoofdstuk 2 is reeds omschreven dat de overheid marktwerking in de zorgsector wil stimuleren. Deze ontwikkeling blijkt onder andere duidelijk uit de plannen die de overheid heeft met betrekking tot regelgeving omtrent huisvesting:

http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o93n207.html

"Straks heeft de zorgsector geen toestemming van de overheid meer nodig om te kunnen bouwen. Instellingen gaan zelf bepalen hoe ze investeren in huisvesting. Ook beslissen ze zelf hoe ze de kosten ervan kunnen terugverdienen met het leveren van zorg. Verblijfsinstellingen kunnen de kosten van bouw bijvoorbeeld 'verdienen' met de tarieven voor de AWBZ-functie 'verblijf'. In deze tarieven zit ook een vergoeding voor de wooncomponent. Cliënten profiteren van dit besluit omdat de instelling meer rekening zal houden met hun woonwensen. Naar verwachting worden instellingen in 2012 volledig verantwoordelijk voor de kapitaallasten van huisvesting. Na de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) volgt er een aanlooperperiode en een overgangperiode van zes jaar. In die tijd kunnen instellingen wennen aan de bedrijfsrisico's die de verantwoordelijkheid voor de investeringen met zich meebrengt. De WTZi vervangt de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Een belangrijk doel van de WTZi is het geven van meer verantwoordelijkheid en vrijheid aan intramurale zorginstellingen"

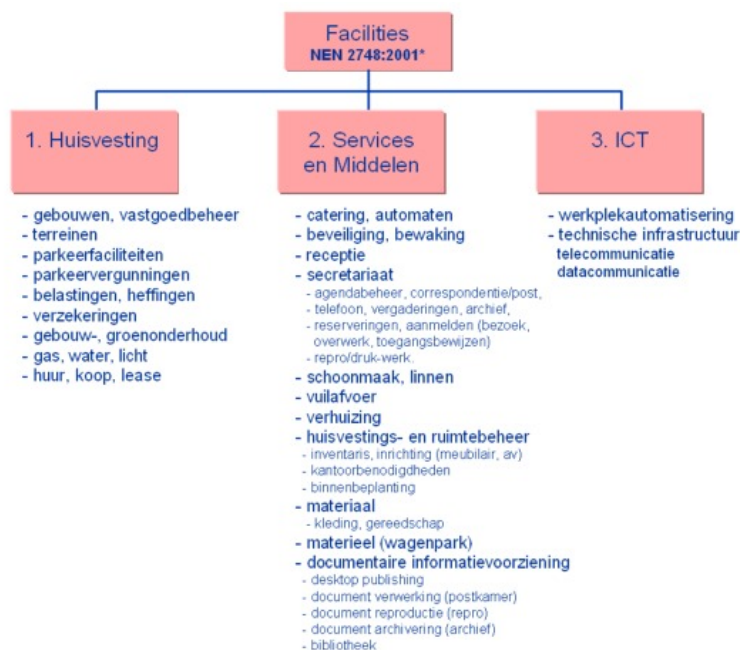
6.1 Begrippenkader

Huisvesting:

Postbus 51 omschrijft huisvesting als : het bewonen van woningen of gebouwen

De definitie waarmee het begrip facility management door Regterschot (1988) is geïntroduceerd legt de nadruk op het integraal managen van huisvesting, ondersteunende services (catering, receptiediensten e.d.) en middelen (meubilair, kopieerapparatuur e.d.).

Een standaard definitie van facilities is uitgewerkt in de NEN–Norm 2748²². Hieronder is schematisch weergegeven wat deze NEN-norm onder faciliteiten verstaat.



²²Vrij naar: NEN 2748:2001 en Facility management, Maas & Pleunis, ISBN 90-140-7794-7)

²² http://www.the-art.nl/0/020_structuur/a232_structuur_05_facility_management.html



Zoals het klokje thuis tikt.....

Binnen de zorgsector gaat het bij huisvesting dus niet alleen over de inrichting van iemands kamer; ook de faciliteiten in en om de zorginstelling maken daar onderdeel van uit.

Dat bij de bepaling van wat huisvesting is ook menselijke aspecten een rol spelen blijkt uit de stellingen van Maslov; Maslov omschreef deze menselijke aspecten en onderscheid vijf behoefteniveaus in menselijk gedrag.



Behoeftespiramide van Maslov

De eerste behoefte is de primaire biologische behoeften (eten, drinken, een huis etc),

De tweede behoefte is veiligheidsbehoefte.

De derde behoefte is onze sociale behoefte, dat wil zeggen behoefte ergens bij te horen, behoefte aan begrip en liefde.

De vierde behoefte behelst behoefte aan erkenning en waardering en waardering voor jezelf is de basis voor het kunnen geven van waardering aan anderen.

De vijfde behoefte tot slot is de behoefte aan zelfverwezenlijking. Dat wil zeggen het verlangen te worden wie je in aanleg eigenlijk al bent.

Maslov stelt dat het enerzijds voor mensen belangrijk is om een "eigen plek" te hebben (veiligheidsbehoefte). Net als dieren hebben mensen een territorium. Een mens heeft dus behoefte aan privacy. Het is belangrijk dat men zich terug kan trekken en niet voortdurend tussen mensen te hoeven zijn.

Anderzijds geeft Maslov aan dat het voor mensen belangrijk is om ergens bij te horen. Duidelijk is wel dat de omgeving daarin een grote rol speelt. De omgeving moet de mogelijkheden bieden tot menselijk wonen in de breedste zin van het woord, tot menselijke arbeid en tot menselijke vrije tijdsbesteding²³.

6.2 Praktijk

Binnen de drie organisaties waar een interview gehouden is, hebben de geïnterviewden de volgende omschrijvingen gegeven van wat er binnen hun organisatie verstaan wordt onder het begrip huisvesting.

Voor wat betreft patiënten met psychogeriatrische aandoeningen²⁴ (PG) geeft de heer Ligterink (werkzaam bij Florence) aan dat voor wat betreft huisvesting specifiek stil gestaan moet worden bij beschermende ruimtes. Voor wat betreft Huntington patiënten is met name de ruimte zelf van belang is. Deze mensen zitten over het algemeen in (grote) rolstoelen zodat rekening moet worden gehouden met omstandigheden als bredere deuren, verwijderen van drempels, enzovoorts.

²³ Janzing C. & Kerstens, J. *Werken in een therapeutisch milieu*.

²⁴ Deze zorg is bestemd voor cliënten in de thuissituatie, waarbij specifiek de diagnose "dementiesyndroom" is gesteld. Bij psychogeriatrische cliënten is over het algemeen sprake van een complexe situatie waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn.



Zoals het klokje thuis tikt.....

Interne verhuizingen (oftewel een verandering van huisvesting) vinden voor het overgrote deel plaats naar aanleiding van de veranderende zorgvraag van de cliënt. De cliënten zijn vaak niet gelukkig met de veranderingen omdat zij zich gehecht hebben aan mede cliënten, verzorgers en dergelijke (ze hebben hun territorium afgebakend).

Door de eerst verantwoordelijke verzorgende (evv) wordt er met alle betrokken gekeken naar wat de beste aanpak voor de verandering is.

Mevrouw Floors (Meavita, Verpleeghuis Houtwijk) geeft aan dat ook bij Meavita sprake is van interne verhuizingen. De verhuisbewegingen hebben met name betrekking op verhuizingen van de somatische afdeling naar de PG afdeling. Dit vindt ongeveer vijf keer per maand plaats. Mevrouw Floors geeft aan dat de weerstand van de bewoners voornamelijk betrekkingen hebben op de omstandigheid dat zij in hun vrijheden worden beperkt. Individuele wensen zijn ondergeschikt aan de zorg.

In een multi disciplinair overleg, waarin alle betrokkenen om tafel zitten, wordt de verhuizing besproken en voorbereid. Mevrouw Floors geeft aan dat begin 2007 het huidige pand tegen de vlakte gaat en dat de bewoners dan tijdelijk onderverdeeld worden in de drie andere huizen. In het nieuwe pand zullen alleen één- en tweepersoonskamer terugkomen. Ook kleinschalig wonen zal deel uit maken van de nieuwe huisvesting. Meavita onderkent door deze verbouwing de veranderende zorgvraag; waar het mogelijk is om faciliteiten te verbeteren (zonder dat de zorg daar hinder van ondervindt) zal de organisatie hiervoor aandacht hebben.

Binnen Bosch en Duin is zeer regelmatig (bijna dagelijks) sprake van interne verhuizingen, meldt de heer Stoffels. Er is al sprake van een interne verhuizing wanneer een cliënt verhuist van kamer a naar kamer b op dezelfde afdeling. Ook is er sprake van een interne verhuizing als een cliënt van afdeling verandert. De persoonlijke behoeften van de cliënt kunnen aanleiding zijn tot verhuizing. De voornaamste redenen zijn te vinden in een veranderende zorgvraag van een cliënt; een cliënt wordt bijvoorbeeld dement.

Voor wat betreft specifieke wensen/ eisen per aangeboden zorg kan er het volgende gemeld worden:

- * PG: veiligheid, toezicht en voorkoming van onrust
- * Beademing: dichtbij de zusterpost gesitueerd
- * Terminaal: éénpersoonskamers, privacy, mogelijkheid tot afscheid nemen
- * HIV/Aids: begaande grond in verband met buitenruimte

De palliatieve terminale zorg²⁵ zorgt voor de grote frequentie van verhuizingen.

Het personeel bepaalt in de meeste gevallen of er verhuist wordt. Zo wordt in een multidisciplinair overleg de regie gevoerd over de zorg die geboden wordt aan de cliënten. De reden van verhuizing hoeft niet alleen medisch te zijn. Ook komt het voor dat op verzoek van de familie een cliënt verhuist wordt (bijvoorbeeld vanaf een etage verhuizen naar de begane grond). Volgens de heer Stoffels vinden de bewoners/ cliënten het vaak verschrikkelijk om te moeten verhuizen ("oude bomen moet je niet verplaatsen").

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat wanneer gesproken wordt over een interne verhuizing het niet enkel gaat om het binnen de organisatie overbrengen van iemands boedel maar dat het voornamelijk menselijke aspecten met zich mee brengt. Over het algemeen kan uit de interviews opgemaakt worden dat de bewoners het niet prettig vinden om te moeten verhuizen omdat zij dan uit hun vertrouwde omgeving gehaald worden. Deze conclusie kan worden doorgetrokken naar de situatie waarin iemand van een thuisituatie naar een tehuisituatie verhuist. Daar zal de wijziging van de omgeving ook een grote impact hebben op de mensen.

²⁵ Palliatieve terminale zorg is een specialisme waarbij in de zorg aandacht wordt besteed aan de lichamelijke, psychologische, sociale en levensbeschouwelijke aspecten van het "menszijn". Het is gericht op het verminderen van het lijden en op verbetering van de kwaliteit van leven van mensen in de laatste levensfase.



Omdat dit soort verhuizingen niet alleen gevolgen hebben voor de zorgbehoefte, maar ook voor de familieleden van de cliënt: de noodzaak tot de verandering van huisvesting relateren de familieleden immers aan een achteruitgang van de gezondheid van het familielid.

Samenvatting

Binnen de zorgsector gaat het bij huisvesting niet alleen over de inrichting van iemands kamer; ook de faciliteiten in en om de zorginstelling maken daar onderdeel van uit.

Maslov kent vijf behoefteniveaus in menselijk gedrag welke weergeven dat mensen reageren op veranderingen in en/of van omgeving.

De redenen om te verhuizen kunnen over het algemeen gevonden worden in de verandering van de zorgvraag.

Naast de theorie moet niet uit het oog verloren worden dat het mensen zijn die verhuizen.



Hoofdstuk 7 Aspecten in relatie tot huisvesting

Het algemene facilitaire begripkader met betrekking tot huisvesting is summier, dit in tegenstelling tot de zorgaspecten welke duidelijker zijn onderzocht en omschreven. Een duidelijk omlijnde rubricering van facilitaire aspecten met betrekking tot huisvesting ontbreekt echter, met name op menselijk gebied. In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij facilitaire en zorg aspecten in relatie tot huisvesting. De verkregen informatie uit zowel de literatuur als uit de gehouden interviews geven weer hoe de praktijk zich verhoudt tot de theorie. Dit zowel met betrekking tot aspecten op facilitair als wel tot aspecten op zorg gebied.

7.1 Zorg aspecten

Bij huisvesting spelen de zorg aspecten een belangrijke rol; het primaire proces dat binnen de sector geleverd wordt is immers zorg. Verandering in huisvesting vindt hoofdzakelijk plaats wanneer er sprake is van een wijziging in de zorgbehoefte. Zorg heeft in dat verband dus de prioriteit.

Theorie

Tijdens een forumdag in 2002 met het thema "De vraag onderzocht in verpleeg- en verzorgingshuiszorg"²⁶ is stilgestaan bij het kwaliteitsbeoordelinginstrument cliënt & kwaliteit. Vanuit ieder type zorginstelling zijn onderwerpen voorgelegd aan cliëntenpanels. Deze cliëntenpanels hebben, met behulp van selectiemethoden die zijn ontleend aan de zogeheten Concept Mapping (NVBV, 1999 / LOC, 2000), bepaald welke normen en criteria in welke zorgsetting zijn opgenomen in het beoordelingsinstrument.

Hieronder is de uitkomst met betrekking tot het kwaliteitsbeoordelinginstrument cliënt & kwaliteit schematisch weergegeven.

Zorgaspecten	Kwaliteitsaspecten								
	Informatie	Inspraak	Evaluatie	Vakbekwaam	Organisatie	Steun	Bejegening	Zelfstandigheid	Accommodatie

Figuur 2. Het kwaliteitsbeoordelingsinstrument cliënt & kwaliteit.

Uit dit beoordelinginstrument kunnen de volgende zorgaspecten opgemaakt worden;

- Opname
- Wonen
- Maaltijden
- Zorg: Lichamelijk
- Dagbesteding etc.
- Zorg: Lichamelijk
- Psycho- Sociaal
- Levensbeschouwelijk
- (Para) medische dienstverlening
- Familie

²⁶ <http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/KCO/docs/PDF/Forumdag2002.pdf>



Zoals het klokje thuis tikt.....

Uit het deelrapport “Van overlastbestrijding naar bemoeizorg”, een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders²⁷ zijn de volgende zorgaspecten naar voren gekomen.

- Toegankelijkheid
- Zorginhoud
- Patiëntgerichtheid
- Bekwaamheid en deskundigheid
- Afbakening taken en verantwoordelijkheden
- Toegankelijkheid gegevens
- Kwaliteitsbewaking
- Wet- en regelgeving
- Financiering

Praktijk

Binnen Bosch en Duin heeft de locatiemanager aangegeven dat de onderstaande aspecten met betrekking tot de zorg aandacht behoeven bij veranderingen in de zorgbehoefte en daarmee ook bij verandering in huisvesting;

- Zorgoverdracht per afdeling (zorg is vaak nog afdeling gebonden)
- Apotheek wijziging
- Cliënten administratie
- Contact met de familie
- Het fysiek verhuizen van de eigen spulletjes (inhoud nachtkastjes e.d.)
- Bewegwijzering

Binnen Meavita, Verpleeghuis Houtwijk, heeft de facilitair manager aangegeven dat de onderstaande aspecten met betrekking tot de zorg aandacht behoeven bij een verandering van huisvesting;

- Psychologie
- Verandering van zorgteam
- De gehele cyclus qua zorg moet opnieuw bekeken worden (wat kan de cliënt nog zelf en wat moet er anders)

Binnen Florence, Het Gulden Huis, hebben de facilitair manager en de locatiemanager aangegeven dat de onderstaande aspecten met betrekking tot de zorg aandacht behoeven bij een verandering van huisvesting;

- Mutaties in maaltijden/ voeding/ was
- Administratieve afhandeling
- Zorgoverdracht per afdeling
- Cliënten administratie; is de receptie ook op de hoogte van de verhuizing
- Contact met de familie
- Extra zorg vanuit de zorgafdeling ten behoeve van vooral de eerste dagen op de nieuwe kamer/ afdeling
- Goed luisteren naar de cliënt
- De behandelaars op de hoogte stellen van de verhuizing van de cliënt
- Voedingsassistente

²⁷ <http://www.igz.nl/bestanden/SGZ%20Zorgwekkende%20zorgmijders.pdf>



Theorie versus praktijk

Theorie en praktijk met betrekking tot zorg aspecten sluiten goed op elkaar aan. Begripskaders zijn duidelijk omschreven. Verandering van huisvesting is met de ervaringen van de jaren een (min of meer) gestandaardiseerd aangelegenheid geworden. Efficiëntie heeft de zorginstelling daartoe min of meer verplicht; wanneer het gaat om logistieke wijzigingen in een situatie, zijn de verschillende afdelingen en betrokken personen goed op elkaar ingespeeld en afgestemd (lees: sluiten theorie en praktijk goed op elkaar aan).

7.2 Facilitaire aspecten

Theorie

Een werkgroep, die de NEN-commissie 'Facilitaire voorzieningen'²⁸ daartoe heeft ingesteld, heeft zich georiënteerd op rubricering van aspecten van de huisvesting. De rubricering is als volgt:

- gebouwen en stallingplaatsen
- belastingen en heffingen
- verzekeringen
- eigenaarsaandeel onderhoud
- huurdersaandeel onderhoud
- mutaties
- energie en water
- beheer

De gekozen rubricering van het veld huisvesting heeft een theoretische en een pragmatische achtergrond. De werkgroep heeft gezocht naar een rubricering die duidelijk en logisch is. De gekozen opbouw komt grotendeels overeen met diverse rubriceringen van huisvestingskosten die al langer worden gebruikt.

Praktijk

Uit de gehouden interviews met de diverse managers zijn de volgende facilitaire aspecten in relatie tot een wijziging van huisvesting waar de facilitair manager rekening mee moet houden naar voren gekomen:

- Schoonmaak
- Administratie
- Technische Dienst
- Magazijn
- Apotheek (in het kader van de logistiek)
- Logistiek (rondt het grootste aspect)
- Gereed zijn van de nieuwe kamer/ locatie
- De facilitair manager moet oog hebben voor detail;
- Kleding "overmerken"
- Receptie (deze moet op de hoogte gesteld worden van de verhuizing)
- Mutaties in maaltijden/ voeding
- Administratieve afhandeling
- Inkoop
- Bouwkundige aspecten
- Bewegwijzering

²⁸ www2.nen.nl



Theorie versus praktijk

In tegenstelling tot de zorg aspecten zijn facilitaire aspecten niet primair. Zij zijn ondersteunend en reactionair aan de zorg. Uit de rubricering van de NEN kan geconcludeerd worden dat deze hoofdzakelijk gericht is op het onderbrengen van de facilitaire kosten en niet zo zeer op de geboden faciliteiten. De rubricering is daarmee een organisatie “tool” dat op strategisch niveau gebruikt kan worden voor met name sturing op financiën. Uit de interviews komt naar voren dat de facilitair manager in de praktijk echter de cliënt centraal stelt. Er wordt ingespeeld op specifieke (individuele) wensen welke daarmee lijken te prevaleren boven financiële afwegingen.

Samenvatting

Facilitaire en zorg(gebied) aspecten zijn omschreven in NEN normen en kwaliteitsbeoordelinginstrumenten maar in de praktijk blijkt dat het mensen werk is en blijft.

In de praktijk gaat het de managers om mensen en zijn richtlijnen goed maar het moet wel werkbaar blijven.

Uit de interviews komt naar voren dat de facilitair manager in de praktijk de cliënt centraal stelt. Er wordt ingespeeld op specifieke (individuele) wensen welke lijken te prevaleren boven financiële afwegingen.



Hoofdstuk 8 De bewoners/ cliënten

Het primaire proces binnen de zorgsector kan op verschillende manieren en in verschillende hoeveelheden aangeboden maar vooral ook gevraagd worden. Om de gewenste faciliteiten vast te stellen is het nodig inzicht te hebben in wat voor opvang en zorgbehoefte mensen hebben en wordt er een onderscheid gemaakt tussen de soorten bewoners. Dit onderscheid is voor de facilitair manager ook van belang: bewoners die tijdelijk in de instelling verblijven zullen immers andere behoeften hebben dan permanente bewoners.

8.1 Algemene indeling

Een algemene indeling van soorten bewoners/ cliënten die een bepaalde mate van zorg en opvang nodig hebben is als volgt;

- a. Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang met een geringe zorgbehoefte;
- b. Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang, geïndiceerd voor verzorging of verpleging (zonder verblijf);
- c. Cliënten geïndiceerd voor verzorging of verpleging met verblijf.

a. *Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang met geringe zorgvraag*

Op het moment dat cliënten uit de opvang vanwege vergrijzing of een andere reden extra zorg nodig hebben, blijkt dat veel van de ruimten te klein en inadequaat zijn om hulpmiddelen op te slaan, te gebruiken en/of adequate zorg te verlenen. In hoofdlijnen staan er voor deze groep twee wegen open: aanpassen van de bestaande voorzieningen of verhuizen naar meer passende (en dan bij voorkeur zelfstandige) huisvesting.

Voor een fors deel van de huidige populatie van de opvang, zijn de opvanginstellingen met hun onzelfstandige huisvesting toch de meest geschikte. Deze mensen kunnen een zelfstandige woonsituatie niet aan. Zowel de AWBZ als de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) blijken geen mogelijkheden te bieden voor de verbetering van de huisvestingssituatie voor deze groep in de opvanginstellingen. De AWBZ niet omdat deze alleen voor mensen met een AWBZ-indicatie mét verblijf iets kan doen aan de huisvesting. De WVG niet omdat deze alleen bestemd is voor zelfstandige huisvesting.

Verbetering van deze huisvestingssituatie kan dus alleen plaatsvinden door inspanningen van de huidige betrokken partijen, te weten de opvanginstellingen zelf, de gemeenten en de corporaties. Voor een ander deel van de cliënten dat wel in staat zou zijn om in een zelfstandige woonsituatie (met begeleiding) te leven, én die (nog) geen of slechts een beperkte AWBZ-indicatie kan verkrijgen, kan de volgende aanpak overwogen worden. Gemeenten, corporaties en opvanginstellingen moeten de handen ineenslaan om meer gepaste woonruimte beschikbaar te krijgen voor deze groep opvangbewoners.

b. *Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang, geïndiceerd voor verzorging of verpleging (zonder verblijf);*

Wat voorheen door de thuiszorg werd gefaciliteerd (de zorg werd toen aan huis geleverd) wordt thans steeds meer door de zorginstellingen verzorgd. Dit heeft tot gevolg dat deze cliënten regelmatig verblijven in de instellingen om de geïndiceerde zorg te ontvangen. Deze ontwikkeling is ook steeds beter zichtbaar; verzorgingshuizen of thuiszorgorganisaties leveren zorg aan daartoe geïndiceerde cliënten in panden van de maatschappelijke opvang.

Het leveren van zorg, die de geïndiceerde opvangcliënt nodig mag in beginsel geen probleem zijn. Elke toegelaten zorgorganisatie zou namelijk in staat moeten zijn de zorg te leveren conform de indicatiestelling.



Zoals het klokje thuis tikt....

Echter, in de praktijk hebben deze zorgorganisaties nogal eens moeite om adequate zorg te verlenen omdat de huisvesting niet geschikt is. Ongeschikte huisvesting is momenteel nog steeds een grond om sneller een indicatie voor zorg mét verblijf te krijgen. Een situatie die minder gewenst is. Reden dus om diverse partijen met verschillende verantwoordelijkheden bijeen te brengen om oplossingen te verzinnen.

Kortom, opvanginstellingen, gemeenten, corporaties, zorgkantoren en zorginstellingen moeten elkaars partners zijn om te zoeken naar oplossingen voor goede huisvesting waar ook goede zorg geboden kan worden. Er kan weinig afgedwongen worden; veel zal dus afhangen van de overtuigingskracht waarmee opvanginstellingen anderen kunnen overhalen om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor deze doelgroep.

c. *Cliënten geïndiceerd voor verzorging of verpleging met verblijf.*

Binnen het systeem van de gemoderniseerde AWBZ kan een indicatie voor zorg (of voor verpleging, begeleiding of behandeling) aangevuld worden met een indicatie voor de functie 'verblijf'. Dat geldt als: "de geïndiceerde zorg respectievelijk verpleging etc. noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht".

Cliënten van de maatschappelijke opvang met een indicatie voor verzorging/verpleging met verblijf kunnen deze in principe verzilveren bij de verzorgings- en verpleeghuizen. Maar het probleem is dat deze mensen zelf vaak helemaal niet weg willen uit hun eigen leefomgeving en opname in een verzorgings- of verpleeghuis bij deze instellingen soms op bedenkingen stuit.

Bij deze groep mensen kan dus in principe niet ingespeeld worden op de individuele wensen en behoeften. Wél kan worden gekeken naar welke faciliteiten over het algemeen als prettig worden ervaren, en welke, over het algemeen, geen negatief effect hebben op het primaire proces.

8.2 Bosch en Duin

Binnen Bosch en Duin wordt cliënt wordt, en als de cliënt dat wil ook de familie, betrokken bij het vaststellen van de benodigde zorg en behandeling. Het zorgplan is gebaseerd op de behoeften van de cliënt. Deze kan, waar mogelijk, zelf keuzes maken in de organisatie van de zorg. Ook mag de cliënt deelnemen aan het multi disciplinaire overleg, waarbij alle bij de cliënt betrokken hulpverleners aanwezig zijn. Als de cliënt in het verzorgingshuis woont, kan de cliënt, zo nodig, ook een beroep doen op de zorg waarover het verpleeghuis beschikt.

De soorten bewoners/ cliënten binnen Bosch en Duin laten zien dat er duidelijke overeenkomsten zijn met de algemene indeling (zie 8.1). De zorg die binnen Bosch en Duin aangeboden worden richten zich op extramurale, palliatieve en somatische zorg, mensen met psychogeriatrische aandoeningen en een bijzondere groep bewoners; de bewoners met HIV/ AIDS. Een nadere en uitgebreidere toelichting per zorg soort is opgenomen in bijlage 4

Samenvatting

De bewoners/ cliënten in de verplegings- en verzorgingssector zijn onder te verdelen in:

- Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang met een geringe zorgbehoefte;
- Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang, geïndiceerd voor verzorging of verpleging (zonder verblijf);
- Cliënten geïndiceerd voor verzorging of verpleging met verblijf.

Gemeenten, corporaties en opvanginstellingen moeten de handen ineenslaan om meer gepaste woonruimte beschikbaar te krijgen.

De algemene verdeling van bewoners/ cliënten is binnen de casestudy Bosch en Duin terug te vinden.



Hoofdstuk 9 De financiële paragraaf

Voor verzorgingshuis/verpleeghuiskosten is iedereen in Nederland verzekerd via de AWBZ. Behandeling, verzorging, medicijnen, verbandmiddelen, therapieën en laboratoriumonderzoeken worden uit de AWBZ betaald²⁹. Wettelijk is vastgesteld dat iedereen die verzorgingshuis/verpleeghuiszorg ontvangt daarnaast een eigen bijdrage moet betalen. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van de leeftijd, inkomen, leefsituatie (is men alleenstaand of heeft men een partner die thuis woont of in een instelling verblijft) en of men in een verpleeghuis is opgenomen of dag-/nachtverpleging krijgt.

Na aftrek van de eigen bijdrage van het inkomen, houdt men maandelijks nog een bedrag over om zelf te besteden. Bijvoorbeeld aan zaken die niet onder het verstrekkingenpakket van het verzorgingshuis/verpleeghuis vallen. Het is daarom goed te weten welke verstrekkingen bij de maandelijks eigen bijdrage inbegrepen zijn en voor welke zaken extra moet worden betaald.

9.1 Zorg met verblijf

De afdeling Registratie van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ) heeft een registrerende en coördinerende taak binnen de eigen bijdrage zorg met verblijf (voorheen: intramuraal). De eigen bijdrageregeling zorg met verblijf wordt uitgevoerd door 32 zorgkantoren die regionaal verspreid zijn door heel Nederland. Een zorgkantoor is een onderdeel van een zorgverzekeraar die zich specifiek bezighoudt met de AWBZ.

De hoogte van beide bijdragen is afhankelijk van de hoogte van het inkomen. Gedurende de eerste zes maanden van verblijf betaalt men de lage bijdrage. Deze periode van zes maanden wordt de wachttijd genoemd. Voor de berekening van de wachttijd telt voorafgaand verblijf in een (andere) instelling (bijvoorbeeld in een ziekenhuis) mee.

Het gaat te ver om in dit hoofdstuk uit een te zetten op basis waarvan de berekening uitgevoerd wordt, daarvoor wordt verwezen naar de brochure "Eigen bijdrage bij verblijf in een AWBZ-instelling" van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten.

9.2 Zorg zonder verblijf

De eigen bijdrage Zorg zonder Verblijf (voorheen: thuiszorg) wordt ook door het CAK-BZ uitgevoerd. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen. Op basis van het inkomen en dat van een eventuele partner berekent het CAK-BZ het maximale periodebijdrage. Dat is het maximumbedrag dat per periode van vier weken betaald wordt. Men betaalt per periode dus nooit méér dan de maximale periodebijdrage, ook al ontvangt men veel uren zorg.

Ook hier gaat het te ver om uit een te zetten op basis waarvan de berekening uitgevoerd wordt, daarvoor wordt verwezen naar de brochure "Eigen bijdrageregeling Zorg zonder verblijf 2006" van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten.

De maatschappelijke ontwikkelingen, en daarmee de veranderende zorgvraag naar huisvesting, zal er voor kunnen/ moeten zorgen dat de facilitaire manager meer bewust wordt van de kosten (en de baten) van onder andere huisvesting.

²⁹ <http://www.denhaag.nl/smartsite.html?id=22994>



Samenvatting

Naast de verplichte verzekering (AWBZ) moet men een eigen bijdrage van het inkomen betalen aan de te ontvangen zorg. Er is hierbij een verschil of men verblijft in het huis of dat men aan het einde van de dag weer naar huis gaat.

De kosten voor de was, telefoon, kapper, pedicure en dergelijke vallen niet onder de AWBZ. Men moet deze kosten, bovenop de eigen bijdrage, zelf betalen.

Facilitair manager binnen de geïnterviewde instelling zijn niet op de hoogte van de specifieke kosten voor de diensten die nu gevraagd worden omdat de werkzaamheden “gewoon” uitgevoerd zonder dat er inzicht is in bijvoorbeeld het aantal uren dat de technische dienst aan een verhuizing besteedt.



Hoofdstuk 10 Conclusies en aanbevelingen

Hoofdstuk 2 geeft weer dat:

- Onder verzorgen wordt verstaan 'de zorgvrager in zijn woon- en leefomgeving stimuleren, ondersteunen of compensatie bieden bij niet-toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied'.
- Verandering van aanbod- naar vraagsturing is de afgelopen periode steeds duidelijker geworden. Dit heeft onder andere geleid tot een omslag in de organisatie van de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), de zorgvraag is nu het uitgangspunt.
- De overheid stimuleert concurrentie tussen de zorginstellingen en geeft de instellingen ook meer ruimte, met name op het gebied van huisvesting.

Conclusie: Vastgesteld kan worden dat de marktwerking nu ook is doorgedrongen tot de zorgsector en dat de overheid dit ook stimuleert.

Aanbeveling: Met de veranderende zorgvraag en de marktwerking in het achterhoofd zou mijn aanbeveling aan de zorginstellingen zijn om de facilitair managers een bijscholing te laten doen die ze meer bewust maakt van de ontwikkelingen in de markt en hoe zij daarmee zouden kunnen omgaan. Omdat de marktwerking nu ook is toegetreden tot de zorgsector, zullen de facilitair managers niet alleen een commerciële functie, maar ook een commerciële houding moeten gaan krijgen.

Hoofdstuk 3 geeft weer dat:

- De scheiding tussen welzijn, zorg en wonen verdwijnt. De woonwens in relatie tot de zorgvraag vraagt aandacht.
- Of de vergrijzing nu een tijdelijk fenomeen is of niet, de aandacht voor zorg blijft een belangrijk punt.

De meerderheid van de tehuisbevolking heeft veel gezondheidsproblemen en krijgt daarom intensieve verzorging. Deze primaire zorg betreft niet alleen het schoonhouden van de leefruimten, maar vaak ook persoonlijke verzorging, zoals hulp bij het wassen, aankleden, toiletbezoek of het eten, of verpleegkundige hulp. Naast de primaire zorg zal aandacht moeten uitgaan naar de facilitaire zorg; welzijn wordt immers niet alleen bepaald door de aangeboden primaire zorg. De woonomgeving, waaronder tevens andere faciliteiten vallen, speelt daarin een belangrijke rol.

Conclusie: Gezien de vergrijzing, zal er vanuit de verplegings- en verzorgingssector meer ingespeeld moeten worden op de individuele wensen van de steeds ouder wordende medemens, zowel op het vlak van primaire zorg als op het vlak van de aangeboden faciliteiten.

Aanbeveling: De instellingen zullen een grotere relatie moeten gaan leggen tussen de geboden primaire zorg en de aangeboden faciliteiten. Daartoe is het nodig dat een goed beeld wordt verkregen wat de individuele wensen van de zorgbehoeftige over het algemeen is. Omdat de woonomgeving een bepalende rol speelt in de beslissing voor de zorgbehoeftige (en hun familie), zal naar deze faciliteit de meeste aandacht moeten uitgaan.



Hoofdstuk 4 geeft weer dat:

- Een integrale benadering, Corporate Infrastructure Resource Management (CIRM), verbetert de doeltreffendheid en het verandervermogen van organisaties. De fysieke werkomgeving wordt gecombineerd met financiën, technologie en personeelsaspecten tot een integraal concept voor organisatieondersteuning.
- Daarnaast biedt de NEN 2748 de facilitair manager een handvat voor het definiëren van alle facilitaire voorzieningen en normaliseert de rubricering ervan.
- Zowel het CIRM als de NEN norm beschouwen de aangeboden faciliteiten vanuit een organisatorische en financiële kant.

Conclusie: Het CIRM en de NEN norm zijn momenteel de algemene kaders waarin facilitaire diensten staan omschreven met betrekking tot huisvesting. Het zijn deze kaders die momenteel de financiële en organisatorische uitgangspunten weergeven voor het management van organisaties in het algemeen.

Aanbeveling: Bestudeerd moet worden hoe het CIRM en de NEN norm het beste kunnen worden toegepast binnen de zorgsector. Omdat binnen de zorgsector sprake is van een verschuiving van zorgaanbod naar zorgvraag, zal het daarbij noodzakelijk zijn om niet alleen te kijken naar de financiële en organisatorische aspecten, maar ook naar de menselijke aspecten.

Hoofdstuk 5 beschrijft de casestudy Bosch en Duin.

Conclusie: Uit de gehouden interviews blijkt dat de aangeboden primaire zorg in zorginstellingen nagenoeg gelijk is en dat de casestudy Bosch en Duin representatief is voor vergelijkbare instellingen.

Aanbeveling: Wil een verpleeg of verzorgingshuis in de toekomst rendabel zijn, dan zal zij ervoor zorg moeten dragen dat de bedden bezet zijn. Omdat de zorg an sich in alle huizen nagenoeg gelijk zal zijn zal het onderscheid vermogen moeten liggen in de aangeboden faciliteiten, en dan met name die faciliteiten die ze in een thuissituatie gewend waren.

Hoofdstuk 6 geeft weer dat:

- Binnen de zorgsector gaat het bij huisvesting niet alleen over de inrichting van iemands kamer; ook de faciliteiten in en om de zorginstelling maken daar onderdeel van uit.
- Maslov kent vijf behoefteniveaus in menselijk gedrag welke weergeven dat mensen reageren op veranderingen in en/of van omgeving

Conclusie: Onder huisvesting moet niet alleen worden verstaan dat de kamers waarin de bewoners verblijven aan individuele wensen en zorgvragen moeten voldoen. Ook de inrichting van de omgeving en de inrichting van het verzorgingstehuis als geheel, maken onderdeel uit van de (individuele) wensen van de bewoner en dragen bij aan het psychische en fysieke welzijn van de bewoner.

Aanbeveling: De facilitair manager moet zich inspannen om de zorgsituatie zoveel mogelijk te laten lijken op de woonomgeving die de cliënten thuis gewend waren. Op die wijze blijft de impact van een wijziging van de leefomgeving beperkt.



Hoofdstuk 7 geeft weer dat:

- Facilitaire en zorg(gebied) aspecten zijn omschreven in NEN normen en kwaliteitsbeoordelinginstrumenten (theorie) maar in de praktijk blijkt dat wanneer het gaat om het bieden van facilitaire diensten, dit toch echt mensenwerk is en blijft.

Conclusie: Theoretische richtlijnen zijn goed, maar wanneer het om mensen gaat, komt er bij de praktische uitvoering toch meer bij kijken. (zie ook hoofdstuk 5)

Aanbeveling: Aanbevolen wordt om nader onderzoek te plegen om te komen tot een betere omschrijving van de begripkaders, dit om te komen tot een verbetering van het facility management in relatie tot zorg.

Hoofdstuk 8 geeft weer dat:

- De bewoners/ cliënten in de verplegings- en verzorgingssector zijn onder te verdelen in:
 - o Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang met een geringe zorgbehoefte;
 - o Cliënten min of meer permanent verblijvend in de opvang, geïndiceerd voor verzorging of verpleging (zonder verblijf);
 - o Cliënten geïndiceerd voor verzorging of verpleging met verblijf.
- Gemeenten, corporaties en opvanginstellingen moeten de handen ineenslaan om meer gepaste woonruimte beschikbaar te krijgen.

Conclusie: Afhankelijk van het soort cliënt (permanent of tijdelijk) zullen faciliteiten, en dan met name huisvesting, een grote rol spelen. De betrokken organisaties zullen in overleg moeten treden om voor de toekomst goede oplossingen te bieden.

Aanbeveling: Ook in het licht van de eerdere aanbevelingen adviseer ik de facilitair manager nauw bij het overleg met de diverse instanties te betrekken. Op die wijze kan hij/zij met zijn/haar kennis en ervaring met de branche een pro-actieve rol krijgen in de totstandkoming van afspraken omtrent huisvesting.

Hoofdstuk 9 geeft weer dat:

- Naast de verplichte verzekering (AWBZ) moet men een eigen bijdrage van het inkomen betalen aan de te ontvangen zorg. Er is hierbij een verschil of men verblijft in het huis of dat men aan het einde van de dag weer naar huis gaat.
- De kosten voor de was, telefoon, kapper, pedicure en dergelijke vallen niet onder de AWBZ. Men moet deze kosten, bovenop de eigen bijdrage, zelf betalen.

Conclusie : Er bestaat een onderverdeling tussen de kosten die wél vallen onder de AWBZ en de kosten die de cliënt specifiek voor bepaalde faciliteiten moet betalen. Voor wat betreft de kosten van zorg zullen alle tehuizen gelijk zijn. Voor wat betreft de faciliteiten kan er sprake zijn van prijsdifferentiatie.

Aanbeveling: Het idee om zorginstellingen op basis van de aangeboden faciliteiten van sterren te voorzien is naar mijn mening een goede ontwikkeling. De marktwerking is daaruit ook goed af te leiden. Een gevolg van marktwerking is onder andere dat er prijsverschillen tussen de verschillende aanbieders bestaan. Mijn aanbeveling is om niet teveel nadruk op de prijs te leggen; mensen zijn naar mijn mening bereid meer te betalen, indien de kwaliteit van de diensten ernaar is. Het gaat hier immers om één van de eerste levensbehoeften; een prettige leefomgeving.



10.2 Persoonlijke visie en kanttekeningen

Wil een verpleeg-/ verzorgingshuis in de toekomst rendabel zijn dan moeten alle bedden bezet zijn. De facilitair manager zou in dit geheel een zeer belangrijke en prominente rol moeten gaan spelen. De zorg zal in de zorginstellingen nagenoeg gelijk zijn. Het onderscheidend vermogen van een instelling zal dus in het aanbod van faciliteiten komen te liggen.

De facilitair manager speelt op dit moment een reactionaire rol; de fm'er wordt "geleefd" door omstandigheden van het moment. Denk bijvoorbeeld maar aan een interne verhuizing; de fm'er zorgt dan voor het verplaatsen van iemands inboedel hetgeen een reactie is op een omstandigheid.

Uit de conclusies van dit rapport kan worden afgeleid dat een belangrijk aspect van faciliteiten de huisvesting betreft. Omdat huisvesting veel meer omvat dan enkel de kamer waar de cliënt in woont, zal aandacht moeten worden besteed aan een bepaling van de overige (individuele) behoeften. Daarvoor is nodig dat men goed weet wat de behoeften in de thuissituatie waren.

Een facilitair manager zal zich naar mijn mening dus veel actiever moeten gaan bezighouden met wat mensen "vroeger, toen ze nog thuis woonden" fijn vonden. Hier komt ook de titel van dit rapport vandaan. Zoals het klokje thuis tikte, moet het nu ook in het tehuis gaan tikken.

Bekeken moet worden of de cliënten in de thuis situatie een winkeltje in de buurt hadden. Of dat de kinderen met de kleinkinderen langskwamen en in de tuin konden spelen of dat ze altijd naar het bos gingen en/of de eendjes en hertjes gingen voeren. Daaruit vloeit voort dat ook moet worden gekeken hoe een bezoek aan het verpleegtehuis door bijvoorbeeld familie aantrekkelijker gemaakt kan worden. Dit voorkomt bovendien vereenzaming.

De facilitair manager moet dus inspringen op behoeften van de bewoners en daar voorzieningen voor treffen. Zelf denk ik daarbij aan het inrichten van permanente ruimtes binnen de zorginstellingen waarin een pedicure/manicure zich kan vestigen, een kapper, een winkeltje, opvang voor kinderen, enz. Ook kan worden gedacht aan het inrichten van kleinere "koffiecorners" zodat een bepaalde mate van privacy en/of afzondering mogelijk wordt.

De facilitair manager moet in de voorbereidingen meedenken over de plaats waar deze ruimtes zich in het gebouw moeten gaan bevinden, en moet in het overleg hierover actief worden betrokken. Vervolgens moeten belangstellende partijen daarover benaderd worden. Daartoe is het nodig dat facilitair managers een commerciële houding gaan krijgen; voor pedicures, manicure, kappers, enz is een verzorgingshuis een aantrekkelijke vestigingsplaats. De facilitair manager moet vervolgens offertes laten maken door diverse belangstellenden, moet onderhandelen met de diverse partijen en moet vervolgens toezien op nakoming van de gemaakte afspraken.

Ook moet worden gekeken hoe een bezoek aan het verpleegtehuis voor bijvoorbeeld familie aantrekkelijker gemaakt kan worden. Denk bijvoorbeeld aan de ouders van jonge ravottende kinderen, die hun ouders die drukte willen besparen, maar geen opvang voor de kinderen kunnen regelen. De facilitair manager zoals ik die voor ogen heb gaat nadenken over hoe hij aan dit soort wensen tegemoet kan komen. Of het mogelijk is dat er hertjes en een vijver in de buurt komen, of het mogelijk is dat kinderen tijdelijk worden opgevangen (met toezicht) in een daartoe ingerichte ruimte (denk maar aan een ballenbak) dit gedurende de tijd dat de ouders de wat "slechtere" bewoners bezoeken.

Eerder haalde ik het initiatief om met een sterrensysteem te gaan werken aan. Ik juich dit initiatief toe omdat daar, een enorme kans in ligt voor de facilitair manager om een bepalende rol te gaan spelen binnen een zorgorganisatie. Hij/zij moet een balans zien te vinden tussen het primaire proces (de zorg) en de aangeboden faciliteiten.



Zoals het klokje thuis tikt.....

Een voorbeeld van hetgeen ik bedoel met een pro-actieve houding:

Mensen willen graag naar buiten als het mooi weer is, ook de mensen in een rolstoel. Als er echter niemand is die ze kan duwen, dan verwacht ik dat de fm'er gaat nadenken over een faciliteit, ook al komen daar de (op het eerste gezicht) meest idiote ideeën uit. In dit voorbeeld had ik bedacht dat het mogelijk moet zijn een soort rails aan te leggen waarin de rolstoelen eenvoudig kunnen worden ingehaakt (en tijdens de rit ook kunnen worden onthaakt) en dan vanzelf rondgereden worden door bijvoorbeeld een park. (zoals je in de Efteling wordt "rondgevaren")

Dus investeer in de facilitaire managers en bouw dat zwembad en die sauna. Leg dat park aan met de hertjes en de eendjes. Zorg dat er een winkeltje, een pinautomaat, een kapper, een pedicure, een kinderspeelzaal, een fysiotherapeut, een bioscoopruimte, een kerkachtige ruimte aanwezig zijn. Doe alles wat in de macht ligt om je als verpleeg- of verzorgingstehuis over 10 jaar te kunnen onderscheiden. In dat verband kan een facilitair manager dus echt het verschil maken.

Geld speelt een rol, ja, maar ik verzeker u dat wanneer geïnvesteerd wordt in voormelde faciliteiten dat alle bedden bezet zullen zijn en dat niemand moeilijk doet over een hogere prijs; ze krijgen daar immers een hoop voor terug. Dat hoort nu eenmaal ook bij de marktwerking.



Bronnen

Baarda, D.B. , de Goede, M.P.M., Teunissen, J. *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Block, P. (2005). *Feilloos adviseren*. Den Haag: Academic Service.

Bouter, R.F. (2005). *Handleiding voor de afstudeeropdracht 2005/2006*. Den Haag: Haagse Hogeschool.

Broek, W. van, Offeren, G. van en Veenman, A. (2005). NEN 2748: facilitaire kostenkengetallen en het nut van de facilitaire index. *Handboek Facility Management juli 2005*, pp. F1602-3-F1603-6.

Haterd, J. van de, Liefhebber S, Leistra E, Hens H (2000). *Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden*. Maarssen/Utrecht: Elsevier/LCVV/NIZW.

Hoedt, M. ten (2005). Zorginstellingen gaan risico dragen voor investeringen in huisvesting. *Zorg en ondernemen juni 2005 nr. 5*, pp. 11-13.

Jans, R. (2004). *Het schrijven van beleidsadviezen*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Klerk, M. de (2005). *Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Krimpen, J. van (2003). *Facility Management in perspectief. Het organiseren van maatwerk in facilitaire dienstverlening*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Leistra, E. e.a. (1999), *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom en Utrecht: LCVV.

Maas, G.W.A. drs, Pleunis, J.W. drs (2001). *Facility Management, Strategie en bedrijfsvoering van de facilitaire organisatie*. Alphen aan den Rijn/ Diegem: Kluwer.

Ministerie van Verkeer en Waterstaat. *Inspireren & investeren. Kiezen voor professioneel facility management*. Dordrecht: Schefferdrukkerij.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Ouderenbeleid in perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorgnota 2001, bijlagen*. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 2000f.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en VROM, Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu. *Wonen en zorg op maat (DVVO/ZV-U-2191728)*. 2001a.

Musch, C.K. (1994). Regionale facilitaire bedrijven in de zorgsector. *Handboek Facility Management december 1994*, pp. B1000-1-B1000-7.

Quin R.E. e.a., *Handboek managementvaardigheden*, derde druk, Ac. Service 2003.

Roor, R. (2005). Thuis in het verpleeghuis. *Management van interne en civiele diensten* www.factomedia.nl maart 2005, pp. F5300-1-F5300-9.



Zoals het klokje thuis tikt.....

Schuurmans, M.J, Duijnstee (2003). *De zorg voor chronisch zieke ouderen*. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2003 ; nr. 7.

Steehouder, M. et al. (1999). *Leren Communiceren*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Voordt, D.J.M. van der, Wegen, H.B.R. van (2000). *Architectuur en gebruikswaarde. Programmeren, ontwerpen en evalueren van gebouwen*. Bussum: THOTH

Wezel, R. van (2005). Nut en noodzaak van normen in facility management. *Handboek Facility Management juli 2005*, pp. D1405-3-D1405-8.

Zwart, A. *Zakboek Facility Management*, tweede druk, Reed Business information 2004

Syllabus:

Genet, C. (2002/2003). *Methode van onderzoek en de Markt*. Den Haag: Haagse Hogeschool.

Mante, Y.A. drs (2002/2003). *Handleiding schriftelijke rapportage*. Den Haag: Haagse Hogeschool.

Wezel, R. van (2002/2003). *Accommodatiemanagement*. Den Haag: Haagse Hogeschool.

Sites:

http://www.2nen.nl	d.d. diverse
http://www.arcares.nl	d.d. 25/10/05
http://www.boschenduin.org	d.d. diverse
http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_branches.html	d.d. 02/02/06
http://www.bouwcollege.nl/	d.d. 24/06/05
http://www.bouwcollege.nl/smartsite.shtml?id=163	d.d. 24/06/05
http://www.cbs.nl	d.d. diverse
http://www.cbs.nl/nl/standaarden/classificaties/sbi	d.d. 17/01/06
http://www.cvz.nl/	d.d. 22/02/06
http://www.denhaag.nl/smartsite.html?id=22994	d.d. 03/03/06
http://www.facility-network.nl	d.d. diverse
http://www.formative-psychologie.nl/lichaam.htm	d.d. 24/02/06
http://www.ggzbeleid.nl/wet_awbz_inleiding.html	d.d. 16/04/06
http://www.huntington.nl/	d.d. 02/02/06
http://www.igz.nl/bestanden/SGZ%20Zorgwekkende%20zorgmijders.pdf	d.d. 17/01/06
http://intravr/hoofdmenuscher.html	d.d. 21/09/05
http://www.kennisring.nl/smartsite.dws?id=32818	d.d. 26/03/06
http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/KCO/docs/PDF/Forumdag2002.pdf	d.d. 14/02/06
http://www.levv.nl/	d.d. 16/03/06
http://www.lichaamstaal.nl	d.d. 6/01/06
http://www.mintzberg.org	d.d. 24/04/06
http://www.msresearch.nl/	d.d. 03/02/06
http://www.nibag.nl/dienstverlening.asp?DienstverleningcategorieID=16	d.d. 19/03/06
http://www.nidi.knaw.nl/web/html/public/demos/dm00073.html	d.d. 23/10/05
http://normalisatie.pagina.nl	d.d. diverse
http://www.normalisatie.nl	d.d. diverse
http://www.rivm.nl	d.d. diverse
http://www.rivm.nl/gezondheid/milieu/	d.d. 24/04/06
http://www.scp.nl (sociaal en cultureel planbureau)	d.d. diverse
http://www.stichting-als.nl/	d.d. 03/02/06
http://www.werkzaken.nl/arbeidsmarktmonitor/gezondheidszorg/main.htm	d.d. 18/03/06
http://www.zorglog.nl/weblog/pivot/entry.php?id=730	d.d. 12/11/05



Zoals het klokje thuis tikt.....



**De facilitair manager
maakt het verschil**

Bijlagen



Zoals het klokje thuis tikt.....; De facilitair manager maakt het verschil

Nancy Baas
Juni 2006

Haagse Hogeschool
Academie voor Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN 's-Gravenhage

Afstudeerprofiel: FM & zorg

Docentbegeleider: mevrouw K.E. van den Bosch- van Knotsenburg

Medebeoordelaar: de heer J.P. de Boer

Opdrachtgever: Stichting Bosch en Duin
Scheveningseweg 76
2517 KZ 's-Gravenhage

Mentor: de heer M. Kenselaar (tot december 2005)

Periode onderzoek: september 2005 - juni 2006



Bijlage 1: Financieel overzicht Bosch en Duin 2004

De totale kosten voor het verpleeg en verzorgingshuis van Bosch en Duin in 2004 bedroegen:

Personele kosten	€	10.948.000,--
Materiële kosten	€	3.717.000,--
Kapitaallasten	€	524.000,--
Totaal	€	15.189.000,--

Op basis van 224 bedden komt dit voor het jaar 2004 op een bedrag van € 67.808,-- per bed. Voor verzorgingshuizen/verpleeghuizen is het van belang dat ieder bed bezet is want per bed zijn er vaste kosten die gedekt moeten worden. Dit gebeurt door AWBZ en de eigen bijdrage, maar daarvoor moet het bed wel bezet zijn. Leegstand betekent dus geen inkomsten maar wel kosten.

Kengetallen en kwalitatieve gegevens Bosch en Duin uit het jaarverslag 2004

Verplegingshuis

Personele kosten	
- x € 1.000,-	€ 9.776
- Per verpleegdag	€ 151
- Index (2000=100)	132,3
- Gemiddeld aantal personeelsleden (incl. vervangend personeel bij ziekte)	257
Materiële kosten:	
- x € 1.000,-	€ 3.163
- Per verpleegdag	€ 49
- Index (2000=100)	151,7

Verzorgingshuis

Personele kosten	
- x € 1.000	961
- Per verzorgingsdag	60
- Index (2000=100)	99,6
- Personele kosten in % van de totale kosten	49,8
- Gemiddeld aantal personeelsleden (incl. vervangend personeel bij ziekte)	33
Materiële kosten:	
- x € 1.000	475
- Per verzorgingsdag	30
- Index (2000=100)	111,7
Kapitaalslasten:	
- x € 1.000	493
- Per verzorgingsdag	31
- Index (2000=100)	164,9
Totale kosten:	
- x € 1.000	1.930
- Per verzorgingsdag	121
- Index (2000=100)	114,2



Bijlage 2:

Persbericht, bekendmaking van de fusie



RESPECT Zorggroep Scheveningen

TETETETERETE: zorgorganisaties Bosch en Duin en Schevenings Zorg Palet bundelen hun krachten: samen sterk in klantgerichte zorg door een bundeling van een compleet pakket diensten, welzijn, zorg en behandeling.

Begin september 2005 zijn het verpleeghuis Bosch en Duin en Schevenings Zorg Palet gefuseerd. De nieuwe stichting heet RESPECTZorggroep Scheveningen.

In de naam "Respect" komt de eerbied voor de cliënt tot uiting en wordt de wijze van onderlinge samenwerking benadrukt.

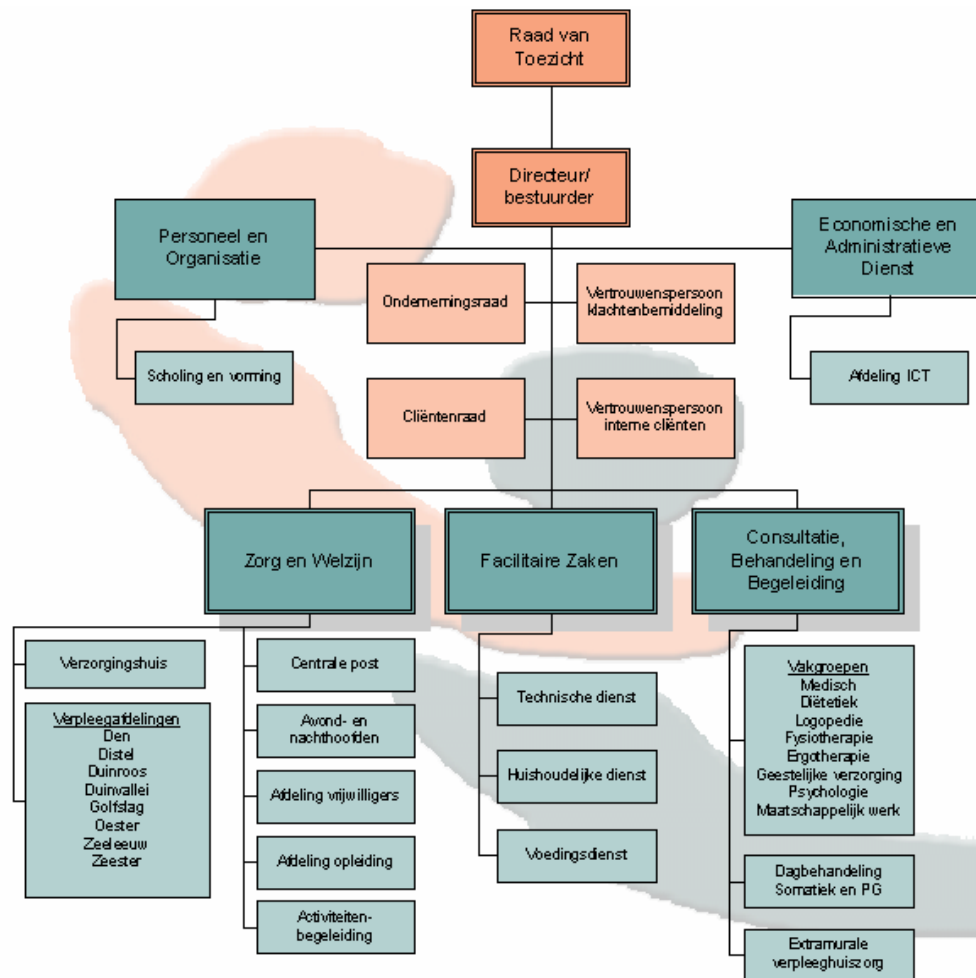
Tot Schevenings Zorg Palet behoren de protestants-christelijke verzorgingshuizen Deo Gratias, Het Uiterjoon, in- en aanleunwoningen, het seniorencomplex Prins Willemhof en 600 zorgabonnees.

Op vrijdag 30 september wisselde een olifant symbolisch de sleutels uit tussen de locaties en gaf een doorkijkje naar de toekomst; in India staat een olifant symbool voor "voorspoed en geluk". Er had geen beter symbool voor de dikke vriendschap tussen de genoemde stichtingen gekozen kunnen worden, dan een dier dat respect inboezemt en stevig met beide benen op de grond staat.



Zoals het klokje thuis tikt.....

Bijlage 3: Organogram Bosch en Duin (juli 2005)





Bijlage 4: Uitgebreidere beschrijving van de soorten bewoners/ cliënten in Bosch en Duin

A. Extramurale zorg

Mensen die zorg nodig hebben, ontvangen deze zorg vaak het liefst thuis, in de eigen vertrouwde omgeving. Ook het beleid van de overheid is erop gericht het voor mensen met een intensieve zorgbehoefte mogelijk te maken zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Om deze reden biedt Bosch en Duin niet alleen verpleeghuiszorg binnen haar muren, maar wordt in de omliggende wijken, vanuit het verpleeghuis, zorg aan huis geboden. Men noemt dit "extramurale verpleeghuiszorg". Deze zorg is bedoeld voor cliënten met een verpleeghuisindicatie, wonend in de wijken: Duindorp, Geuzen- en Statenkwartier, Belgisch Park en Scheveningen. Zowel cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag als cliënten met een somatische zorgvraag, kunnen vanuit Bosch en Duin zorg ontvangen in de thuissituatie³⁰.

Extramurale VerpleeghuisZorg Scheveningen (EVZ)

Extramurale verpleeghuiszorg biedt mensen met een verpleeghuisindicatie een alternatief voor opname in het verpleeghuis. Het complete pakket aan verpleeghuiszorg wordt, vanuit het verpleeghuis, in de thuissituatie aangeboden. Het zorgpakket kan bestaan uit verzorging, verpleging, activiteitenbegeleiding, medische adviezen en begeleiding door de verpleeghuisarts, adviezen en/of therapie van fysiotherapeut, ergotherapeut of logopedist. Verder kan ondersteuning of advies worden verkregen vanuit andere disciplines binnen het verpleeghuis en externe zorg- en dienstverleners. De EVZ is erop gericht een opname in het verpleeghuis zelf te voorkomen of uit te stellen. De cliënten kunnen zowel psychogeriatrische als somatische zorg nodig hebben. Om deze zorg te kunnen bieden, is binnen Bosch en Duin een speciaal team verzorgenden en verpleegkundigen aanwezig. Elke cliënt heeft een Eerst Verantwoordelijke Verzorgende die de zorg rondom de cliënt coördineert. Zij vormt het aanspreekpunt voor cliënt en familie.

B. Palliatieve zorg

Palliatieve terminale zorg is een specialisme waarbij in de zorg aandacht wordt besteed aan de lichamelijke, psychologische, sociale en levensbeschouwelijke aspecten van het "menszijn". Het is gericht op het verminderen van het lijden en op verbetering van de kwaliteit van leven van mensen in de laatste levensfase. Ook familie en naasten van cliënten worden ondersteund in het omgaan met afscheid en rouwverwerking.

C. Somatische zorg

Somatiek behandelt en begeleidt (jong)volwassenen met lichamelijke aandoeningen, die de oorzaak zijn van ernstige psychische klachten. Denk daarbij bijvoorbeeld aan psychische klachten die te maken hebben met kanker, erfelijke ziekten, pijnklachten of aan vermoeidheidsklachten bij kanker, chronisch vermoeidheid syndroom of andere ziekten.

*"Een somatische vorm van een persoon laat zien hoe ervaringen hem hebben beïnvloed en hoe hij zijn handelswijze en zijn innerlijk bestaan heeft gevormd. Menselijke vorm is een complex proces van impulsen, voelen, denken, beelden, en handelen. Somatische realiteit is hoe een persoon zich belichaamt, hoe hij zijn belichaming leeft, en hoe hij innerlijke ervaring transformeert in een persoonlijke vorm. Belichaming is een emotionele ervaring, en emotionele ervaring is belichaming."*³¹

³⁰ www.boschenduin.org

³¹ Stanley Keleman (<http://www.formative-psychologie.nl/lichaam.htm>)



Zoals het klokje thuis tikt.....

D. Psychogeriatrische aandoeningen

Geïntegreerde PsychoGeriatrische Zorg (GPGZ)

Deze zorg is bestemd voor cliënten in de thuissituatie, waarbij specifiek de diagnose "dementiesyndroom" is gesteld. Bij psychogeriatrische cliënten is over het algemeen sprake van een complexe situatie waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Een casemanager vanuit Bosch en Duin organiseert en regisseert alle noodzakelijke zorg die nodig is om de cliënt zolang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Er wordt samengewerkt met externe zorg- en dienstverleners. Bij de GPGZ gaat het om multidisciplinaire zorg waarbij alle disciplines vanuit het verpleeghuis kunnen worden ingeschakeld. Hierbij valt te denken aan verpleging, verzorging en begeleiding, maar ook onderzoek en advies door bijvoorbeeld verpleeghuisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist of psycholoog behoren tot de mogelijkheden.

E. HIV/ Aids

De afdeling "Golfslag" in Bosch en Duin richt zich op de begeleiding en verzorging van cliënten met HIV/Aids die niet (langer) zelfstandig kunnen wonen en intensieve zorg nodig hebben. De meeste cliënten wonen op de afdeling. Een tijdelijk verblijf na een ziekenhuisopname of tijdens de vakantie van de mantelzorg behoort echter ook tot de mogelijkheden. Voor thuiswonende cliënten bestaat in Bosch en Duin de mogelijkheid van dagbehandeling een combinatie van dagactiviteiten en (para-) medische behandeling en begeleiding (zoals bijvoorbeeld fysio- en ergotherapie) op één of meerdere dagen per week. Op deze wijze wordt getracht een opname te voorkomen dan wel uit te stellen.

Vanuit de afdeling wordt nauw samengewerkt met de instanties die betrokken zijn bij de HIV/Aids zorg zoals het Medisch Centrum Haaglanden (MCH), het Leyenburg en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Daarnaast streeft Bosch en Duin naar een intensieve samenwerking met belangenorganisaties. Wanneer iemand op de afdeling opgenomen wordt, kunnen de contacten met andere hulpverleners (zoals buddy's en Riagg) worden gecontinueerd.

F. Jongeren

De afdeling 'Golfslag' binnen woonzorgcentrum Bosch en Duin richt zich ook op de begeleiding en verzorging van jongere cliënten (< 55 jaar) die niet (langer) zelfstandig kunnen wonen en intensieve zorg nodig hebben. Afdeling Golfslag biedt jongere cliënten hiermee de mogelijkheid de dag door te brengen met leeftijdsgenoten.