

Amarant

Strategisch Kader 2008-2011

- bijzonder, heel gewoon en dichtbij -

Amarant
Bredaseweg 570
Postbus 715
5000 AS Tilburg

Telefoon 013-4645380
Fax 013-4686137
E-mail raad.van.bestuur@amarant.nl
Website www.amarant.nl

Eindredactie Raad van Bestuur

november 2008

Extra exemplaren kunt u opvragen bij:
Secretariaat Raad van Bestuur
Postbus 715
5000 AS Tilburg
tel. 013-4645380
raad.van.bestuur@amarant.nl

Bijzonder omdat wij een betrokken organisatie zijn met de ambitie om mensen met een beperking volwaardig te laten functioneren in de maatschappij. Bijzondere en complexe vragen vormen voor ons een uitdaging. Wij willen bijzonder presteren om het gewone mogelijk te maken.

Heel gewoon omdat wij weten en ervan uitgaan dat mensen met een beperking ook “gewoon” in het leven staan, “gewoon” gelukkig willen zijn en “gewoon” recht hebben op een plaats in onze samenleving.

Dichtbij omdat wij zorg bieden aan huis, of dichtbij huis, in de wijk waar men woont. Dichtbij om zo, samen met ouders, familie, begeleiders en andere organisaties de zorg te delen. Zorg die zich richt op kinderen en volwassenen en voorziet in het complete pakket zorg- en dienstverlening.

Als dit u aanspreekt, is Amarant de organisatie voor ú!

Inhoud	pagina
1. Voorwoord	4
2. Marktwerking: de klant kiest	
2.1. Het aanbod per doelgroep	5
2.2. Waarmaken wat je aanbiedt	6
2.3. De relatie met de zorgkantoren	7
2.4. Meer concurrentie: onderscheiden en positioneren	8
2.5. Thuismarkten en groeimarkten	10
3. Wijkgericht werken in relatie met specialistische zorg	
3.1. Inleiding	11
3.2. Opdracht voor de districten	12
3.3. Opdracht voor de sector “dagbesteding en werk”	15
3.4. Opdracht voor de centra voor specialistische zorg	17
3.5. Doelgroepenbeleid	19
3.6. Regioplanning, circuits en beleidsontwikkeling	21
4. Het sturen op kwaliteit (zorg en arbeid) en services	
4.1. Medezeggenschap	24
4.2. Kwaliteit van zorg en innovatie	26
4.3. Kwaliteit van arbeid	28
4.4. Amarant en de wetenschap	29
4.5. Sturingsmodel	31
4.6. Visie op dienstverlening: services	32
4.7. Visie op vastgoed	34
5. De missie van Amarant	37

1. Voorwoord

Voorop staat dat er veel is gerealiseerd: Amarant is een gezonde organisatie, waar goede zorg wordt gegeven, met een goed werkzame medezeggenschap voor cliënten en hun vertegenwoordigers en voor medewerkers. Dit strategisch kader gaat uit van de huidige situatie en belicht die onderwerpen die een verdere ontwikkeling vragen. Het zet de richting uit waarlangs Amarant zich in de komende jaren wil ontwikkelen. Het is gebaseerd op de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen en meer specifiek gebaseerd op de trends met betrekking tot de verhouding “vraag en aanbod” en het inkoopbeleid van provincie, zorgkantoren en gemeenten. Voorts is dit strategisch kader het uitgangspunt voor beleid en organisatie en de consequenties zijn, waar van toepassing, aangegeven.

Twee maatschappelijke ontwikkelingen staan centraal voor de verdere strategische ontwikkeling van Amarant.

Dit zijn:

a. Marktwerving: “De klant kiest”

Met “gereguleerde marktwerving” wordt bedoeld dat het beleid van de overheid en haar wetgeving zo wordt vormgegeven dat de klant steeds meer kan kiezen en dat aanbieders meer gaan “concurreren”.

Deze ontwikkeling is uitgewerkt in hoofdstuk 2.

b. Vermaatschappelijking: Wijkgericht werken in relatie met specialistische zorg en behandeling

Vermaatschappelijking staat al ruim tien jaar centraal. Tegenwoordig wordt niet meer gesproken over mensen met een verstandelijke handicap maar is het begrip ‘burgers met een beperking’ geïntroduceerd. Alles is erop gericht uit te gaan van de mogelijkheden van “burgers” en de focus weg te halen van de handicaps. De laatste 5 jaar heeft zich dit doorgezet naar een sterke extramuralisering van de zorg (zorg aan huis) waarbij de laatste jaren vooral nieuwe creatieve zorg- en begeleidingsconcepten haar intrede doen. Zo vestigen zich verschillende zorgaanbieders in de scholen voor bijzonder en regulier onderwijs: het hele pakket onder één dak. En worden er zogenaamde steunpunten opgezet waar mensen met een beperking terecht kunnen. Ook zijn er nieuwe kleinschalige “woon-zorg” concepten ontwikkeld in de woonwijk. Een bijdrage leveren aan het leefklimaat in wijken en buurten wordt meer en meer de doelstelling.

Vermaatschappelijking gaat hand in hand met specialistische zorg en behandeling van mensen met een ernstige beperking. Centra, die een zekere bescherming en beschutting bieden, die zich op deze doelgroepen richten staan daarbij niet meer op zichzelf, maar vervullen een functie ten opzichte van het wijkgerichte begeleidings- en zorgaanbod. Achtervang, behandeling, tijdelijke ondersteuning en advisering en beschutte woon-zorg arrangementen zijn functies die de centra complementair aan de zorg in de wijken bieden.

In hoofdstuk 3 is dit nader uitgewerkt.

Op basis van de uitwerking van de twee maatschappelijke ontwikkelingen is een visie ontwikkeld op vastgoedbeleid en de ondersteunende diensten in hoofdstuk 4.

De missie van Amarant voor de komende jaren als antwoord op deze maatschappelijke ontwikkelingen is uitgewerkt in hoofdstuk 5.

Dit uitgewerkte strategisch kader is mede tot stand gekomen op basis van intensieve overleggen met de Raad van Toezicht, de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de leden van het managementteam alsmede afvaardigingen van medewerkers en gesprekken met stakeholders¹, die o.a. in het kader van een oriëntatie op een krachtenbundeling met een andere organisatie, plaatsvonden.

¹ In het kader van het proces van onderzoek naar voorgenomen fusie zijn bijeenkomsten met CCR, OR en medewerkers georganiseerd en gesprekken met stakeholders

2. Marktwerking: De klant kiest

Met “gereguleerde marktwerking” (bron: Beleidsagenda VWS -2007) wordt bedoeld dat het beleid van de overheid en haar wetgeving zo wordt vormgegeven, dat de klant steeds meer kan kiezen en dat aanbieders meer gaan “concurreren”.

Door Amarant worden gerichte marktanalyses uitgevoerd naar omvang, groei en type zorgvraag. Recent zijn een tweetal kwalitatieve analyses afgerond voor de doelgroepen Kind en Jeugd en autisme ¹⁾. Voorts wordt door de zorgkantoren de wachtlijstanalyse vertaald naar inkoop van zorg en aanbesteding. Een aantal belangrijke trends zijn te onderkennen (zie ook 2.3.):

- de vraag naar ambulante zorg en dienstverlening stijgt, met name voor LVG en MVG;
- de vraag naar intensieve (beschutte) begeleiding en behandeling groeit met name bij LVG;
- de zorgvraag van de matig verstandelijk gehandicapten naar zorg met verblijf is constant;
- de zorgvraag van mensen met autisme (VG en normaal begaafd) neemt toe;
- de zorgvraag van mensen met MCG is stabiel en vraagt vooral verdere inhoudelijke verdieping (o.a. zorg voor ouderen).

Deze ontwikkelingen vragen om een doelgroepspecifieke marktbenadering. Tegenover deze ontwikkelingen staat dat de markt van zorg en dienstverlening wordt bepaald door spelregels. Indicietelling en budgetten geven grenzen aan de zorg. Het inkoopbeleid van de zorgkantoren, de verzekeraars en gemeenten en de modernisering van de AWBZ alsmede de WMO geven gereguleerde open markten. Cliënten en doelgroepen krijgen meer “inkoopkracht” (bijvoorbeeld: de keuze van de cliënt bepaalt waar het geld naartoe gaat) en zij benutten die ruimte om in te kopen en te onderhandelen.

De markt is meer open en dynamisch. De concurrentie neemt toe en de vraag naar “toetsbare” kwaliteit en zicht op resultaten wordt steeds explicieter. Meer en meer stelt de cliënt de vraag: “wat krijg ik voor mijn geld?”

2.1 De klant kiest: het aanbod per doelgroep

Dit betekent dat het aanbod gericht moet zijn op de specifieke vragen en kwaliteitseisen van de doelgroepen van Amarant. Belangrijk voor Amarant is dus te benoemen welke doelgroepen worden onderscheiden die een specifiek aanbod vragen, welk aanbod daarbij past en welke kwaliteitsstandaards daarbij horen.

In het zorg en dienstverleningsaanbod binnen Amarant worden nadrukkelijker doelgroepen onderscheiden, uitgaande van de cliënt met een beperking, gedifferentieerd naar leeftijd: kind en jeugd, volwassenen en ouderen. Het gaat hier om doelgroepdifferentiatie met als doel een gericht inhoudelijk beleid per doelgroep.

Naar de aard van de beperking, zijn er de doelgroepen: verstandelijke of lichamelijke beperking of beide. En daarbinnen: (SG) LVG, autisme, MCG, zintuiglijk gehandicapt, lichamelijk gehandicapt en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH).

¹⁾ Peter Nouwens en Ivo Vugs, Kind en Jeugd in beeld, juni 2007

De ingekleurde cellen in het onderstaande schema 2.1 zijn dan de doelgroepen voor Amarant. Tevens zal het aanbod van Amarant per doelgroep duidelijk moeten zijn wil de klant kunnen kiezen. De producten per doelgroep zijn dan in elk geval:

- zorg en begeleiding aan huis: (ambulante dienstverlening)
- zorg met verblijf
- behandeling
- dagbesteding en werk
- begeleiding bij school en vrije tijd
- huisvesting

Schema 2.1: De doelgroepen van Amarant:

Aard / leeftijd	EVG/MVG	LVG/zwakbegaafd	Autisme	MCG	Lich.geh. NAH
Kinderen					
Jongeren					
Volwassenen					
Ouderen					
Gedragsproblemen	Voor alle doelgroepen				

Leidend uitgangspunt blijft dat het cliënten met een verstandelijke beperking betreft, van ernstig tot licht. Uitzondering vormt van oudsher autisme. Ook de normaal begaafde cliënt met autisme vindt een passend zorgaanbod binnen Amarant.

Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) is een kleine doelgroep die zeer goed geholpen kan zijn met het aanbod van Amarant.

De doelgroep lichamelijk gehandicapten is altijd in combinatie met een verstandelijke beperking. In bepaalde gevallen kan de lichamelijke beperking op de voorgrond staan (als gevolg van de ernst van de handicap) en zal die indicatie leidend zijn.

Het gaat dus om een aanbod van de “doelgroep – product” combinaties met basis kwaliteitsgaranties in de vorm van kwaliteitsstandaarden. Deze zijn beschreven en toetsbaar.

Maar het gaat ook om een duidelijke presentatie van de “doelgroep – product” combinaties naar de huidige en potentiële cliënten van Amarant en alle daarbij betrokken (verwijzende) organisaties: voor wie is Amarant, wat biedt zij aan en hoe is Amarant te bereiken.

Een consequentie van marktwerking is: actief zichtbaar zijn in het gebied waar de zorg wordt aangeboden.

2.2. Waarmaken wat je aanbiedt

De cliënt die voor Amarant heeft gekozen is de belangrijkste “ambassadeur” van Amarant. Er zal systematisch in samenspraak met de cliënt en op basis van “de dialogische visie”² - waarbij enerzijds uitgegaan wordt van de behoefte van de cliënt en anderzijds van professionaliteit en verantwoorde zorg - gewerkt worden aan een optimalisatie van de relatie: indicatie – budget – persoonlijk plan – resultaten – evaluatie.

Het gaat daarbij om goede en te verantwoorde zorg die bovendien qua betaalbaarheid in evenwicht is met het zorgbudget van de individuele cliënt.

De organisatie Amarant zal zo zijn ingericht dat deze optimalisatie centraal staat en niet vrijblijvend is. Het informatiebeleid (o.a. ICT) is daarbij ondersteunend.

Kernelementen zijn dan:

- ambities in relatie met competenties: professionaliteit en (wederzijdse)verantwoordelijkheid, initiatief en ondernemerschap;

² Dialogische visie – Elly van Hunsel en Harry Kat

- een planning en control cyclus ten aanzien van exploitatieresultaat, kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid, huisvesting en innovatie, die niet vrijblijvend is;
- systemen die een garantie bieden dat processen niet vrijblijvend zijn: systematisch en resultaatgericht werken met het persoonlijk plan;
- verantwoordelijk zijn voor en kunnen sturen op het evenwicht tussen: indicatie – financiële middelen – kwantitatieve inzet van gekwalificeerd en competent personeel.
- kennis beschikbaar laten zijn voor alle medewerkers: protocollen en inzicht in beschikbare deskundigheid; intranet als centraal informatiemedium voor elke medewerker;
- werving, selectie en opleidingsbeleid dat is afgestemd op de gewenste vakinhoudelijke kwalificaties (per doelgroep);
- goede en tijdige informatie en transparantie in communicatie en besluitvorming.

2.3 Inkoopbeleid en prijs – kwaliteit verhouding: de relatie met de zorgkantoren en gemeenten

Zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars spelen een toenemend belangrijke rol in de prioritering en definitie van zorgvragen en ontwikkelingen.

Voorts voeren ze een beleid waarbij zij naast prijs, inzicht willen in de geboden kwaliteit van de zorg en de organisatie.

Op basis van marktverkenningen en veldoriëntatie geven zorgkantoren en gemeenten bij de zorginkoop voorrang aan zorg die zich onderscheidt in kwaliteit en specificaties en scherpe prijsstelling.

Kijkend naar demografische ontwikkelingen en inkoopbeleidskaders spelen de volgende ontwikkelingen de komende tijd een belangrijke rol:

- toename van de ambulante dienstverlening in combinatie met een stabilisatie van de behoefte aan “zorg met verblijf”;
- toename in importantie van de kinderen en jongeren met een beperking;
- toename in de vraag naar en de inkoop van een doelgroepspecifiek aanbod; vooral voor de meer complexe zorgvragen wordt een aanbod gevraagd;
- stabilisatie van de vraag van cliënten met een beperking (VG) met reguliere zorgvragen.

Naar zorgkantoren en gemeenten betekent dit:

- een duidelijk doelgroepspecifiek aanbod van Amarant: autisme, ouderen, kind en jeugd, LVG en NAH tekenen zich daarbij als prioriteit af;
- transparantie in duidelijke verhouding “prijs – kwaliteit” voor de producten; Als Amarant de hoogste prijs vraagt voor een bepaald zorgproduct (bijvoorbeeld “ondersteunende begeleiding”) dan zal dat onderbouwd moeten worden met de geboden kwaliteit van dat aanbod;
- Aansluiting maken met lokale en regionale netwerken (o.a. woon-zorg-welzijnszones).

Naast zorginhoudelijke eisen worden eisen gesteld in termen van toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid.

Het antwoord van Amarant is de verdere uitbreiding en spreiding van zorgsteunpunten.

2.4 Meer concurrentie: onderscheiden en positioneren

Kerngegevens gehandicaptenzorg in Brabant *)

- Noord-Brabant heeft 17 instellingen voor verstandelijk gehandicapten (ruim 5000 toegelaten plaatsen), 26 KVO's en GVT's (3800 plaatsen), 3 instellingen voor zintuiglijk gehandicapten (ruim 300 plaatsen) en 1 instelling voor lichamelijk gehandicapten (82 plaatsen).
- Ongeveer 12% van de Brabantse bevolking is lichamelijk beperkt, ruim 0,6% verstandelijk beperkt (0,6% van 2,4 miljoen inwoners = 144.000 mensen) en ruim 9% valt in de categorie chronisch ziek.

Concurrentie

Niet alleen Amarant maar ook andere aanbieders zullen zich onderscheiden in een zorgmarkt met meer mogelijkheden voor concurrentie. Aanbieders zijn te verdelen in regionale spelers en landelijke aanbieders.

De belangrijkste concurrenten in Brabant zijn:

Regio	Organisatie	Marktaandeel	Groei	Opm.
Midden Brabant	Amarant	41 %	9 %	Groei m.n.ambulant groei stagneert
	Prisma	37 %	10 %	
	Vincentius	12 %	-	
	Hondsberg	7 % (Lvg)	-	
West Brabant	Amarant	26 %	9 %	Groei m.n.ambulant
	SOVAK	19 %	6 %	
	SDW	17 %	-	Groot in ambulant
	S&L	13 %	3 %	
	OCB	9,5% (k&j)	-	
Noord-Oost Brabant	<i>Amarant</i>	0,1%	-	Binnentreder Zwak ambulant Ambulant zeer sterk Lvg Landelijke speler Geen concurrent
	Cello	33 %		
	Vizier	19 %		
	Hondsberg	8 %		
	Philadelphia Saltho	1,5%		
Zuid-Oost Brabant	<i>Amarant</i>	0,1%	-	Binnentreder Ambulant sterk Ambulant sterk Ontw. op autisme
	De Plaatse	21 %		
	ORO	19 %		
	Meare	19 %		
	Severinus	16 %		
	Sint Marie	11 %		

Op basis van dit overzicht en de concurrentieanalyse van januari 2006³, blijkt :

- dat in Brabant de landelijke spelers (ASVZ en Philadelphia) een beperkt marktaandeel hebben. Wel is een gegeven dat deze aanbieders zich toenemend in deze regio's manifesteren.
- dat Amarant marktleider is in Midden en West Brabant en een 'marktbetreder' is in Noord-Oost en Zuid-Oost. Er zal een onderscheid worden gemaakt in een strategie voor de thuismarkten en de groeimarkten (zie punt e.). Er zal immers meer concurrentiedruk te verwachten zijn in Midden en West en minder in de andere twee regio's. In Midden- en West Brabant zijn de belangrijkste markttoetreders De Plaatse, Thomashuizen, Philadelphia en Lavateam.

³ Concurrentieanalyse VG sector – januari 2006 – Informatiegroep

*) Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRVMZ, 2005)

- dat de groei met name zit in:
 - a. zorg aan huis (ambulante dienstverlening). Amarant heeft vanaf 2000 tot in 2006 een groei laten zien van nul tot €14 miljoen. In alle vier regio's liggen daar de kansen voor Amarant.
 - b. de dienstverlening aan specifieke doelgroepen.

Positionering

De visie, het doelgroepenbeleid naast vermaatschappelijking, vertaald naar een wijkgericht aanbod in combinatie met specialistische centra (nu : centrumlocaties – zie paragraaf 3.4.) brengt met zich mee dat Amarant kiest voor een positionering als sterke regionale – Brabantse – aanbieder.

Dat betekent: sterk in het regionale netwerk, sterk aanwezig in wijken en gemeenten (grote en kleine) en gericht op een compleet aanbod samen met andere aanbieders met een complementair aanbod.

Maar sterk in de wijk sluit niet uit, sterk in specialistische en complexe zorg. Niet alle zorg of begeleiding kan in de wijk worden aangeboden. Als achtervang voor de zorg in de wijk zijn er centra nodig op beschutte locaties, die intensieve specialistische zorg kunnen bieden.

Deze combinatie, met als resultante, een compleet en dekkend aanbod voor mensen met een beperking in de provincie Noord Brabant. Dichtbij georganiseerd in intensieve samenwerking met lokale spelers met een actieve rol in de lokale netwerken. En waar nodig gespecialiseerd en bovenregionaal georganiseerd in relatie met het wijkgerichte aanbod.

In alle uitingen, zorg en dienstverlening staat centraal dat de klant kan kiezen. Per doelgroep is het aanbod specifiek en zijn de kwaliteitsstandaards transparant.

De positionering zal ook worden vertaald naar een marketing en PR beleid. Marketing beleid zal onderdeel gaan uitmaken van het beleid van Amarant. Het betekent: denken in doelgroepen en hun specifieke vragen, het aanbod (tegen een passende prijs) dat daarop aansluit en dit gericht aanbieden en presenteren. In het PR beleid zal de missie van Amarant centraal staan. In de keuze voor communicatiemedia wil Amarant voorop lopen.

Geïnvesteed zal worden in internet en intranettoepassingen voor cliënten, cliëntvertegenwoordigers, medewerkers, potentiële medewerkers, verwijzers en andere externe doelgroepen. Tevens is er een zgn. slogan uitgewerkt, die aangeeft wie Amarant is en wil zijn: "Bijzonder, heel gewoon en dichtbij".

Amarant zal zich daarbij ontwikkelen van een reactieve organisatie (wachtlIJst georiënteerd) naar meer een marktgerichte en zich actief presenterende organisatie. Amarant gaat naar de klant toe en maakt zichtbaar wat de mogelijkheden zijn. Amarant kent de markt en de vragen in de verschillende subregio's en speelt daar actief op in.

Marktwerving betekent ondernemerschap voor alle medewerkers. Initiatief nemen en verantwoordelijkheid nemen zijn daarbij centrale competenties waarbij de dynamiek tussen de vraag van de cliënt enerzijds en de professionaliteit⁴ van de medewerker anderzijds centraal staan.

⁴ Zie beleidsnota "professionaliteit in de VG sector", VGN, 2005

2.5 Thuismarkten en groeiemarkten

Amarant wil uitgroeien naar een provinciale zorgaanbieder. Dit is nodig omdat in de thuismarkten (Midden en West Brabant) een relatief groot marktaandeel is bereikt en omdat cliënten en cliëntgroepen uit aanpalende werkgebieden Amarant benaderen.

Een geleidelijke autonome groei (3 – 5% per jaar) is enerzijds realistisch gezien de wachtljsten en groeiende vraag van cliënten (zie 2.1. en 2.3.). En is anderzijds noodzakelijk voor een financieel gezonde organisatie. De overheid voert een beleid waarbij de vergoeding per cliënt afneemt. door een groei van 3 – 5% per jaar kan dit worden opgevangen en kan de intensiteit en kwaliteit van zorg gemiddeld genomen op peil blijven.

In Noord-Oost en Zuid-Oost Brabant is in 2006 gestart met een bescheiden aanbod.

Opvallend is dat de zorgkantoren het toejuichen dat Amarant de stap maakt om ook in deze regio's toe te treden met haar aanbod. De opdracht en de gevraagde investeringen in deze 'groeiemarkten' zullen duidelijk anders zijn.

Midden en West Brabant.

Van oudsher werkt Amarant in de Zorgkantorregio's Midden en West Brabant. Voor deze thuismarkten wordt een marktaandeel nagestreefd van maximaal 40-50%. Ruimte voor andere aanbieders houdt Amarant scherp en ondernemend en geeft de cliënt de mogelijkheid tot kiezen.

In de regio Midden en West Brabant zal het accent vooral liggen op de versterking van de zorg aan huis, de bestaande 'zorg met verblijf' en het concept van de woon-zorg-servicezones. Ontwikkeling van de specialistische zorg richt zich op: behandeling van LVG met ernstige gedragsproblematiek en behandeling van kinderen en jongeren met autisme.

In zowel Midden als West Brabant zijn er nog geografische gebieden (o.a. Bergen op Zoom, Roosendaal, Waalwijk) waar Amarant onvoldoende zichtbaar is als zorgaanbieder.

Wat betreft de jeugdzorg zal in Midden Brabant in de brede schoolontwikkeling geparticipeerd worden en zullen de eerste initiatieven op het (grens)vlak van de reguliere jeugdzorg plaatsvinden.

Oost – Brabant.

Amarant wordt zeer geregeld benaderd door cliënten/cliëntengroepen uit Zuid Oost en Noord Oost Brabant en kiest ervoor hierop in te gaan met als gevolg een gestage groei van marktaandeel. Dit marktaandeel is op termijn noodzakelijk om de visie van wijkgericht werken waar te maken en een specialistisch aanbod in de regio's te kunnen realiseren. Autonome groei in combinatie met samenwerking met aanbieders ter plaatse zal de aanpak zijn.

In deze eerste stap van marktbetreding, zal het vooral gaan om kleinschalige woon-zorg arrangementen, ouderinitiatieven en ambulante dienstverlening.

3. Vermaatschappelijking: Wijkgericht werken in combinatie met specialistische zorg

3.1. Inleiding

Vermaatschappelijking van de zorg

Bij de veranderingen in de zorg aan mensen met een beperking gaat het om meer dan louter deconcentratie van categoriale voorzieningen ofwel het verplaatsen van de “zorg in de samenleving”. Het gaat ook om vermaatschappelijking, in de zin van “zorg door de samenleving”, om integratie, volwaardig burgerschap, om recht op wonen in de wijk. Een van de consequenties van vermaatschappelijking is dat keuzes betreffende zorg en andere aspecten van het leven meer bij individuele burgers met beperkingen en hun persoonlijk netwerk komen te liggen in plaats van bij zorginstellingen.

Deze nieuwe situatie vraagt enerzijds om nieuwe steunstructuren om mensen met beperkingen (en hun netwerk) de regie over hun eigen leven te laten voeren en anderzijds om “empowerment”, het weerbaar worden van deze mensen met beperkingen.

De extramuralisering geschiedt zowel binnen de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg als de GGZ. Deze extramuraliseringsprocessen voltrekken zich grotendeels los van elkaar, binnen de eigen sector. Dit kan leiden tot een vrij willekeurige spreiding van kleinschalige woonzorgvoorzieningen voor ouderen, mensen met een verstandelijke en lichamelijke handicap en GGZ cliënten over wijken en dorpen.

Het is tijd voor “dwarsverbanden”, voor samenwerking en afstemming tussen de verschillende “zorgpartijen” op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Voor Amarant betekent dit dat met deze partijen, waar mogelijk, de samenwerking en afstemming zal worden gezocht.

Samenvatting

Kenmerken en ontwikkelingen van de sector care in Brabant:

- De sector care bestaat uit verpleeghuiszorg, verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen en voorzieningen voor gehandicapten en GGZ voorzieningen voor langdurige zorg (o.a. de RIBW).
- Het gaat om langdurige zorg, bekostigd uit de AWBZ.
- In Brabant is voor de verpleeghuiszorg 635 miljoen euro beschikbaar, voor verzorgingshuizen 489 miljoen euro, voor thuiszorg 351 miljoen euro en voor gehandicaptenzorg 723 miljoen euro. Amarant heeft een omzet van € 130,- miljoen en daarmee een marktaandeel (in geheel Brabant) van ca. 15%.
- Over de hele linie in de sector care voltrekt zich een proces van extramuralisering, individualisering en ambulantisering van de zorg; binnen die deelsectoren (VG, GGZ, Ouderzorg) verloopt dat proces verkokerd.
- Het wordt tijd voor dwarsverbanden, voor samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgsectoren op het gebied van zorg, wonen en welzijn.

Uitwerking voor Amarant.

Een basisprincipe in de zorg die Amarant biedt, is gewoon waar dat kan en bijzonder waar dat moet.

Gewoon waar dat kan, daarbij wordt vooral aansluiting gezocht bij het concept van woonzorg-welzijnszones alsmede het WMO beleid van de diverse gemeentes. De ondersteuning richt zich op wonen, vrije tijd en dagbesteding of werk.

Bijzonder waar dat moet, daarbij wordt de kwaliteit van de AWBZ zorg en voorzieningen verder versterkt en ontwikkelen de centrumlocaties tot centra voor specialistische zorg. Sterk in de wijk betekent ook sterk in specialistische en complexe zorg. Niet alle zorg of begeleiding kan in de wijk worden aangeboden. Mede als achtervang voor de zorg in de wijk zijn er centra nodig op beschutte locaties die intensieve specialistische zorg kunnen bieden, alsmede beschutte woonlocaties voor die cliënten die zich in de wijk niet kunnen handhaven.

Dagbesteding en werk neemt daarbinnen een specifieke plaats in. Van oudsher is er veel discussie gevoerd over de scheiding van de twee milieus. Aan de ene kant: 'wonen' (in relatie met vrije tijd) en aan de andere kant 'dagbesteding en werk'. Met als verbinding daartussen: het vervoer. Dagbesteding en werk vraagt andere competenties en aansturing dan de functie wonen. De nadruk ligt op werkhouding en 'maatschappelijk zinvol' bezig zijn. Ook is de laatste 20 jaar een geheel eigen netwerk ontstaan van vele verschillende partijen die zich op dit vlak bewegen: van sociale werkplaatsen tot bureaus voor reïntegratie, bemiddeling, jobcoaching etc.

En tot slot is het van belang dat de cliënt kan kiezen tussen twee verschillende aanbieders als het gaat om zorg én dagbesteding en werk. Bij de verdere invoering van de WMO is het de verwachting dat ook 'dagbesteding' in het pakket van de WMO een plaats krijgt.

De keuze voor deze twee milieu's (zoals elke burger die bijna kent) en het gegeven van de andere competenties en een geheel ander netwerk van organisaties waarmee per regio wordt samengewerkt, alsmede een goede aansluiting bij de WMO, leidt tot het voornemen om 'dagbesteding en werk' binnen heel Amarant een eigen plaats te geven in de organisatiestructuur.

Bovenstaande visie vormt het belangrijkste uitgangspunt voor de inrichting van Amarant. Het aanbod van Amarant zal **per gezondheidsregio**⁵ worden aangeboden:

- a. door zogenaamde **Districten**: verantwoordelijk voor het zorg- en begeleidingsaanbod 'in de wijk'⁶ binnen het district.
- b. door een **Sector dagbesteding en werk**: verantwoordelijk voor het aanbod dagbesteding en werk binnen de districten en de centra voor specialistische zorg.

Zij (a en b) bieden het gehele aanbod aan - inclusief de specialistische zorg. Echter de specialistische zorg wordt uitgevoerd vanuit de centra voor specialistische zorg (c).

- c. door zogenaamde **Centra voor Specialistische Zorg**: verantwoordelijk voor complexe zorgvragen en de (intensieve) zorg en begeleiding die niet in de wijk een plaats kunnen krijgen. Maar ook de verantwoordelijkheid voor de achtervang en ondersteuning van de voorzieningen in de wijk.

3.2. Opdracht voor de districten.

Het uitgangspunt bij Amarant is dat mensen met een beperking die om welke reden dan ook zorg of ondersteuning nodig hebben, deze hulp als het kan in de eigen omgeving krijgen. Op maat geleverde zorg en dienstverlening, zo dicht mogelijk bij huis en snel georganiseerd.

Daarnaast willen we een situatie bereiken waarin de ondersteuning zoveel mogelijk invulling krijgt in samenhang met de andere sociale domeinen wonen en welzijn. Aansluitend aan het concept van woon-zorg-welzijnszones kan zo sprake zijn van een zoveel mogelijk samenhangend en afgestemd pakket zorg en dienstverlening aan cliënten.

In het model van de woonzorgzone staat, ook om de zorg en ondersteuning betaalbaar te houden, veel ruimte voor zelfhulp en vrijwilligers centraal. Een samenwerking van de huidige zorg aan huis (ook vanuit de sectoren V&V en Gehandicaptenzorg) met de traditionele thuiszorg en welzijn is op zijn plaats.

⁵ Regio's zijn: West Brabant, Midden Brabant, Noord Oost Brabant en Zuid Oost Brabant

⁶ Een wijk kan zijn een gebied binnen een grote gemeente maar ook een kleine gemeente

De hiervoor beschreven beweging sluit goed aan bij de visie van vermaatschappelijking en community care, die als leidraad in de huidige dienstverlening in die sector geldt. Dit concept is verder uitgewerkt op basis van een 6-tal hoofdlijnen⁷:

- a. Het ontwikkelen van woon-zorg-welzijnszones en de dienstverlening daarbinnen
- De organisatie Amarant sluit aan op de zogenaamde “woon-zorg-welzijnszones”, die door gemeenten en provincie als belangrijke basis worden gezien voor de vormgeving en invulling van de WMO.
 - De opzet van geografisch bepaalde woon- zorg-welzijnszones (ondergebracht in districten), waarin zorgprogramma's worden aangeboden, waarbinnen individuele zorgarrangementen worden aangegaan.
De opdracht voor Amarant is op basis van het bovenstaande een analyse op te stellen van de bestaande situatie per woon-zorg-welzijnszone en daarin het zorgaanbod zodanig vorm te geven dat het een geheel gaat vormen met de sociale infrastructuur in die omgeving. Amarant wil daarbij geen monopolist worden, maar een belangrijke speler in het veld, die mede initiatiefnemer en vormgever is van het beleid en de nodige zorginnovatie voor dat gebied.
 - Zorg en dienstverlening in wijken vraagt specifieke competenties: het kunnen opzetten van netwerken in de buurt, buurtbewoners voorlichten en betrekken, samenwerken met instanties en het MKB ter plaatse, het organiseren van vrijetijdsbesteding in de buurt etc.
- b. De koppeling van (steden)bouwkundige ontwikkeling en zorg
Bij de ontwikkelingen van steden en woonkernen ligt vaak zwaar het accent op de bouwkundige en architectonische vormgeving van projecten. Steeds meer wordt stilgestaan bij de vraag in welke mate de bouwkundige plannen dienstig kunnen zijn aan de sociale- en zorginfrastructuur.
Dit betekent dat Vastgoed en Vastgoedontwikkeling een belangrijke rol gaat spelen in het innemen van een positie in de regio's en met partijen als gemeenten en woningbouwcorporaties. Amarant werkt inmiddels vanuit een 700-tal locaties en realiseert in 2006, 2007 en 2008 een bouwprogramma waarin circa 500 nieuwe appartementen en centra voor begeleiding en behandeling worden opgeleverd. Amarant is daarmee een steeds belangrijker partner voor gecombineerde woon/zorg complexen in grote en kleine gemeenten in Brabant.
- c. Samenhang in zorg – welzijn – werk - dagbesteding - 1^e lijnszorg en preventie
Dit geeft de volgende elementen voor de maatschappelijke opdracht.
Voor verschillende doelgroepen: betaalbare en goede zorg blijven leveren in de komende decennia. Niet alleen bestaande zorg, die in de context van de woon-zorg-welzijnszones sterke kansen tot vernieuwing krijgt; ook ontstaat er ruimte (of kan die worden gecreëerd) voor het ontwikkelen van andere en vernieuwende zorgconcepten⁸ door o.a. :
- Samenwerken met de V&V, de thuiszorg en de GGZ. Er was een beleid per sector V&V, VG, GGZ. In de nieuwe situatie zijn het burgers in de wijk met een vraag naar zorg, dienstverlening en service, waardoor het niet meer categoriaal of naast elkaar kan worden georganiseerd. Het antwoord is 'integraal organiseren binnen de woon-zorg-welzijnszone'. Het middel is samenwerking.

⁷ PRVMZ, november 2005 – H. Kemps

⁸ Voorbeelden zijn:

- gezamenlijk georganiseerde nachtzorg;
- gezamenlijk georganiseerde woonprojecten;
- gezamenlijk georganiseerde maaltijden;
- gezamenlijk georganiseerde dag- en vrijetijdsbesteding (ontmoeting);
- gezamenlijke facilitaire ondersteuning en onderhoud.

- Preventieve zorg en GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) kunnen in de woon-zorg-welzijnszones een bredere plaats krijgen. Deze functie is ook te gebruiken bij het bepalen van knelpunten in het leefklimaat en het vroegtijdig signaleren van gezondheids- en welzijnsvraagstukken;
- Het combineren van deskundigheid en deskundigheidsbevordering;
- Netwerken ontwikkelen met de eerstelijns zorg, de huisartsenpraktijk, het ziekenhuis (Paaz) en sociaal en cultureel werk.

d. De herwaardering van welzijn en vrijetijdsbesteding

In het kader van de extramuralisering en de vermaatschappelijking van zorg heeft tot dusver het accent sterk gelegen op de functie zorg en wonen en is er door corporaties en zorginstellingen flink geïnvesteerd in woonzorgcomplexen. Echter het leven is meer dan een dak boven het hoofd en een eigen voordeur.

Meer centraal komen nu te staan: participatie, erbij horen, een netwerk hebben, kunnen deelnemen aan arbeid en andere maatschappelijke activiteiten en verenigingsleven etc. etc. Met andere woorden, de welzijnsfunctie in met name de woonzorgzones is zeker zo belangrijk als de woon- en zorgfunctie.

Vrijetijdsbesteding is een belangrijke mogelijkheid om mensen te ontmoeten. Het voorkomt vereenzaming, het bevordert sociale contacten en sociale integratie. Voorts heeft de vrijetijdsbesteding een belangrijke plek bij gemeenten in de ontwikkeling van het WMO beleid.

Vrijetijdsbesteding vraagt, evenals wonen en dagbesteding, ook een doelgroepspecifieke vertaling, anders wordt het een weinig richtinggevend containerbegrip. Voor bepaalde cliëntengroepen komt vrijetijdsbesteding in een "categorale setting", d.w.z. een eigen gebouw met een groep van gelijkgezinden, tegemoet aan de behoefte van veiligheid en zekerheid. De reeds lange tijd bestaande vrijetijdssozen zijn hier een goed voorbeeld van.

Voor andere cliënten is een op de individuele maat en volledig geïntegreerde vrijetijdsbesteding wenselijk. Het bezoeken van bijv. een fitnessvoorziening met inzet van een sportcoach in het eerste jaar is hier ook een goed voorbeeld van.

De effecten van vrijetijdsbesteding op het welzijn van cliënten en meer in het bijzonder complex gedrag mogen niet onderschat worden. In die zin is het wenselijk vrijetijdsbesteding niet alleen vanuit welzijn te ontwikkelen, maar ook als onderdeel van bijvoorbeeld een bijzonder zorgplan.

De komende jaren zal specifiek vrijetijdsbeleid worden ontwikkeld voor:

- Ouderen met zeer specifieke zorgvragen die niet meer reguliere dagbesteding, maar daginvulling in en om huis nodig hebben. Doelgerichtheid in deze vorm van daginvulling is gewenst om financiering veilig te stellen.
- Cliënten op beschutte locaties. Door het vertrek van cliënten en de komst van nieuwe cliënten moet er weer balans in vraag en aanbod worden gecreëerd.
- Cliënten met een lichte verstandelijke beperking, die niet gemakkelijk in een ritme en een discipline van zinvolle vrijetijdsbesteding onder te brengen zijn.

Belangrijk vraagstuk bij de vrijetijdsbesteding is de financiering. De gemeentes maken met de WMO terugtrekkende bewegingen ten aanzien van financiering van vrijetijdsbesteding onder verwijzing dat dit en AWBZ financiering vraagt. AWBZ financiering – en straks de ZZP – geeft slechts zeer vage kaders voor de financiering van vrije tijd. Het is niet indiceerbaar. Streven is om met een duidelijker beleid het belang van vrije tijd te belichten en daarmee de belangenbehartiging ten behoeve van financiering aan te scherpen.

- e. Versterking sociale cohesie, civil society, informele zorg
Een van de uitgangspunten daarvan is het versterken van de eigen verantwoordelijkheid van de burger (met een beperking) voor zorg en welzijn. Dat zal ook moeten worden vertaald naar zijn naasten en die van medeburgers. Met name in een periode van individualisering moet dit opnieuw worden ontdekt en op de kaart komen. Daarvoor moeten ook nieuwe vormen worden ontwikkeld die passen in het huidige tijdsgewricht.
Het antwoord is voor een deel te vinden in de mantelzorg. Zo werken er 580.000 Brabanders in de mantelzorg. Zij vormen een belangrijk fundament binnen de gezondheidszorg. Hoe de draagkracht en draaglast van de mantelzorgenden in de komende decennia op peil kan worden gehouden is een belangrijk vraagstuk. Het leveren van bijdragen aan antwoorden voor dit vraagstuk beschouwt Amarant als onderdeel van de maatschappelijke opdracht.
Naast mantelzorg zijn vrijwilligers in de zorg een andere pijler van de informele zorg. Vrijwilligers kunnen in de toekomst een belangrijke functie hebben om de draagkracht van de mantelzorg te vergroten en de draaglast te verminderen. Anderzijds moet erkend worden dat de inzet van vrijwilligers ook zijn grenzen kent.

Amarant beschouwt het ook tot haar opdracht de ondersteuning van de hier genoemde, niet professionele hulpverleners, in samenhang te brengen en te faciliteren.

- f. Betrekken van het bedrijfsleven bij de zorg
In de afgelopen decennia was de zorg voor het bedrijfsleven een ‘ver van mijn bed’ show. Als nu de burgers met beperkingen en met een zorgvraag weer volwaardig deelnemen aan de samenleving, wordt de samenleving meer en meer met zorg geconfronteerd: community care vraagt om een ‘caring community’. Dat geldt niet alleen voor burgers of voor corporaties, winkels en gemeenten, maar ook voor de bedrijven en het bedrijfsleven.
De relatie zorg – bedrijfsleven is een van de terreinen waarop de komende decennia voortgang geboekt moet worden. Dit is weer een belangrijke opgave voor de nieuwe organisatie. Te denken valt aan allerlei vormen van arbeidsparticipatie, zowel in het bedrijfsleven als in de publieke en semi-publieke sector. Maar ook in het samenbrengen van activiteiten in de te organiseren steunpunten in de wijk worden mogelijkheden gezien (bijv. AH en de Thuiszorgwinkel).
Amarant zoekt op dit punt vooral contact met ondernemingen en instellingen die ook het maatschappelijke doel in hun bedrijfsvoering nastreven.

3.3 Opdracht voor de sector “Dagbesteding en Werk”

Naast de districten en centra voor specialistische zorg beschikt Amarant over een goed en gevarieerd dagbestedingsaanbod.

Wat ten aanzien van de vraag- en marktontwikkeling voor de districten en specialistische centra van toepassing is, geldt onverkort ook voor de dagbesteding. Ook de dagbesteding wordt geconfronteerd met een klant die steeds duidelijker keuzes maakt. Daarnaast zijn er andere zorgaanbieders die om de gunsten van de klant dingen.

Naast de vraag (de kiezende klant) en het aanbod (de productwaarde en inhoudelijke ontwikkeling) is er de financiering. De dagbesteding zal in de toekomst drie belangrijke financieringsstromen gaan kennen, te weten: de ZZP, de WMO en de PGB's.

Duidelijkheid zal worden gecreëerd over wat en in welke mate in de toekomst nog gefinancierd kan worden.

Consequenties van deze ontwikkelingen zijn:

- a. dat het aanbod nadrukkelijker vanuit doelgroepen (zie hoofdstuk 2.1.) moet worden ontwikkeld;
- b. dat tevens aangesloten moet worden op de districten en centra voor specialistische zorg;
- c. dat duidelijkheid verkregen moet worden over de gevolgen van de ZZP en de WMO;
- d. dat er vanwege een toegenomen dynamiek in vraag – aanbod en financiering meer sturing aan de kwaliteit en ontwikkeling van dagbesteding gegeven moet worden.

Duidelijk is dat de “dagbesteding en werk” steeds meer een eigen waarde krijgt en omwille van de vele ontwikkelingsvragen, een eigen aansturing en coördinatie vraagt.

Doelgroepenbeleid

De dagbesteding zal in haar beleid aansluiten op de keuze van de doelgroepen voor Amarant (zie hoofdstuk 2.1.) zodat er een duidelijke samenhang is en blijft met de districten en de centra voor specialistische zorg. Voor de dagbesteding in het bijzonder staan de volgende ontwikkelingen op de voorgrond:

- Ouderen
Dit omdat een groot deel van onze cliënten ouder is dan 50 jaar. Omdat de ZZP de bewijslast bij de zorgaanbieder en de vragende cliënt legt om dagbesteding na je 65^{ste} levensjaar passend gefinancierd te krijgen door aan te tonen dat er geen sprake is van vrijetijdsbesteding.
- Zintuiglijke gehandicapten en NAH (niet aangeboren hersenletsel)
Al enige jaren constateren zorgkantoren de behoefte aan specialistische dagbesteding voor zintuiglijk gehandicapten en cliënten met NAH, die voorheen in behandelcentra werden opgevangen.
- Cliënten met een licht verstandelijke handicap (LVG) en ernstige psychosociale problemen.
Deze groep groeit gestaag met een gelijktijdige verzwaring van de zorgvraag.
- Verdere ontwikkeling (kwaliteit en variëteit) van dagbesteding voor cliënten met een ernstige (meervoudige) handicap.

Makkelijk bereikbaar en zo normaal mogelijk: regioplanning

Met de districten en de centra per gezondheidsregio wordt uitgegaan van “makkelijk bereikbaar en zo normaal waar mogelijk en beschikbaar en zo specifiek waar nodig”. Met deze korte en krachtige slogan wordt feitelijk gesteld dat er per gezondheidsregio een dekkend zorgaanbod wordt nagestreefd.

Dat houdt in dat er voor de regio en het district een plan van aanbod en spreiding ‘dagbesteding en werk’ moet komen. Dat vraagt om een regioplanning tussen districten, de sector dagbesteding en het centrum voor specialistische zorg. Alleen voor zeer specifieke dagbesteding zal een aanbod ontwikkeld worden.

Een en ander betekent dat een belangrijk deel van de dagbesteding binnen de geografische grenzen van de districten (districtspecifiek) wordt georganiseerd en dat voor specifieke dagbestedings- en werkprojecten de cliënt als forens de districtsgrens moet overgaan om naar zijn werk of dagbesteding te gaan. De reistijd is daarbij begrensd tot circa 30 minuten.

Verandering in financiering

Nieuwe financieringsvormen: ZZP en WMO geven nieuwe kansen en bedreigingen voor de dagbesteding. Er mag vanuit gegaan worden dat er scherpere afgrenzingen komen tussen:

- arbeid met en zonder loonvorming. Dit vraagt samenwerking en positionering ten opzichte van de sociale werkvoorziening en andere spelers.

- dagbesteding voor ouderen tegenover vrijtijdsbesteding voor ouderen. Onder andere vanuit de ZZZP en wellicht ook de WMO wordt er vanuit gegaan dat mensen na hun 65^{ste} niet meer werken,. Dus ‘vanuit huis’ vrijetijdsactiviteiten aangeboden krijgen.
- ZZZP te financieren dagbesteding en WMO te financieren dagbesteding.

Voor de dagbesteding levert dit tal van vraagstukken op het vlak van indicatiestelling, meest gunstige financieringsvoorwaarden en grenzen aan aanbodsontwikkeling op.

3.4. Opdracht voor de centra voor specialistische zorg

Naast de zorg en dienstverlening in een maatschappelijke context blijft er een duidelijke behoefte zichtbaar naar specialistische zorg in een specifieke setting. Te onderscheiden zijn:

- Een specifiek zorgarrangement in een maatschappelijke setting (bijv. begeleid zelfstandig wonen voor cliënten met ernstige psychosociale problematiek);
- Specifieke voorzieningen in een woonwijk of dorp (bijv. een workhome voor mensen met een complexe vorm van autisme);
- Beschutte locaties waarbinnen meerdere voorzieningen zijn opgenomen en waar vanuit een integrale benadering (wonen, werken/dagbesteding, behandeling en vrije tijd) specialistische zorg wordt aangeboden.

Gezien het specifieke van het aanbod en de functie wordt voor de drie locaties het begrip “district” losgelaten en het begrip “centrum voor specialistische zorg” toegepast. Het betreft de volgende drie centra: Daniël de Brouwerpark, 't Hooge Veer en De Leijakker.

In de periode, die inmiddels en gelukkig achter ons ligt, is vermaatschappelijking van de zorg ingezet om de centrumlocaties af te bouwen en uiteindelijk te laten verdwijnen. Scandinavische modellen werden daarbij als na te streven ultieme vormen van zorgvernieuwing als “uitdaging” neergezet. Inmiddels zijn tijden en het denken daarover veranderd.

Voor Amarant is er het gegeven dat verdere vermaatschappelijking hand in hand gaat met verdere specialisatie en doelgroepenbeleid. Vermaatschappelijking kan alleen goed verlopen als specialistische kennis en specifieke voorzieningen beschikbaar blijven voor cliënten die dat nodig hebben. De zorg en dienstverlening in de districten is in die zin complementair aan die van de specifieke voorzieningen en de centra voor specialistisch zorg. In die zin vormen deze centra een “back-up” voor de districten.

De centra voor specialistische zorg dienen daarbij als achtervang voor de woon-zorg-welzijnszones en cliënten daarbinnen. Waar nodig wordt specialisatie zorg naar de cliënt, die daar om vraagt, gebracht. Waar dat onvermijdelijk is, wordt de zorg aan de cliënt binnen een specifieke voorziening in de wijk of op de beschutting van een van de centra aangeboden.

Daarnaast behouden de centra voor specialistische zorg – gezien de ligging en het besloten karakter – de mogelijkheid om bescherming en veiligheid te bieden. Het veiligheids- en beschermingsvraagstuk per doelgroep vertaalt zich verschillend. Voor de centra is het zaak om balans te houden tussen de ontwikkeling van specialistisch zorg, de verschillende doelgroepen die daarvoor in beeld zijn en het aspect van veiligheid en bescherming. Daarbij komt dat de oprukkende samenleving steeds meer het beslotene van de locaties ontsluit.

Belangrijke thema's waarop concreet beleid wordt ontwikkeld, zijn:

- a. behoud van het leefbaarheid en vitaliteit door een gepast aantal cliënten en huishoudens op centrumlocaties te behouden;
- b. beleid sociale- en verkeersveiligheid;
- c. evenwicht in de bevolkingsopbouw van de centrumlocaties;
- d. onderhoud en instandhouding van accommodaties en groen- en wegvoorzieningen

De positionering van de centra voor specialistische zorg wordt verduidelijkt door ze te plaatsen naast de functie voor de districten en de "voorkeur" van Amarant (schema 3.4.1.)

Schema 3.4.1. Samenhang aanbod districten en centra voor specialistische zorg

Onderdeel	Type zorg en dienstverlening	Financiering
<u>Frontoffice</u> - Cliëntservicebureau - Steunpunten en centra - Call center	- Zorgbemiddeling - Administratieve ondersteuning - Advies / info - Back-up, veiligheid, calamiteiten en nazorg	WMO Gemeentelijke subsidie Provinciale subsidie (Jeugdzorg) AWBZ
<u>Districten: woon-zorg-welzijnszones</u> Welzijn, preventie, ambulante dienstverlening in combinatie met steunpunten en 24-uurs voorzieningen. Dagbesteding en Werk	- Welzijn en vrije tijd - Vroegtijdige onderkenning en preventie - Gezinsondersteuning en kindondersteuning (alle denkbare vormen) - Specifieke zorg in een geïntegreerde normale setting - Specifieke zorg in specifieke setting - Bereikbaar en toegankelijk door spreiding (geografisch) - Voor alle leeftijden	WMO Provinciale subsidie AWBZ
<u>Centra voor specialistische zorg</u> <u>Dagbesteding en Werk</u>	- Intensieve intramurale zorg voor m.n. MCG en cliënten met gedragsproblemen - Behandeling (klinisch en poliklinisch) - Ondersteuning van de districten - Veiligheid en bescherming	AWBZ Zorgverzekeringen (wat betreft behandeling)

Om aan de opdracht te voldoen en als centrum voor specialistische zorg in de regio en waar nodig ook bovenregionaal onze positie te versterken, worden de komende jaren in elk geval de volgende initiatieven genomen:

- a. Actieve bijdrage aan de ontwikkeling van specialistische zorgprogramma's (met een kwaliteitsstandaard) voor bepaalde doelgroepen.
- b. Verbetering huisvesting in relatie tot de eisenprogramma's, die specialistische zorg voor genoemde doelgroepen met zich meebrengen.
- c. Verdere verbetering van inzet en kwaliteit van medisch agogische (behandel)disciplines op basis van resultaatsturing en competentiegerichte bijscholingen.
- d. Projectmatige samenwerking met de wetenschap.
- e. Actieve bijdrage aan regionale ketenvorming en circuitvorming binnen Amarant.

Voor de centra voor specialistische zorg dient er zich een markante afstemmingsvraag aan in het aanbod voor sterk uiteenlopende doelgroepen. Er zijn verschuivingen. De afgelopen jaren is waar te nemen dat de vraag naar de meer klassieke intensievere instellingszorg steeds meer in de eigen woonomgeving wordt beantwoord, hetzij door zorg aan huis, hetzij door aangepaste zorgwoningen/groepswoningen in de wijk.

Nieuwe zorgvragen melden zich tegelijkertijd aan ´de poort´ van de drie centra.

Deze verschuiving levert op deze locaties een samenlevingsvraagstuk op tussen cliënten met een licht verstandelijke handicap en cliënten met een ernstig meervoudige handicap. Bij beantwoording van dit vraagstuk is het vertrekpunt het recht op zorg voor alle cliënten met een verstandelijke beperking met een AWBZ indicatie in relatie tot welzijn en veiligheid voor allen die op de locatie wonen.

3.5. Doelgroepenbeleid

Bij het aanbod zorg en dienstverlening blijft Amarant aandacht besteden aan specificiteit ten behoeve van bepaalde doelgroepen . Bij de ontwikkeling van beleid worden belangrijke doelgroepen onderkend.

a. Zorg voor mensen met een ernstig of matig verstandelijke beperking.

Amarant vindt zijn oorsprong in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Als regel gaat het om cliënten met een (zeer) ernstig tot matig verstandelijke beperking, die deels op de centrumlocaties, deels in groepswoningen wonen.

Hierbij gaat het om een betrekkelijk grote groep zorgvragers die in eerste aanzet vaak geen specifieke zorgarrangementen behoeven. Het is ook een groep van zorgvragers waarbinnen de leeftijdsspreiding groot is en de verstandelijke vermogens enigszins uiteenlopen. De zorgvraag is niet gemakkelijk te typeren en daarin schuilt het risico van de “vergeten grote middengroep”.

Kenmerken van de zorgvraag zijn:

De cliënten met een ernstige en matige verstandelijke beperking vragen vaak om woonvoorzieningen in groepsvorm, waarbij de ontmoeting met anderen gemakkelijk plaatsvindt.

Het wonen en werken kan het best in een sociaal- en verkeersveilige omgeving georganiseerd worden. Eenzaamheid ligt op de loer als er geen goede invulling aan vrijetijdsbesteding wordt gegeven.

In de zorg en dienstverlening moet alertheid zijn voor het ontstaan van bijkomende handicaps of het ontstaan van medische problemen. Dit vraagt regelmatige screening en periodiek onderzoek vanuit medische-, gedragskundige- of bijv. psychogeriatrische invalshoek.

Voor deze doelgroep moet aandacht blijven uitgaan naar:

- groepsgewijs en levensloopbestendig wonen in een veilige omgeving;
- blijvend aanpassen van de dagbesteding en vrijetijdsbesteding aan de verschuivingen van de zorgvragen van de cliënten; dat laatste vraagt o.a. om een vrijetijdsaanbod, ook in avonden en weekenden.
- actief en systematisch consulteren van de AVG arts oftewel periodiek lichamelijk onderzoek. Dit vraagt de ontwikkeling van een polikliniek voor cliënten die in wijkgebonden voorzieningen wonen en ingeschreven staan bij een reguliere huisartsenpraktijk.

Dit vraagt ook bij- en nascholing van begeleiders om zaken vroegtijdig te kunnen signaleren.

Dit vraagt de ontwikkeling van een signaleringsmethode om medisch/agogische zorgvragen snel te kunnen detecteren.

b. Cliënten met een licht verstandelijke handicap (LVG) / borderline begaafdheid

Veel van deze cliënten wonen al vele jaren in gezinsvervangende tehuizen, kleinschalige woonvormen of begeleid wonen projecten. Binnen deze zeer grote groep cliënten wordt de groep met ernstige psycho-sociale problematiek onderkend, die vraagt om permanente ontwikkeling van aanbod. Permanent omdat, gezien de ervaringen van de afgelopen jaren, de ernst van de problematiek toeneemt en complexer wordt. Kenmerkend voor de zorgvraag is vaak:

- een zeer complex en moeizaam verlopen jeugd met soms traumatische ervaringen, en/of
- ernstige psychische of psychiatrische problematiek, waar geen acute behandelindicatie voor te geven is of de behandeling niet tot goede effecten heeft geleid, en/of
- een grote bevattelijkheid voor middelengebruik.

Voor de cliëntengroep zullen de komende jaren specifieke zorgprogramma's en projecten worden ontwikkeld in samenwerking met GGZ, Novadic/Kentron en andere behandelorganisaties.

Voor de medewerkers die in dit segment van de zorg werken, wordt ingezet op veilig werken en opleidingsprogramma's ter ontwikkeling van competenties.

c. Cliënten met autisme en aanverwante contactstoornissen

Amarant heeft een historie van meer dan 15 jaar op het gebied van de ontwikkeling van een specifiek en hoogwaardig aanbod van categorale autismezorg (inmiddels 300 plaatsen kind en jeugd en volwassenen met autisme).

Amarant heeft zijn visie op specifieke autismezorg geactualiseerd in 2007. Amarant zal de komende jaren op basis van deze visie (Visie van Amarant op zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking en een Autisme Spectrum Stoornis, Ivo Vugs, 2006) nieuw elan geven aan deze zorg. Specifieke speerpunt is de samenwerking met de GGZ.

Amarant zal aan de volgende doelstellingen invulling geven:

- Brengen van specifieke kennis en aanvullende zorg en dienstverlening naar onderwijs. In navolging van de samenwerking met het ZMLK onderwijs in Tilburg zullen in Breda, Den Bosch en wellicht ook in Eindhoven initiatieven genomen worden om onderwijs-zorgarrangementen voor kinderen met autisme tot stand te brengen.
- Ontwikkeling van een behandelvoorziening voor normaal begaafde kinderen en jongeren met autisme in samenwerking met het dr. Leo Kannerhuis: het dr. Leo Kannerhuis Brabant. Het gaat hier om een centrum voor behandeling met een provinciale functie (Noord Brabant en Limburg) met een polikliniek, een deeltijdbehandeling en 24-uurs behandeling.
- Verdere ontwikkeling van specifieke autismezorg in de centra voor specialistische zorg en binnen het verband van een workhome opzet voor respectievelijk ernstig/matig verstandelijk gehandicapten en licht verstandelijk gehandicapte cliënten. Hierbij wordt bij de invulling van zorgarrangementen uitgegaan van goede integrale diagnostiek, communicatiestrategie en een juiste dag - week programmering van dagbesteding en vrije tijd. Onderliggende visie baseert zich op het "sociale competentie-model" dat samen met de Universiteit van Leiden is ontwikkeld.

d. Cliënten met specifieke zorgvragen als gevolg van veroudering

Bij cliënten met een ernstig tot matige verstandelijke beperking is veelal sprake van versnelde veroudering. Het gaat dan veelal om cliënten die al lange tijd in de intramurale setting bij ons verblijven. Echter ook in de extramurale zorg en dienstverlening is een groot aantal cliënten (met name in de voormalige GVT's) aan het veranderen.

Het aanbod wonen en dagbesteding zal inhoudelijk (zorgprogrammatisch) en randvoorwaardelijk (huisvesting, hulpmiddelen) steeds verder aangepast moeten worden als gevolg van de vergrijzing en daarmee gepaard gaande veranderende zorgvraag van deze doelgroep. Wat betreft deze thema's zal samenwerking met de wetenschap gezocht worden. (zie ook pag. 30 en 31)

e. Kind en Jeugd

Daarbij wordt onderscheid gemaakt op basis van de benadering van kind en gezin in de schoolgaande leeftijd en voorschoolse leeftijd, respectievelijk 0 – 4 jaar en 4 – 16 jaar, en daarnaast de adolescentiefase tot jong volwassenheid, 16 – 21 jaar (jeugdzorg/LVG problematiek).

Amarant zal op dit complexe en veelzijdige terrein de komende jaren tal van initiatieven nemen.

Belangrijke nader uit te werken activiteiten en projecten zijn daarbij:

- verdere ontwikkeling moeder en kind project;
- verdere ontwikkeling van PGO (Psychiatrische Gezins Ondersteuning);
- participatie in de brede school ontwikkeling en deelname aan MFA-ontwikkeling;
- verder vormgeven aan onderwijs, zorgarrangementen en steunpunten;
- vernieuwing en innovatie in het programma-aanbod van de 3 kinderdagcentra (KDC's); vooral specifiek ten aanzien van aanbod NAH en zintuiglijk gehandicapten;
- ontwikkelen van een aanbod voor de jeugdzorg.

Bij al deze ontwikkelingen en initiatieven wordt Amarant met afbakeningsvragen en ontwikkelvragen geconfronteerd.

Heel prangend dient zich het vraagstuk aan van afbakening en positionering ten aanzien van de reguliere jeugdzorg.

De veelheid van ontwikkelvraagstukken binnen Kind en Jeugd alsmede de complexiteit van het netwerken van samenwerkende instanties leiden tot meer behoefte aan coördinatie en afstemming van het beleid binnen de stichting Amarant. Het organiseren van circuits is daarop het antwoord (zie 3.6.)

- f. Cliënten met specifieke bijkomende handicaps, zoals een zintuiglijke handicap, een ernstige lichamelijke handicap, cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel. In de beleidsinkoopkaders van de zorgkantoren wordt ontwikkeling van zorgaanbod voor deze doelgroepen gevraagd, echter zonder verwijzing naar marktgegevens of wachtlijst. Amarant zal zich nader oriënteren op deze vraag en zal zich inspannen om een passend en voor de genoemde doelgroepen herkenbaar aanbod te ontwikkelen. Op verschillende locaties zal de Vlaskampmethode worden toegepast en bij goede resultaten Amarantbreed worden ingevoerd. Tevens worden samenwerkingsrelaties met behandelinstellingen voor zintuiglijk gehandicapten gezocht.

3.6. Regioplanning, circuits en beleidsontwikkeling

Om de samenhang per regio tussen enerzijds de districten, de sector dagbesteding en het centrum voor specialistische zorg te bekrachtigen en anderzijds aansluiting te houden met de externe ontwikkelingen van zorgkantorregio's (inkoopbeleid), de WMO en de netwerken per specifieke doelgroep, is het noodzakelijk te komen tot regioplanning (1) en circuits. De beleidsontwikkeling wordt hierop afgestemd.

Regioplanning

Op het niveau van de individuele zorgvragen geldt het motto 1 cliënt, 1 samenhangend plan voor de zorg, 1 eenduidige coördinatie. Dat principe zal ook worden toegepast op de gezondheidsregio's waar Amarant werkzaam is.

Voor de afstemming van de districten, de sector dagbesteding en het centrum voor specialistische zorg per regio, worden drie niveaus onderkend:

- De individuele cliënt.
Daarbij wordt uitgegaan van 1 cliënt, 1 samenhangend plan voor de zorg en 1 zorgcoördinatie. Dat garandeert kwaliteit en continuïteit.
- Beschikbaarheid, toegankelijkheid en bereikbaarheid (district: functie en voorzieningen).
Daarbij wordt uitgegaan van een haalbaar aanbod zoveel als mogelijk binnen de districtsgrens en op de centrumlocaties.
- Beleid en strategie voor de gezondheidsregio (regio: ketens, netwerken, samenwerkingsverbanden).
Gericht op een evenwicht tussen vraag en aanbod voor alle doelgroepen conform doelgroep- zorgaanbod beleid van Amarant (hoofdstuk 2).

Op basis van de zorgvraag in de regio's, de inkoopstrategie van de zorgkantoren en gemeentes, de concurrentie én samenwerkingspartners van Amarant wordt een regioplan ontwikkeld. Het regioplan is vooral ontwikkelingsgericht en benoemt de benodigde samenhang in beleid van de afzonderlijke districten, de sector 'dagbesteding en werk' en het centrum voor specialistische zorg. Doel is een dekkend en passend zorg- en begeleidingsaanbod.

Circuits

De ontwikkeling van de zorg van een geografische oriëntatie (district en regio) vraagt om een belangrijke aanvulling. De aanvulling heeft betrekking op doelgroepen in relatie tot netwerken, circuits en zorgketens.

- netwerken en circuits in het zorgaanbod buiten en binnen Amarant die zich concentreren rond bepaalde doelgroepen. Belangrijk is dat Amarant aansluit op deze netwerken en met deskundigheid participeert in deze externe netwerken.
- netwerken met betrekking tot kennisontwikkeling en transfer. De kennis die beschikbaar is binnen Amarant zal beschikbaar moeten zijn voor alle districten als daar een zorgvraag is die deze kennis nodig heeft. Maar ook kennis buiten Amarant zal moeten worden toegeleid naar de districten waar aan die kennis behoefte is. Centraal daarbij staat inzicht vanuit 'best practices' en de laatste stand van de wetenschap. Bovendien is Amarant het aan haar omvang verplicht (qua omvang de 5^e aanbieder in Nederland) haar bijdrage te leveren aan nader onderzoek gericht op de kwalitatieve verbetering van de zorg aan mensen met een (verstandelijke) beperking. Daarbij is aansluiting bij landelijke kenniscentra (o.a. bij Kenniscentrum Autisme Nederland en De Borg) wenselijk.

Om tekorten van een geografisch georganiseerde organisatie op te vangen wordt gekozen om te werken met circuits in relatie tot specifieke doelgroepen.

Om tot een circuit te besluiten moet aan de volgende eisen worden voldaan:

- a. De doelgroep kent een grote dynamiek van vraag – aanbod en inkoopontwikkeling en heeft vanuit overheden en zorgkantoren een hoge prioriteit.
- b. De zorg en dienstverleningsvraag van de doelgroep is complex op inhoud en ten aanzien van ontwikkelingsperspectief.
- c. De uitvoering van het zorgaanbod overstijgt veelal het vermogen van een district of centrumlocatie.

- d. Er is sprake van een extern opererend veld of netwerk van zorgaanbieders rondom de doelgroep.
- e. Vanuit de zorgvraag van de cliënt is het relevant om – de vraagontwikkeling volgend – een samenhangende zorgketen te ontwikkelen.

Uitwerking voor Amaranant.

Voor circuitvorming komen, gegeven genoemde criteria, drie doelgroepen in beeld.

Deze doelgroepen zijn:

- Kind en Jeugd
- Autisme
- LVG in combinatie met (ernstige) gedragsproblemen

Opdracht, werkwijze en faciliteiten

Waar de circuits worden ingevoerd, wordt de beleidsopdracht van betreffende, bestaande beleidscommissies overgenomen.

Circuits hebben als taak de gehele cyclus van beleid te coördineren, dat wil zeggen:

- a. vraagbepaling
- b. aanbodontwikkeling
- c. invoering en uitvoering
- d. evaluatie

Een en ander houdt in dat vanuit het circuit op de beleidstoepassing in de districten wordt toegezien. Zo ontstaat ten aanzien van genoemde doelgroepen een stichtingsbrede standaard voor het beleid rondom de genoemde doelgroep.

Circuits hebben als taak netwerken en zorgketens intern en extern te ontwikkelen en te onderhouden. Deze netwerken en zorgketens richten zich enerzijds op zorgontwikkeling en innovatie en anderzijds op zorgcontinuïteit.

Netwerken worden onderscheiden op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Op alle drie genoemde niveaus zullen circuits zich richten op netwerkontwikkeling.

Bij een circuit zullen er structurele en incidentele financiële middelen beschikbaar zijn om de doelstelling van het circuit te realiseren.

Er wordt met een jaarplan en een begroting gewerkt en de voortgang krijgt een plaats in de Plan & Controlcyclus

Opmerking:

Voor alle doelgroepen die niet binnen een circuit vallen van Amaranant zal er beleid ontwikkeld blijven worden met betrekking tot het zorgaanbod en het begeleidingsklimaat. Dit gebeurt door middel van beleidscommissies die in opdracht werken en tijdelijk van aard zijn.

4. **Het sturen op kwaliteit en services**

Flankerend en ondersteunend beleid, kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid en ondersteunende diensten

4.1. Medezeggenschap

4.1.1. Medezeggenschap cliënten

De kern van de “cliënt die kiest” en vraagsturing is dat de behoeften en wensen van mensen met een beperking het vertrekpunt vormen in de zorg- en dienstverlening.

Waar de cliënt het vertrekpunt is, zijn ouders en familieleden weliswaar degenen die de verzorging en begeleiding aan professionals overlaten, maar zich verantwoordelijk blijven voelen. Vanuit deze perceptie voelen ouders zich bij de zorg betrokken en willen daar bovendien invloed op hebben.

Zorginstellingen die zich aanvankelijk op basis van professionele autonomie-denken gedistantieerd opstellen naar ouders/familieleden, zijn gaan inzien dat medezeggenschap van cliënten en hun vertegenwoordiger de kwaliteit van het werk ten goede komt.

Eind jaren 90 werden de ouder,- en familieverenigingen opgevolgd door wettelijk gefundeerde cliëntenraden. Amarant heeft in die periode op vier niveaus de zeggenschap van cliënten verankerd:

- Cliëntenniveau
- Voorzieningenniveau
- Districtsniveau
- Stichtingsniveau

Bij Amarant deden en doen zich verschillende ontwikkelingen voor die van invloed, deels belemmerend, waren op de ontwikkeling van medezeggenschap op genoemde niveaus.

- De groei en schaalvergroting van Amarant – mede op basis van fusies – leidden tot herinrichting van cliëntenraden op stichting- en districtsniveau.
- De aanpassing van de organisatiestructuur (van regio’s naar districten) leverden nieuwe raden op.
- De verdere doorvoering van kleinschaligheid en zelfstandig wonen betekende dat cliëntenraden van grotere GVT’s zich moesten opsplitsen.
- Een explicieter doelgroepenbeleid vraagt om een explicietere vertegenwoordiging van de doelgroepen in de medezeggenschap.
- Emancipatie van mensen met een beperking leidt ertoe dat cliënten zelf zitting willen nemen in medezeggenschapsorganen. Dat vraagt als eerste bezinning op ondersteuning en ontwikkeling van de cliënt bij de medezeggenschap. Als tweede vraagt dat van de cliëntvertegenwoordigers een bezinning op waar zij terugtreden om zaken aan de cliënten zelf over te laten.

Vanuit de invalshoek van Amarant, de managers en professionals zijn op basis van het bovenstaande en in de ontwikkeling van de medezeggenschap de volgende aandachtspunten:

- *Op cliëntniveau*
verbeteren van het persoonlijk plan methodiek en doel (dus vraag) en resultaatgericht werken daarbij.
Aanscherpen verantwoordelijkheden in multidisciplinaire samenwerking.
- *Op voorzieningenniveau*
Versterken, dus ondersteunen, van directe inbreng van cliënten en vertegenwoordigers.
Medezeggenschap richten op de voorziening (het huis) én het sociale netwerk (de familie, de wijk).

- *Op districtsniveau*
Een structuur creëren (werkvormen) waarbij medezeggenschap effectief tot haar recht komt. Er zijn duidelijke verbindingen tussen de medezeggenschap op de niveaus: locatie, district, stichting.
Meer investeren in het werven van cliëntvertegenwoordigers of cliënten teneinde medezeggenschap gestalte te geven en ervoor zorg te dragen dat verschillende doelgroepen zijn vertegenwoordigd.
- *Op stichtingsniveau*
Focus op versteviging van de centrale medezeggenschap door:
 - a) Oriëntatie of het doelgroepen(beleid) in voldoende mate vertegenwoordigd is in de medezeggenschap. Waar nodig een goede representatie nastreven van de verschillende doelgroepen. Het verschil: zorg met verblijf versus zorg aan huis.
 - b) Ontwikkelen en faciliteren van de centrale cliëntenraad als medezeggenschap partij die voldoende en kwalitatief goede informatie krijgt aangereikt om advies of instemming te geven.
 - c) Ontwikkelen van de klankbordfunctie waarbij de CCR als partner vroegtijdig in een beleids- of strategieontwikkeling haar visie en advies kan geven.
 - d) Een goede communicatie tussen de “niveaus” waarop medezeggenschap plaatsvindt.

4.1.2. Medezeggenschap medewerkers

Op het vlak van kwaliteit van arbeid in de meest brede zin van het woord maakt Amarant verschillende ontwikkelingen door die van invloed zijn op de medezeggenschap. Enkele belangrijke ontwikkelingen zijn:

- In de afgelopen jaren heeft Amarant zich ontwikkeld van een centraal georganiseerde instelling voor zorg en dienstverlening naar een decentrale organisatie met een resultaatverantwoordelijke structuur.
- Amarant is een pluriforme organisatie die zorg en dienstverlening voor verschillende doelgroepen ontwikkeld. De omgevingseisen (cliënt, zorgverzekeraar, gemeente, overheid etc.) nemen toe, alsmede de dynamiek in de ontwikkeling van de zorg en dienstverlening. Zorgvragen van bepaalde cliëntgroepen veranderen, verschuiven en worden complexer.
Dit alles stelt eisen aan de medewerker, het team en leidinggevende, die in grotere zelfstandigheid in een snel ontwikkelende omgeving hun werk moeten doen.
Amarant wil het personeelsbeleid meer differentiëren en waar mogelijk op de lokale situatie van de individuele medewerker aanpassen.

In antwoord op deze ontwikkelingen wordt op een drietal niveaus de medezeggenschap van medewerkers verder ontwikkeld.

- *Het niveau van de individuele medewerker*
Daarbij wordt uitgegaan van het principe dat een medewerker eigenaar is van zijn eigen carrière. Met een duidelijke eigen regie naast die van de leidinggevende kan de medewerker via POP ⁽¹⁾ gesprekken invulling geven aan zijn eigen ontwikkeltraject. De medewerker zal zich in dezen gefaciliteerd weten, niet alleen door het POP gesprek, maar ook door het doelgroepspecifiek aanbod bij- en nascholing van de Amarant Academie, de mogelijkheid van een MD traject en projectopdrachten.

⁽¹⁾ POP = persoonlijk ontwikkelings plan

- *Het niveau van teams*
De afgelopen jaren is er veel gesproken over de zelfstandigheid van teams; dat in relatie tot de span of control van de clustermanager. Gebleken is dat er een delicate balans is tussen de zelfstandigheid en medezeggenschap van teams en de invulling van de functie van clustermanager.
Om rolverdelingen en zeggenschap verder te verduidelijken, zal de functiebeschrijving van clustermanager en persoonlijk begeleider worden geëvalueerd en aangescherpt. Onder andere zal de span of controle een duidelijke begrenzing krijgen.
Ook de ondersteuning van de Servicegroep en de Vastgoedgroep zal meer vanuit een serviceconcept worden ontwikkeld. Een en ander zal de zelfstandigheid en de zeggenschap van teams verbeteren.
- *Het niveau van de collectieve medezeggenschap, de medezeggenschapsstructuur*
Met de OR is vastgesteld dat de medezeggenschapsstructuur zich met gelijke tred dient te ontwikkelen als Amarant in het algemeen. Dat wil zeggen een verdere decentralisatie: versterking van de medezeggenschap op RVE niveau in combinatie met een afgeslankte centrale OR. Op centraal niveau zullen de strategieontwikkeling, alsmede de beleidskaders nadrukkelijker onderwerp van overleg worden.

Amarant is een organisatie van, voor en door medewerkers. Informatie, communicatie en medezeggenschap verbinden medewerkers tot één groot team en maken daarmee het grotere geheel zichtbaar: Amarant.
Het succes van Amarant wordt hierdoor in belangrijke mate bepaald.

4.2. Kwaliteit van zorg en innovatie

In het vraagstuk van kwaliteit van zorg dienen zich drie logica's aan. Amarant hanteert deze logica; - en verbindt deze met elkaar - als invalshoek voor kwaliteitsbevorderende trajecten. Het betreft de invalshoek van:

1. Kwaliteit vanuit de invalshoek van de cliënt, de zorgvraag en meer abstract de zorgmarkt. Kwaliteit wordt daarin bepaald door de mate waarin aan de behoefte en de vraag van de cliënt wordt tegemoet gekomen.
2. Kwaliteit wordt ook bepaald door de mate waarin aan de professionele standaard wordt beantwoord en de mate waarin professionaliteit wordt toegepast in de beantwoording van de zorgvraag.
3. Kwaliteit wordt tevens beïnvloed door de mate waarin aan eisen, die vanuit managementoptiek gesteld worden, wordt voldaan.

Ad 1.

Belangrijke referentiepunten bij de invalshoek van de cliënt is o.a. een heldere diagnose, beeldvorming en zorgvraagbepaling. Doelgericht en resultaatgericht werken vormen naast respectvolle bejegening belangrijke voorwaarden om een goed cliëntoordeel over de zorg en dienstverlening te verkrijgen.

Het periodiek tevredenheidsonderzoek zal de waardering van de cliënt over de geleverde zorg en dienstverlening duidelijk maken en tot verbeteracties leiden.

Het verbeteren van het methodisch werken en het persoonlijk plan, alsmede de doelgerichte rapportage is in dezen een belangrijk verbeterproject dat de komende jaren wordt ingezet. Daarnaast wordt via competentiegerichte opleiding en training, alsmede het toepassen van een gedragscode, veel aandacht besteed aan de professionele relatie met de cliënt; de attitude en bejegening. De dialogische visie is een referentiekader om cliëntgericht handelen enerzijds en professionaliteit anderzijds in evenwicht met elkaar te brengen en te houden.

Ad 2.

Per doelgroep van Amarant zullen waar bekend, de “evidence based” kwaliteitsstandaarden het uitgangspunt zijn. De medisch agogische professionals hebben daarin een beleidsvoorbereidende en begeleidende rol. Voorts wordt gekeken naar de input en output van medisch agogische disciplines in de zorg en in welke mate dit bijdraagt aan de vraag van de cliënt. De dialogische visie is ook hier een belangrijk referentiekader.

Amarant heeft in 2007 een diepgaand onderzoek verricht naar de positionering (organisatorische positie én positie in het zorgproces) van de medisch agogische disciplines, hun sturing op resultaten en hun toegevoegde waarde als antwoord op de zorgvraag en de indicatie.

Een voorbeeld is een duidelijker behandelingsplanning, waarbij AVG arts en gedragskundige verantwoordelijk en indicierend zijn.

Voorts dient er meer op competentie geschoold te worden en zal er meer ruimte worden gegeven aan vakontwikkeling. Voor een periode van 2 – 3 jaar zal een programma coördinator medisch agogische disciplines worden ingezet.

Ad 3.

Amarant heeft vanuit managementoptiek een sturingsmodel uitgewerkt (2006). Evenwicht tussen inkomsten en uitgaven, methodisch werken en resultaatverantwoording zijn belangrijke oriëntatiepunten bij de kwaliteitsvraag vanuit managementoptiek. Amarant kiest tevens voor het HKZ kwaliteitssysteem, dat speciaal voor deze sector is ontwikkeld.

In de periode 2007 -2010 zal de HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) systematisch geactualiseerd worden. Daarmee beschikt Amarant over een operationeel en stichtingsbreed werkend kwaliteitssysteem. In dat kader zullen er ook met regelmaat cliënttevredenheidsonderzoeken en audits plaatsvinden.

Met het opstapcertificaat zal vooral beoordeeld worden welke kwaliteitssystemen in de zorg operationeel zijn. In de jaren daaropvolgend kunnen ook de kwaliteitssystemen ten aanzien van de ondersteunende functies getoetst en dusdanig aangepast worden, of Amarant richt zich op het project prestatie-indicatoren dat door o.a. VGN en IGZ als nieuw initiatief is neergezet.

Resumerend: optimale kwaliteit in de zorg wordt bereikt door onderstaande projecten en activiteiten in samenhang met elkaar te ontwikkelen.

a. Manager

- MD programma, gericht op de kerncompetentie “wederzijdse verantwoordelijkheid” (zie 4.3.)
- verder ontwikkelen en toepassen van het sturingsmodel (zie 4.3.)
- voorwaarden voor methodisch werken met het zorgplan en resultaatgericht rapporteren
- HKZ certificaat borgen (beiden professional)

b. Specialist en begeleider

- competentiegericht opleiden en de dialogische visie
- doelgroepgericht opleidingstraject
- project “ontwikkeling en positionering” medisch agogische disciplines
- methodisch werken met het persoonlijk plan
- productboeken – het zorgaanbod van de medische agogische functies
- protocollering per doelgroep
- indicatiestelling en behandeling
- benchmark onderzoek (o.a. medewerkertevredenheid) en verbeterplan

c. Cliënt en vertegenwoordiger

- methodisch werken met het zorgplan en doelgericht rapporteren
- gedragscode en bejegening (o.a. dialogische visie)
- kwalitatief passende indicatiestelling
- veiligheid en risicomanagement
- kwaliteitsstandaarden per doelgroep
- benchmark onderzoek (o.a. cliënttevredenheid) en verbeterplan

4.3. Kwaliteit van arbeid

Een actief HRM-beleid is het antwoord op permanent veranderende maatschappelijke en economische omstandigheden die cultuuraanpassingen, strategie- en beleidsaanpassingen van de organisatie als gevolg hebben.

Bij HRM gaat het om het permanent ontwikkelen van de capaciteiten van medewerkers op elk niveau in de organisatie en is van doorslaggevend belang om de ondernemingsdoelstelling te behalen. Het uitgangspunt is dat medewerkers het "kapitaal" zijn van Amarant. Immers, hun competentie is grotendeels bepalend voor de geleverde kwaliteit van zorg.

Van medewerkers wordt daarin ook een eigen regie gevraagd (je bent eigenaar van je eigen carrière) naast het feit dat zij van hun direct leidinggevende coaching en ondersteuning mogen verwachten. Het persoonlijk ontwikkelplan (POP) vervult hierbij een belangrijke functie.

Belangrijke uitgangspunten voor het HRM-beleid van Amarant zijn de volgende:

- In de visie op de nieuwe organisatiecultuur wordt aan de kerncompetentie "wederzijdse verantwoordelijkheid" een groot belang gehecht⁹. Daarbij gaat het om het vermogen om problemen zelfsturend tegemoet te treden waarbij men voortdurend het initiatief neemt op basis van eigen verantwoordelijkheid. In termen van HRM-beleid vertaalt dit zich naar korte heldere beslislijnen gekoppeld aan vergaande decentralisatie van bevoegdheden alsmede resultaatgericht werken. Dit geldt niet alleen voor leidinggevers die door middel van management development programma's ondersteund en gestimuleerd worden in de ontwikkeling en het bijhouden van hun kennis en competentie dienaangaande. Dat geldt ook voor uitvoerend medewerkers die in hun verantwoordelijkheid voor proces en resultaat voldoende bevoegdheden toegekend krijgen, voldoende coaching ontvangen van hun direct leidinggevende en door middel van deelname de bedrijfsopleidingen en andere scholingsactiviteiten met kennis en competentie gelijke tred laten houden met de ontwikkelingen in zorg en organisatie, daarbij uitgaande van het principe "permanente educatie". Dat geldt evenzeer voor de ondersteunende functies (medisch/agogisch en facilitair, personeel, vastgoed e.d.)
- Persoonlijke ontwikkeling en ondernemerschap: de Amarant Academie
Voor de nieuwe organisatie is kennisvermeerdering, innovatie en ondernemerschap van groot belang.
Vanuit het HRM-beleid betekent dit dat aan ondernemende leidinggevers en medewerkers ruimte wordt geboden door faciliteiten, scholing of opdrachten toe te kennen in het kader van de huidige of toekomstige functie.
Uitgaande van het principe dat je "eigenaar van je eigen carrière" bent en het eigen initiatief toepast bij het ondernemerschap in de zorg. Daarbij zal Amarant vraaggericht en stimulerend de medewerkers ondersteunen in hun persoonlijk ontwikkelingsplan. De gevraagde competentieontwikkeling van de medewerker zal in lijn worden gebracht met de gevraagde competenties per doelgroep. alle opleidingsprogramma's en hun curricula zullen hun plaats krijgen in de Amarant Academie. De Amarant Academie zal een eigen gezicht en fysieke plaats krijgen in de organisatie.
- Kwaliteit van arbeid.
Kwaliteit van arbeid wordt in belangrijke mate beïnvloed door o.a. de fysieke arbeidsomstandigheden, de cultuur en bejegening, de organisatie van de werkplanning en medezeggenschap. Het zijn tevens de factoren die in belangrijke mate van invloed zijn op het ziekteverzuim.

⁹ Zie ook sturingsmodel Amarant, mei 2006

Extra ruimte wordt gecreëerd voor vernieuwde, verfrissende initiatieven in dezen en periodiek zal satisfactieonderzoek onder medewerkers leiden tot nieuwe initiatieven op het vlak van HRM.

- Arbeidsmarkt en opbouw van het personeelsbestand.

De gezondheidszorg wordt geconfronteerd met een dubbele vergrijzing. Een spectaculaire toename van de zorgvraag wordt als gevolg van de grijze golf voorspeld. Bij een toename van de zorgvraag is er tegelijkertijd, eveneens als gevolg van de grijze golf, sprake van een afname van mensen op de arbeidsmarkt. Deze dubbele vergrijzing vraagt van Amarant specifieke aandachtspunten in het HRM-beleid, met name ten aanzien van behoud en werving van personeel:

- a. Er zullen investeringen worden gedaan om personeel te behouden. De nieuwe organisatie moet een aantrekkelijke werkgever zijn waar medewerkers aansluitend op hun competenties en levensfase (levensfasebewust personeelsbeleid) graag aan verbonden blijven.
- b. Amarant moet voor mensen op de arbeidsmarkt de te kiezen nieuwe werkgever zijn. Planning en structuur voor positionering in de arbeidsmarkt alsmede gerichte activiteiten voor werving en selectie vragen prioriteit.
- c. Binnen het medewerkersbestand wordt op dit moment al een zekere mate van "vergrijzing" geconstateerd. Voor de komende jaren zal het leeftijdsbewust personeelsbeleid voortdurend actualisatie en nieuwe initiatieven vragen.
- d. De grote meerderheid van de medewerkers van Amarant is van het vrouwelijk geslacht. Veel vrouwen hebben naast een verantwoordelijkheid als werknemer ook een verantwoordelijkheid en belasting in het eigen gezin en huishouden, met name wanneer er sprake is van jonge kinderen. Het HRM-beleid zal er in voorzien om deze medewerkers zo goed als mogelijk tegemoet te komen in hun dubbele taak.
- e. Werken in de gezondheidszorg en kostwinnenschap. Organisaties in de gezondheidszorg zijn voor kostwinners vaak geen aantrekkelijke werkgever omdat er veelal sprake is van een parttime dienstverband. Om aantrekkelijk te blijven voor kostwinners zal de nieuwe organisatie specifiek beleid ontwikkelen om fulltime functies in de zorg te ontwikkelen.
- f. Normen en waarden. De gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren sterk in de belangstelling gestaan en zich moeten verantwoorden over kwaliteit van zorg, besteding van het budget en meer in algemene termen de sociaal maatschappelijke positie. De nieuwe organisatie zal niet alleen investeren in primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. Er zal veel aandacht uitgaan naar 'zo zijn onze manieren'. Sleutelbegrippen zijn daarbij respect, integriteit, transparantie.

4.4. Amarant en de wetenschap

In de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt al enige jaren het vraaggericht werken als bepalende norm gehanteerd. In de praktijk is waar te nemen dat het aanbod nog in behoorlijke mate domineert over de vraag. Dat heeft dan niet met onwil te maken, maar met onkunde in die zin dat kennis van een vraag, achtergronden en ons programma vaak beperkt zijn. Denk daarbij bijv. aan de worsteling om nieuw aanbod op het vlak van dagbesteding voor ernstig verstandelijk gehandicapten te ontwikkelen. Inzet van wetenschap kan ons helpen dat inzicht in moeilijk vertaalbare zorgvragen te vergroten. Het is denkbaar dat wetenschappelijk onderzoek ons een beter inzicht geeft in de zorgvraag van cliënten zodat vervolgens de ontwikkeling van aanbod daar goed op kan aansluiten.

Een interessante insteek voor wetenschappelijk onderzoek is de effectiviteit van het werk. Komt het aanbod zorg tegemoet aan de gestelde vraag, oftewel het goed en systematisch toepassen van activiteiten en het evalueren van de werkzaamheid. Mensen die dagelijks in de zorg werken, hebben onvoldoende onderzoekskundigheid om de werkzaamheid van bepaalde programma's en methodieken te evalueren.

Voor het verbeteren van de kwaliteit van bepaalde zorgprogramma's en methodieken is het wenselijk om relaties met de wetenschap aan te gaan en een vorm van een "wetenschappelijke werkplaats" te creëren, waar zorgpraktijk en wetenschap elkaar ontmoeten.

Het creëren van een onderzoeksklimaat stimuleert en prikkelt ons om na te denken, te reflecteren op de eigen beroepspraktijk en het beroepsmatig handelen. Het geeft direct en indirect een impuls aan de kwaliteit van zorg. Samenwerken met universitaire centra en onderzoek stimuleren op de terreinen waar vanuit de praktijk blijkt dat er behoefte aan is. In elk geval zijn dat de terreinen: ouderenzorg, gedragsproblemen, meervoudige complexe handicaps.

Daarnaast werkt Amarant mee aan het bieden van afstudeerplaatsen/afstudeerprojecten voor het HBO en het wetenschappelijk onderwijs. Amarant stimuleert haar medewerkers hieraan actief deel te nemen.

In de periode 2007 – 2010 lopen twee grootschalige en belangrijke onderzoekstrajecten met de Erasmus Universiteit (specifieke ouderenzorg) en de Katholieke Universiteit Nijmegen (gedragsproblemen). De onderzoekstrajecten zullen dusdanig worden aangestuurd dat de revenuen voor de kwaliteit van zorg significant zijn. Samenwerking met de wetenschap wordt verkend met de Universiteit van Tilburg, in het bijzonder de leerstoel chronische zorg. Initiatieven worden hierin genomen.

Specifieke projecten in samenwerking met de wetenschap richten zich op de bijdrage aan het onderzoek van de Rijks Universiteit Groningen naar het vaststellen van de ziekte van Alzheimer bij cliënten met het Down syndroom door middel van actigrafie. Actigrafie is een methode om het slaap/waakritme van cliënten te monitoren.

Analyse van slaap/waakritme kan indicatoren voor Alzheimer opleveren.

Een bewegingsprogramma dat hierop aansluit kan gezondheidsretardatie, als gevolg van Alzheimer, afremmen.

Een ander specifiek project betreft het verbetertraject 'eten en drinken'. Eten en drinken is een essentieel onderdeel van kwaliteit van leven. Het gaat met name om vragen/problemen ten aanzien van eten en drinken te signaleren en op systematische manier te beantwoorden. Het gaat hierbij voornamelijk om:

- de kwaliteit van het eten en drinken zelf
- sfeer en structurering van maaltijdmoment
- slik-, kauw- en mondproblemen
- hulpmiddelen

In het onderstaande schema is per doelgroep het onderzoeksprogramma weergegeven:

Doelgroep	Waartoe	Met wie
Ouderen	Specifieke dagbesteding Verbeteren medische zorg	Erasmus Universiteit, Abrona, Ipse, De Bruggen
Ouderen	Vroegsignalering en aanpassing dagprogramma i.v.m. dementie	Universiteit van Groningen
Autisten	Verbeteren zorgprogramma's met meer ruimte voor eigen initiatief cliënt (het "sociaal competentiemodel")	Universiteit van Leiden
LVG met ernstige problematiek	Verbeteren behandelaanbod	Katholieke Universiteit Nijmegen
MCG	Methodische werkwijze bij behoefte en vraagbepaling ernstig meervoudig gehandicapten; de Vlaskampmethode (Katholieke Universiteit Nijmegen)	Solo (door Amarant)
Autisten	Creëren transferpunt voor kennis en praktijkervaringen door zorg en wetenschap via landelijk kenniscentrum KAN (Kenniscentrum Autisme Nederland)	Leo Kannerhuis, Rijngeestgroep, Rhino, Sint Marie, NVA (bestuurlijk) + ruim 80 andere instellingen

4.5. Sturingsmodel

De keuze voor districten, centra voor specialistische zorg en de sector dagbesteding is een onderdeel van het sturingsmodel en sluit aan op 'zo gewoon waar mogelijk' en 'bijzonder waar dat moet'. Zij vormen, samen met de ondersteunende diensten, de Resultaat Verantwoordelijk Eenheden (RVE's) van Amarant.

Gewerkt wordt op basis van Integraal Management met als belangrijkste kenmerk: *sturen op meetbare resultaten*.

De meest gangbare definitie van Integraal Management is ¹⁰:

- integratie van outputsturing met het beheer van de daarvoor benodigde productiemiddelen (personeel, materieel en financieel);
- gericht op het realiseren van het strategisch beleid;
- op grond van verantwoordelijkheden en bevoegdheden die zo laag mogelijk in de organisatie zijn gedelegeerd;
- op de resultaten daarvan worden aangesproken volgens gemaakte managementafspraken;
- volgens de geldende regels;
- en binnen de grenzen van de formatie en het budget.

Uitwerking voor Amarant

In Amarant zal de overgang worden vormgegeven van een activiteiten gestuurde organisatie naar een meer resultaat gestuurde organisatie. Tussen de Raad van Bestuur en het management van de bedrijfsonderdelen wordt gewerkt met een formele afspraak waarin de te bereiken resultaten zijn vastgelegd op een aantal nader vast te stellen thema's. Deze thema's zijn afgeleid van het kwaliteitssysteem HKZ. Wel met een praktische vertaling en met duidelijke keuzes. Niet alles behoeft sturing.

Het gaat uit van het principe van evenwicht in draagkracht en draaglast. De formele afspraak heeft dan in elk geval betrekking op:

- a. Het exploitatieresultaat: inkomsten minus kosten. Inkomsten op basis van de gerealiseerde productie én kosten op basis van ingezet personeel en materiële kosten;

¹⁰ H. Buurma en C.J.W.M. Jacobs; integraal management in de publieke sector; Lemma bv, Utrecht

- b. Kwaliteit van zorg
- c. Marktonwikkeling en innovatie
- d. Kwaliteit van arbeid
- e. Huisvesting

Om te kunnen komen tot een beoordeling van het beoogde en bereikte resultaat, zal worden gewerkt met management informatie die aansluit op deze eisen.

Belangrijk is dat er gestuurd mag en kan worden. Wordt de productie in het jaar vergroot en de inkomsten stijgen, dan kunnen er (na afspraak) ook meer kosten worden gemaakt. Omgekeerd geldt hetzelfde: minder productie betekent ook neerwaarts bijsturen van de kosten.

Het management is (grotendeels) zelf verantwoordelijk (gegeven de kaders) op welke wijze deze resultaten worden bereikt. De functie van de RvB zal daarin toetsend, coachend en beoordelend zijn. Het management heeft in zeer grote mate de vrijheid 'de weg naar het resultaat' zelf inhoud te geven.

De RvB komt dus meer op 'afstand'. Dat betekent: de erkenning van de integrale verantwoordelijkheid van het management voor een bedrijfsonderdeel. Het betekent niet: minder betrokken.

Voor bepaalde centrale ondersteunende diensten betekent het dat er gewerkt gaat worden met service contracten. In deze overeenkomsten ligt dan vast welke diensten geleverd worden tegen welke vergoeding. De stafdiensten zijn ondersteunend/serviceverlenend naar de bedrijfsonderdelen van het primaire proces (districten en clusters). De ondersteunende diensten krijgen nog duidelijker een klant-leverancier relatie. Dit bevordert de klantgerichtheid.

Voor het management van de bedrijfsonderdelen betekent dit dat er met de leidinggevendenden van de afdelingen en de medewerkers ook gestuurd gaat worden op basis van te bereiken resultaten in een bepaalde periode. Op afdelingsniveau wordt gewerkt met overeengekomen eindtermen (resultaatgebieden), vertaald in jaarplannen. Deze jaarplannen zullen compacter worden en zich beperken tot het beschrijven van de belangrijkste doelen en de weg daar naartoe.

In de jaargesprekken krijgen de persoonlijke resultaatgebieden een plaats.

Kerncompetentie: wederzijds verantwoordelijkheid

De gevraagde managementstijl is naast ondernemerschap, het werken op basis van wederzijdse verantwoordelijkheid. Kerncompetenties zijn dan : werken met duidelijke rolverdeling en afspraken – evalueren van afspraken en vragen stellen – het benoemen van de echte knelpunten en deze 'tegemoet treden' en het creatief bedenken van oplossingsrichtingen op basis waarvan weer afspraken kunnen worden gemaakt¹¹. Deze competenties vormen mede de basis voor management development.

4.6. Visie op dienstverlening: Services

Gegeven de marktwerking is het belangrijk dat alle ondersteunende diensten zijn afgestemd op de vraag van de klant of op de bedrijfsonderdelen van het primaire proces.

Op de eerste plaats staat dan een servicegerichte en proactieve houding (competentie): de klant heeft een vraag of een probleem en er wordt ondersteuning geboden dat vraagstuk of probleem in te vullen of op te lossen. Daarbij past geen houding van "ik ben niet gevraagd" of "ik zal er later naar kijken of ik heb geen tijd".

Op de tweede plaats gaat het om een duidelijke sturing.

Om dit transparant te maken, hanteert Amarant een eenvoudig model, het zogenaamde 'servicewiel'.

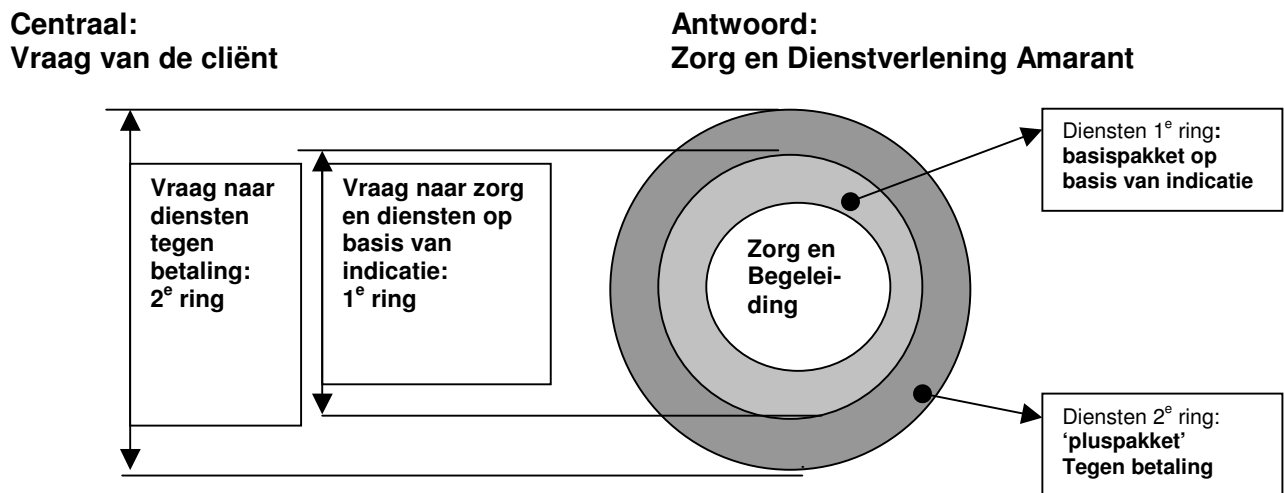
¹¹ zie notitie : sturingsmodel voor Amarant- mei 2006

In dit model is het vertrekpunt voor inrichting van dienstverlening de vraag of de probleemstelling van de klant. Bijvoorbeeld de cliënt met een zorg en dienstverleningsvraag. Maar ook werkt het model als de klant is: het district, de sector 'dagbesteding en werk' en het centrum voor specialistische zorg.

Dit voorbeeld is hier "de cliënt met een zorgvraag" illustratief gebruikt.

- **Kern** van de zorg en dienstverlening, vertaald in de zorgverleningsovereenkomst en daarbinnen het persoonlijk plan, met de cliënt (of de vertegenwoordiger). Gekoppeld aan de zorgverleningsovereenkomst worden diensten aangeboden en uitgevoerd zoals onderhoud, maaltijden, vervoer, etc. Dit zijn diensten in de zgn. eerste ring en vormen **het basispakket**: diensten gekoppeld aan het zorg- en begeleidingsaanbod die zijn inbegrepen in de zorgverleningsovereenkomst en de indicatie.
- Vervolgens kunnen diensten worden aangeboden waarvoor de cliënt "extra" wil betalen: het zogenaamde '**pluspakket**' (de tweede ring). Reden om deze diensten te ontwikkelen en uit te voeren zijn: verhoging van de klanttevredenheid en klantenbinding enerzijds en het genereren van extra inkomsten anderzijds. Het zijn diensten waar de cliënt apart voor betaald of waar de overheid een separaat financieringskader voor biedt. Huisvesting is daarvan een mooi voorbeeld. Maar ook maaltijden en een maaltijdservice aan huis is daar een voorbeeld van. De uitvoering ervan geschiedt door de ondersteunende diensten. In dit voorbeeld zijn dat resp. Vastgoed en facilitaire zaken.

Het model is hieronder weergegeven:



Schema 4.6. Servicewiel (Voorbeeld: inrichting op basis van vraag van de cliënt)

Voor Amarant betekent dit dat transparant zal worden gemaakt welke dienstverlening behoort tot het basispakket en welke tot het "pluspakket". Elke dienst is beschreven en er zal worden gewerkt met een kwaliteitsstandaard per dienst die toetsbaar is voor de cliënt of de klant. De dienstverlening ligt vast in:

- Voor de cliënt: de zorg en dienstverleningsovereenkomst;
- Voor het district, de sector 'dagbesteding en werk' en de centra voor specialistische zorg: de dienstverleningsovereenkomsten (jaarcontracten).

Als consequentie van deze visie zal de inrichting van die bedrijfsonderdelen van Amarant die naast het primair proces worden georganiseerd uiteenvallen in :

- Vastgoed
- Service centrum met alle diensten aan het primair proces
- Plan & Control
- Bestuursondersteuning.

4.7. Visie op Vastgoed

De volgende stellingen geven de visie weer van Amarant. Elke stelling is kort toegelicht.

- a. *Marktwerking vraagt om een strategisch vastgoedbeleid en huisvesting als separate dienstverlening.*

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is de invoering van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg een gegeven. Meer dan ooit raken ondernemingsstrategie en vastgoedbeleid met elkaar verweven.

Zo is vastgoedbeheer en -ontwikkeling naast een kostenkant van Amarant, ook een inkomstenkant én is huisvesting (zonder zorg) een dienst die direct wordt aangeboden aan mensen met een beperking.

Voorts betekent “posities” hebben (grond bezitten) de mogelijkheid om maatschappelijk te ondernemen: ervoor zorgen dat er aantrekkelijke en passende huisvesting komt voor mensen met een beperking.

- b. *Versoepeling bouwregime: meer vrijheid op ‘sturing’ van Vastgoed*

De recente invoering van de WTZi is gepaard gegaan met een aanmerkelijke versoepeling van het bouwregime. Amarant moet nog wel beschikken over een langetermijnhuisvestingsplan (LTHP), maar dit hoeft alleen te worden ingediend als er een vergunning wordt aangevraagd. Verder is voor bouwinitiatieven, waarbij alleen sprake is van renovatie, de vergunningsplicht vervallen, dit ongeacht of er voldoende trekkingsrechten zijn opgebouwd. Ook voor een uitbreiding van het aantal vierkante meters is geen vergunning meer nodig als deze uit eigen middelen kan worden bekostigd. Mits genoeg wordt genomen met een “toelating zonder nacalculatie” staat het Amarant sinds kort zelfs vrij om ook grotere (vervangende) nieuwbouwprojecten te realiseren. Feitelijk is daarmee en met de reeds bestaande Regeling Kleinschalig Wonen (RKW) het startsein gegeven om vooruitlopend op de nieuwe (aan de productie gerelateerde) bekostiging van de kapitaallasten zelf de benodigde financiële ruimte te creëren voor noodzakelijke bouwprojecten.

De overheid heeft er geen misverstand over laten bestaan dat de invoering van de WTZi mede ten doel heeft om Amarant zelf volledig verantwoordelijk te maken voor haar huisvesting en daarmee samenhangende kosten. Einddoel is dat óók de huisvestingskosten van Amarant volledig in de (markt)prijzen van de zorgproducten worden verdisconteerd. Daarmee gaat een einde komen aan de goedkeuringsprocedures voor (grotere) bouwprojecten en de daaraan gekoppelde nacalculatie van kapitaallasten. Naar verwachting zal dit systeem van integrale prestatiebekostiging nog in dit decennium kunnen worden ingevoerd. Het goede nieuws is dat de beleids- en ondernemingsruimte hierdoor aanzienlijk zal toenemen. Hier staat tegenover dat de financiële risico's eveneens toenemen. Dit vertaalt zich naar een transparant sturingsmodel (Plan & Control) en een duidelijk beleid voor de omvang van het eigen vermogen van Amarant.

- c. *Marktwerking en integrale prestatiebekostiging inspireren tot optimalisering van de huisvestingskosten*

Het vooruitzicht van een integrale prestatiebekostiging heeft de prikkel voor initiatiefnemers feitelijk omgedraaid. Waar een systeem van nacalculatie van kapitaallasten een stimulans is om het aantal vierkante meters te maximaliseren, inspireren de financiële prikkels in het nieuwe systeem tot het minimaliseren van de huisvestingskosten. Een te hoge huisvestingscomponent in de productprijzen vormt immers een bedreiging voor de concurrentiepositie.

Anderzijds kunnen er investeringen in de huisvesting nodig zijn om de kwaliteit en/of de productiviteit te verbeteren, de werkomgeving aantrekkelijker te maken, de implementatie van nieuwe technologieën mogelijk te maken of meer in het algemeen het imago en de aantrekkingskracht van een instelling positief te beïnvloeden. Bezuinigen op huisvestingskosten kan de concurrentiepositie van een zorgonderneming dus ook ongunstig beïnvloeden.

d. Huisvestingsproducten en kwaliteitsstandaards - de klant kiest

Mooie huisvesting op maat heeft aantrekkingskracht om voor Amarant te kiezen. Het goed kennen van de belangrijkste keuzecriteria van de toekomstige cliënt en die vertalen naar "gewaardeerde" huisvesting is van strategisch belang voor Amarant. Amarant zal haar huisvestingsproducten beschrijven, met bijbehorende kwaliteitsstandaarden en deze ook aanbieden. Een eerste voorzet daartoe is gemaakt door de VGN. (*)

e. Strategisch vastgoedbeleid vertaalt zich in markt bewust flexibel huisvestingsplan

De veranderingen en onvoorspelbaarheden in de omgeving van Amarant noodzaken tot een flexibel strategisch beleid. Zeker in een markt omgeving vormt het vastgoedbeleid hiervan een belangrijk onderdeel. Hierbij gaat het onder meer om het maken van keuzes tussen centraliseren of decentraliseren, investeren of huren, herbestemmen of afstoten, groeien of afslanken, samenwerking of soleren en renoveren of nieuw bouwen.

Steeds zullen de huisvestingskosten moeten worden beoordeeld tegen de achtergrond van de verwachtingen met betrekking tot de hieraan gerelateerde bedrijfsresultaten en de keuzecriteria van de cliënt. Aan een huisvestingsplan dient daarom de eis te worden gesteld dat dit zodanig flexibel van opzet is dat voortdurend aanpassing aan de (markt)ontwikkelingen en keuzemotieven mogelijk is.

f. Flexibiliteit en wijkgericht werken is bevorderlijk voor de waardeontwikkeling van het vastgoed

In het algemeen is de levensduur van zorgprocessen, werkprocessen, huisvestingsnormen, wettelijke regelingen, kwaliteitseisen e.d. aanzienlijk korter is dan de levensduur van een gebouw. Daarom zal er bij het ontwerp of de herinrichting van een gebouw vooral naar flexibiliteit moeten worden gestreefd en wel in meerdere opzichten. Gebruiksflexibiliteit houdt in dat ruimtes zodanig worden ontworpen dat deze voor verschillende functies geschikt zijn. Van functionele flexibiliteit is sprake als het mogelijk is om een samenhangend geheel van ruimtes betrekkelijk gemakkelijk van functie te laten veranderen. Verder moet een gebouw bij voorkeur gemakkelijk zijn uit te breiden of in kleinere eenheden op te delen. Deze laatste vorm van flexibiliteit maakt het bijvoorbeeld mogelijk om delen van een gebouw af te stoten of te verhuren. Flexibiliteit bevordert de bruikbaarheid onder veranderende omstandigheden en heeft daarom een positief effect op de waardeontwikkeling van een gebouw.

Daarnaast speelt wijkgericht werken een belangrijke rol bij waarde ontwikkeling. Amarant is toenemend een partij die in wijken en gemeenten investeert en daarmee de wijk aantrekkelijker maakt om te wonen. Dit heeft direct invloed op de waardeontwikkeling van het vastgoed aldaar. Amarant zal een beleid gaan voeren dat actief inspeelt op waardeontwikkeling van het vastgoed in eigen bezit. Overwaarde kan op termijn worden geïnvesteerd in renovatie en nieuwbouw. Hiermee slaat Amarant een weg in die ook door woningbouwcorporaties is ingeslagen.

(*) woonvormen voor mensen met beperkingen, sept. 2006, no. 91270

g. Integratie van domotica in de ontwikkeling van huisvesting

Telefoon, computer, “uitluistersystemen”, communicatiesystemen zijn deels al geïntegreerd doorgevoerd in huisvesting. Amarant zal beleid maken in de toepassing van domotica bij haar zorg en dienstverlening, als onderdeel van huisvesting.

5. De missie van Amarant

Op basis van het voorgaande, is de volgende missie geformuleerd:

Amarant wil in Brabant een actieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van kinderen, jongeren en volwassenen:

- met een matige tot ernstige verstandelijke beperking;
- met een licht verstandelijke beperking, al dan niet in combinatie met (ernstige) gedragsproblemen;
- met autisme;
- met een meervoudige complexe beperking;
- met een “niet aangeboren hersenletsel” (NAH)
- met een lichamelijke handicap in combinatie met een verstandelijke beperking;
- met een symptomatologie die vergelijkbaar is met deze doelgroepen en die daarom baat hebben bij het zorgaanbod

Op basis van handhaving van de autonomie van mensen.

Met competente medewerkers (professionals), waarbij de ontwikkeling van hun competenties is afgeleid van de kwaliteitseisen van de doelgroepen.

In dialoog¹² met en op basis van de eigen professionaliteit¹³ van de medewerker, die duidelijk verantwoordelijkheden en een eigen regie heeft.

Door middel van een breed, maatschappelijk geïntegreerd en waar nodig gespecialiseerd, pakket aan dienstverlening, zorg en behandeling dat actief wordt aangeboden. Alsmede door een bijdrage aan een sociale infrastructuur gericht op de leefbaarheid in de wijk of de gemeente.

Het aanbod is wijkgericht georganiseerd. En indien noodzakelijk, op basis van bijzondere zorgvragen, georganiseerd in zogenaamde centra voor specialistische zorg. Respectvolle bejegening, welzijn en veiligheid zijn daarbij belangrijke kernwaarden.

Best practice en Evidence based zijn uitgangspunt voor de gevraagde ontwikkeling van beleid en innovatie, gekoppeld aan specifieke doelgroepen.

Voor alle doelgroepen van Amarant is er specifiek beleid en zijn de zorg en dienstverlening aan dit specifieke beleid aangepast.

In alle uitingen, zorg en dienstverlening staat centraal dat de klant kan kiezen.

De slogan is: “Bijzonder, heel gewoon en dichtbij”.

¹² Dialogische visie / beleidsnota E. van Hunsel en H. Kat

¹³ Professionaliteit in de VG sector /VGN / 2005