



**Maatschappelijke  
 Business Case (mBC)  
 Şefkat**



**Mario de Keijzer  
 Deniz Özkanli**



**Leerproduct Zorghuis Şefkat  
 1-12-2010**



## Maatschappelijke Business Case (mBC)

mBC contactpersoon	Mail-adres	Telefoonnummer
Esther Tiggelman	Esther.tiggelman@nl.ey.com	+31 (0) 88 407 3137

Inhoudelijk contact	Mail-adres	Telefoonnummer
Mario de Keijzer	m.dekeijzer@zge.nl	+31 (0) 73 558 7600

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1</b>	<b>Wat is een mBC?.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2</b>	<b>Wat is Şefkat?.....</b>	<b>5</b>
	<b>1.2.1 Maatschappelijk probleem.....</b>	<b>6</b>
	<b>1.2.2 Omschrijving Transitie-experiment.....</b>	<b>7</b>
	<b>1.2.3 Vernieuwende aanpak.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3</b>	<b>De mBC als levend document.....</b>	<b>8</b>
	<b>1.3.1 Ambities, beperkingen en keuzes.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4</b>	<b>Leeswijzer.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Cliëntperspectief (CP).....</b>	<b>10</b>
	<b>2.1 Cliëntverhaal: een fijne oude dag.....</b>	<b>10</b>
	<b>2.2 Cliëntverhaal: onze plicht om voor onze ouders te zorgen.....</b>	<b>10</b>
	<b>2.3 Cliëntverhaal: zou ze nog geleefd hebben?.....</b>	<b>11</b>
	<b>2.4 Cliëntverhaal: de kinderen niet tot last zijn.....</b>	<b>12</b>
	<b>2.5 Medewerker verhaal: trots op je werk.....</b>	<b>13</b>
	<b>2.6 Conclusie: Şefkat door de ogen van de cliënten.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>Business Model (BM).....</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>Producten en diensten.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2</b>	<b>Toegevoegde waarde.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>Doelgroepen (klantsegmenten).....</b>	<b>16</b>
	<b>3.3.1 Marokkanen en Turken samen?.....</b>	<b>17</b>
	<b>3.3.2 Anders oud worden.....</b>	<b>17</b>
	<b>3.3.3 Grootte en groei van de doelgroep.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4</b>	<b>Interactie (distributiekanaal).....</b>	<b>19</b>
	<b>3.4.1 Fysieke locatie Şefkat.....</b>	<b>19</b>
	<b>3.4.2 Bereiken van cliënten.....</b>	<b>20</b>
<b>3.5</b>	<b>Relatie (klantrelatie).....</b>	<b>20</b>
	<b>3.5.1 Versterking van de relatie.....</b>	<b>20</b>
	<b>3.5.2 Rollen binnen Şefkat.....</b>	<b>21</b>
<b>3.6</b>	<b>Infrastructuur.....</b>	<b>22</b>
<b>3.7</b>	<b>Kernactiviteiten.....</b>	<b>23</b>
<b>3.8</b>	<b>Kerncapaciteiten.....</b>	<b>30</b>
<b>3.9</b>	<b>Samenwerkingsverbanden.....</b>	<b>32</b>
<b>3.10</b>	<b>Succesfactoren Zorghuis Şefkat.....</b>	<b>32</b>
<b>3.11</b>	<b>Risico's.....</b>	<b>35</b>
<b>3.12</b>	<b>Kopieerbaarheid.....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>Organisatorische case (OC).....</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>De huidige financiële situatie in de project- / innovatiefase.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2</b>	<b>Ontwikkeling kostenopbouw structuur 2010 – 2018.....</b>	<b>37</b>

<b>4.3</b>	<b>Risico's en gevoeligheid.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4</b>	<b>Conclusies.....</b>	<b>42</b>
<b>5.</b>	<b>Maatschappelijke case (MC).....</b>	<b>43</b>
	<b>Inleiding.....</b>	<b>43</b>
<b>5.1</b>	<b>Kwalitatieve baten.....</b>	<b>44</b>
<b>5.2</b>	<b>Kwantitatieve baten.....</b>	<b>47</b>
	<b>5.2.1 Allochtone ouderen profiteren door minder, probleemgedrag, medicatie, depressie, ondervoeding en decubitus.....</b>	<b>47</b>
	<b>5.2.2. Minder crisisopnames door tijdige intramurale opnames.....</b>	<b>48</b>
	<b>5.2.3 Minder huisartsenbezoek door mantelzorgers.....</b>	<b>49</b>
	<b>5.2.4 Minder medicatiegebruik door mantelzorgers.....</b>	<b>50</b>
	<b>5.2.5 Grotere participatie op de arbeidsmarkt.....</b>	<b>51</b>
	<b>5.2.6 Lager ziekteverzuim bij verzorgenden.....</b>	<b>52</b>
	<b>5.2.7 Minder verloop van medewerkers.....</b>	<b>53</b>
	<b>5.2.8 Opleidingsplaatsen / werkgelegenheid voor allochtone medewerkers..</b>	<b>53</b>
	<b>5.2.9 Snellere verwijzing vanuit het ziekenhuis.....</b>	<b>54</b>
<b>5.3</b>	<b>Samenvatting.....</b>	<b>55</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusie: maatschappelijke Business Case (mBC).....</b>	<b>56</b>
<b>6.1</b>	<b>De mBC: organisatorische case en maatschappelijke case.....</b>	<b>56</b>
<b>6.2</b>	<b>Conclusies.....</b>	<b>57</b>
<b>6.3</b>	<b>Aanbevelingen.....</b>	<b>57</b>

## 1. Inleiding

Dit document beschrijft de 'maatschappelijke Business Case' van Şefkat. Het heeft tot doel om gefaseerd vanuit verschillende perspectieven een totaalbeeld van Şefkat te beschrijven. Şefkat gebruikt dit totaalplaatje voor inzichten over het eigen organisatieconcept en om de continuïteit van dit concept qua beleid en financiering in de komende periode te gaan borgen.

Şefkat is een nieuw, innovatief project dat als één van de experimenten meedraait in het Transitieprogramma ([www.transitieprogramma.nl](http://www.transitieprogramma.nl)). Kenmerk van deze experimenten, en daarmee dus ook van Şefkat, is dat zij radicaal breken met oude structuren, culturen en werkwijzen in de zorg. Omdat het daarmee een nieuw zorgconcept is, is de financiering vanuit bestaand beleid en regelgeving nog niet geregeld. Om deze reden is vanuit het Transitieprogramma deze maatschappelijke Business Case (mBC) vormgegeven, samen met Şefkat en haar stakeholders.

### 1.1 Wat is een mBC?

Een mBC is een *gestructureerde kosten-baten afweging* waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen. De mBC kijkt vijf jaar vooruit naar een volwassen Şefkat. Hierbij wordt het financieringstekort afgezet tegen de te verwachten maatschappelijke baten. Deze baten worden geschat en gekwantificeerd door te werken met onderzoek, literatuur, aannames en experts.

Door een inzicht in de reële kosten van nieuwe diensten van Şefkat en hun potentiële waarde in maatschappelijke baten kan een vergelijking gemaakt worden. Op deze wijze krijgen stakeholders en potentiële financiers een zo breed en concreet mogelijk inzicht in de levensvatbaarheid, het functioneren en de positieve effecten van Şefkat. Wat Şefkat nu in de kern is en zo bijzonder maakt als experiment, beschrijft de volgende paragraaf.

### 1.2 Wat is Şefkat?

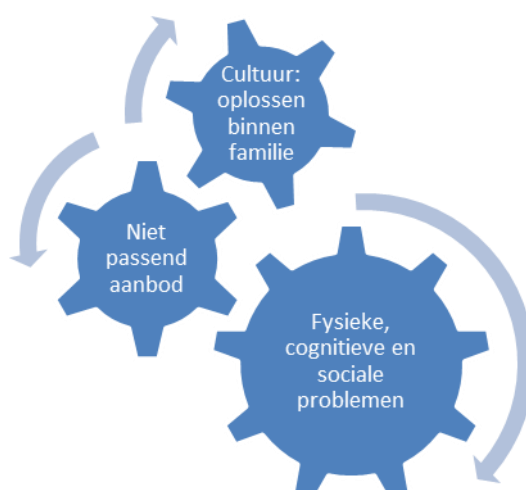
Şefkat is een zorghuis voor intramuraal wonende Turkse en Marokkaanse ouderen in Boxtel in de provincie Noord Brabant. Paragraaf 1.2.1 beschrijft wat het maatschappelijke probleem is waar Şefkat een oplossing voor tracht te bieden. Een korte omschrijving van het experiment volgt in §1.2.2 en in §1.2.3.

### 1.2.1 Maatschappelijk probleem

De eerste generatie Turkse en Marokkaanse ouderen zijn naar Nederland gekomen om hier tijdelijk te werken en een klein kapitaal op te bouwen waarna men de intentie had om weer naar hun vaderland terug te keren om daar hun oude dag door te brengen. De intentie dat zij in hun land van herkomst oud zouden worden heeft er voor gezorgd dat zij niet volledig zijn geïntegreerd in de Nederlandse samenleving. Het cultuurverschil dat er bij aankomst in Nederland bestond is nooit opgeheven.

Nu worden zij ouder en hulpbehoevend worden, doen zij volgens de authentieke normen en waarden zoals in hun thuisland te doen gebruikelijk is een beroep op de tweede generatie. Deze tweede generatie is snel en verregaand aan het integreren c.q. geïntegreerd in onze westerse cultuur met alle daarbij behorende westerse problematiek. Zij dreigen in een spagaat te geraken doordat er enerzijds door de eerste generatie verwacht wordt dat zij de zorg op zich nemen en anderzijds de attitude van de westerse maatschappij waarin die intensieve zorg niet meer past c.q. toegelaten wordt.

Het bestaande reguliere aanbod van zorgverlening in Nederland sluit te weinig aan op de vraag van deze allochtone ouderen. Op het moment dat ze lijden aan een ernstige of mildere vorm van Alzheimer vallen ze terug op hun moedertaal. Mocht dit leiden tot een opname dan zullen ze vaak een eenling zijn in de huidige Nederlandse zorghuizen: het is moeilijk met anderen te communiceren, de activiteiten sluiten niet aan bij de belevingswereld en de behoeftes worden niet herkend (bijvoorbeeld geen Halal- maaltijden en gebedsruimte). Turkse en Marokkaanse ouderen willen daarom ook geen gebruik maken van reguliere zorgverlening. Men dreigt op deze manier tussen wal en schip terecht te komen en hun familie moet woekeren met mogelijkheden, tijd en dilemma's.



Zoals samengevat weergegeven in bovenstaande figuur zijn er twee factoren te

onderscheiden waarom Turkse en Marokkaanse ouderen geen gebruik maken van reguliere zorghuizen (de cultuur waarin het gewoon is problemen op te lossen binnen de familie en het niet passende zorgaanbod); met fysieke, cognitieve en sociale problemen als gevolg.

### **1.2.2 Omschrijving Transitie-experiment**

Şefkat biedt een oplossing voor de in paragraaf 1.2.1 beschreven maatschappelijk persistente problemen door het bieden van een intramurale zorgvoorziening voor mensen afkomstig uit Turkije en Marokko.

Daarbij gaat het met name om zorg op lichamelijk en/of psychogeriatrisch gebied die in de thuissituatie niet (meer) geboden kan worden. Samen met de zorg biedt Şefkat de mogelijkheid om de levensweg welke men tot nu toe bewandeld heeft, zo goed als mogelijk voort te zetten met de wetenschap dat wij in West-Europa wonen.

Bij Zorggroep Elde hebben we verstand van zorg en gevoel voor welzijn. We geven de best mogelijke verzorging maar beseffen dat deze veel van haar effect zal missen als onze cliënten bij ons niet thuis - en op hun gemak zijn. Dat inzicht is niet nieuw. Binnen de Woonzorgcentrum Nieuw Beekvliet doet Zorggroep Elde sinds 1988 ervaring op met intramurale zorg voor ouderen uit Indonesië en Suriname. Dit in een omgeving die een sfeer ademt waar deze groep zich 'senang' bij voelt.

Tijdens de voorbereiding voor het realiseren van zorghuis Şefkat hebben diverse groeperingen een bezoek gebracht aan locatie Nieuw Beekvliet. Tijdens deze bezoeken kwamen er vanuit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap meerdere malen signalen dat er een grote behoefte was aan een dagverzorging voor allochtonen ouderen. Daarom is in mei 2009 dagverzorging Şefkat van start gegaan. In een speciaal dagopvangconcept ontwikkeld voor allochtone ouderen raken zij alvast bekend met onze cultuurspecifieke zorg, zij het op dagbasis. Zoals blijkt uit de verhalen van cliënten, zijn de ervaringen met deze dagverzorging bijzonder positief en kunnen we niet meer om de noodzaak tot het realiseren van zorghuis Şefkat heen.

### **1.2.3 Vernieuwende aanpak**

Het in 2011 te realiseren zorghuis Şefkat is het eerste multiculturele zorghuis voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland. Het vernieuwende van de Şefkat aanpak is het combineren van elementen van de levensweg uit het land van -herkomst met het westerse zorgsysteem. Het te realiseren zorghuis zal voldoen aan de cultuurgebonden eisen van faciliteiten (wasruimtes, gebedsruimte, huiskamers, ontvangstruimtes) in combinatie met de westerse maatstaven en eisen t.a.v. de bouw en zorgsysteem.

Voor het zorghuis worden medewerkers geworven vanuit de doelgroep. Zij begrijpen als geen ander de achtergrond van de cultuur en kunnen als geen ander de vertaalslag maken van het voortzetten van de Turkse en Marokkaanse levensweg binnen het westerse zorgsysteem. Hierdoor zal er tevens ruimte voor discussie ontstaan over onderwerpen die nog taboe zijn in de Turks/Marokkaanse gemeenschap (zoals reanimatiebeleid en

euthanasie), allereerst met direct betrokken familieleden van onze bewoners en hierdoor in de gehele Turks/Marokkaanse gemeenschap in Nederland.

Maar ook de inzet van autochtone medewerkers, die geïnteresseerd zijn in het omgaan met en het verzorgen, verplegen en begeleiden van mensen komend vanuit een andere cultuur staat centraal. Op deze wijze vindt er een natuurlijke kruisbestuiving plaats van culturen die bijdraagt aan het creëren van wederzijds begrip en integratie.

Door de realisatie van Şefkat kan de vraag om zorg en begeleiding zo worden opgelost dat de Turkse en Marokkaanse ouderen zich (h)erkend voelen in hun specifieke behoeften, terwijl hun kinderen zich met een gerust hart en zonder schuldgevoel kunnen wijden aan de eisen die de Nederlandse samenleving aan hen stelt. Door de zorg voor deze groep ouderen van hun kinderen over te nemen, wordt het voor hen gemakkelijker om te kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Zo springt Şefkat in op de behoeften van allochtone ouderen en levert het een positieve bijdrage aan het integratieproces van hun kinderen.

### **1.3 De mBC als levend document**

In de afgelopen maanden is in dit document de kern van het businessmodel van Şefkat verhelderd. Er is in kaart gebracht waar en hoe er waarde gecreëerd wordt en wat dit betekent voor de continuïteit en kopieerbaarheid van het Şefkat concept. Na het ontwerpen van deze eerste versie van de mBC begint een intensief traject van overleg tussen Şefkat, financiers en stakeholders. Hierbij gaat het om het vergelijken, kiezen, bijsturen en aanscherpen van diensten, kosten, prijzen en waarde. Door dit te verwerken in dit levende mBC-document zullen de aannames steeds scherper te maken zijn en zal de situatie in 2014, als Şefkat 'volwassen' is, steeds reëler de werkelijkheid kunnen gaan benaderen.

De hoofdgedachte is dat potentiële financiers in dit vervolgtraject daarbij afwegingen maken rondom de mBC en bestaande diensten en meedenken over een structurele (deel)financiering danwel vervolgsubsidies voor Şefkat als innovatief zorg- en welzijnsconcept.

#### **1.3.1 Ambities, beperkingen en keuzes**

De doorlooptijd van deze businesscase was relatief kort. Daarnaast zijn er diverse onderzoeken binnen en buiten het Transitieprogramma die ingaan op effecten van het leveren van cultuurspecifieke zorg door Şefkat en een scherpere deelanalyse kunnen maken dan binnen het tijdsbestek van deze mBC gehaald kan worden. Hierdoor zijn er keuzes gemaakt en prioriteiten gesteld in de mBC-onderdelen die de meeste aandacht krijgen.



## 1.4 Leeswijzer

De maatschappelijke Business Case kent een logische opbouw waarin vijf onderling verbonden perspectieven samenkomen tot één gedeelde kosten-baten afweging van Şefkat. De structuur van deze opbouw is in onderstaande figuur weergegeven:

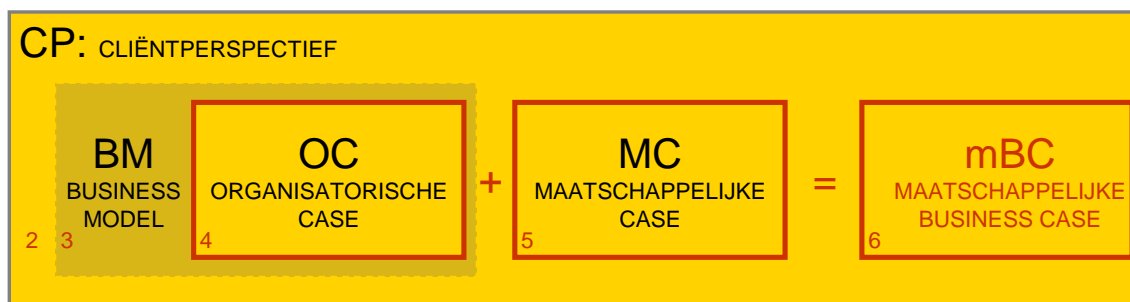


Fig1. de mBC: kosten-baten afweging waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen

Hoofdstuk 2 begint met Şefkat te beschrijven vanuit de ogen van de cliënt. De cliënt is binnen het Transitieprogramma het uitgangspunt bij het beoordelen van de waarde van zorg en welzijn. De vraag die dit hoofdstuk beantwoordt, is hoe Şefkat de behoeften van de cliënt vervult en hoe zij waarde creëert bij het verlenen van diensten aan cliënten. Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens het Business Model: wat is Şefkat wel, wat is het niet en waar wordt de waarde gecreëerd? Hier zijn de diensten en producten beschreven, de doelgroep, de minimale basisvereisten om Şefkat neer te zetten en haar kritieke succesfactoren.

Zoals bovenstaande figuur weergeeft omsluit het Business Model de Organisatorische Case, die in Hoofdstuk 4 aan bod komt. De minimale basisvereisten in capaciteiten, cliënten en personeel uit het Business Model krijgen in dit hoofdstuk hun vertaling in een kosten-baten afweging op organisatieniveau. De ontwikkeling naar 2018 wordt uit de doeken gedaan en het tekort en de knelpunten in financiering over die periode inzichtelijk gemaakt.

De Maatschappelijke Case weegt in Hoofdstuk 5 het Şefkat concept vanuit het perspectief van de maatschappij.

Het afsluitende Hoofdstuk 6 brengt het bedrijfseconomisch nut(H4) en het maatschappelijk nut (H5) samen. De analyse over het dekken van tekorten en financiële knelpunten vanuit de maatschappelijke baten vindt hier plaats. Afsluitend trekt de maatschappelijke Business Case conclusies over de levensvatbaarheid van Şefkat, haar succesfactoren & risico's en geeft daarbij een aantal aanbevelingen voor toekomstige financiering.

## 2 Cliëntperspectief (CP)

Onderstaand wordt vanuit een aantal interviews met cliënten en medewerkers in vijf korte 'kiekjes' ingezoomd op de toegevoegde waarde voor cliënten van Şefkat.

### 2.1 *Cliëntverhaal: een fijne oude dag*

Hassan, 65, uit Kayseri-Turkije

Het is al weer 28 jaar geleden dat ik naar Nederland gekomen ben om hier tijdelijk werk te verrichten. Eerst 14 jaar lang af en toe naar Turkije om mijn vrouw en kinderen op te zoeken, totdat zij in 1991 met mijn twee kinderen ook naar Nederland gekomen is. Ik vind het een goed initiatief dat er een zorghuis voor Turkse en Marokkaanse ouderen komt. Ik zie in mijn omgeving dat niet alle kinderen voor hun ouders kunnen en soms ook niet willen zorgen. Ik hoop niet dat het voor mij nodig zal zijn, iedereen wil toch liever door zijn vrouw en/of kinderen verzorgd worden. Als het er dan toch komt, denk ik dat het heel belangrijk is dat mensen verzorgd worden door iemand van hetzelfde geslacht. Dat heeft met onze cultuur en geloof te maken. Ik vind het ook belangrijk dat het eten halal is en dat er ook een mogelijkheid is om mijn gasten te ontvangen. Kan ik ook met andere Turken praten en verstaat het personeel mij? Ik hoop het wel, want dat is toch echt wel een voorwaarde. Uiteindelijk vind ik het belangrijk dat in Nederland, nu al zo lang mijn thuis, een zorg geboden wordt voor mensen met een Turkse culturele achtergrond waar ze hun oude dag op een fijne manier kunnen doorbrengen.

Behoeften: Ondersteuning, lichamelijk welzijn, respect, veiligheid

### 2.2 *Cliëntverhaal: onze plicht om voor onze ouders te zorgen*

Samir, 34, Geboren en getogen in Utrecht, Marokkaanse afkomst

Wij zijn met z'n vijven, 2 jongens en 3 meiden. Al jaren verzorgden we samen de zorg voor onze vader in Noord-Brabant. Ieder van ons heeft een druk bestaan; Aisha woont in Rotterdam en kan niet goed opschieten met onze vader. Fauzi leidt een project in Marokko, waar hij ook woont. Jihad probeert bij te springen waar mogelijk, maar zij is benoemd in een landelijke commissie van de regering, naast haar baan als directeur van een welzijnsinstelling in Enschede, dus eigenlijk is haar beschikbaarheid beperkt. Ze vond het altijd wel het heel erg dat ze niet méér kon bijdragen. Op een dag brak mijn vader zijn heup en werd hij opgenomen in het ziekenhuis en werd hij daarna naar een verzorgingshuis gestuurd tot hij weer in staat zou zijn zichzelf thuis min of meer te redden. Voor mijn vader was deze gedachte even wennen, want hij had verwacht bij één van de kinderen thuis te kunnen worden opgevangen. Dat was lastig, omdat niemand zich vrij kon maken om de

juiste zorg te bieden. Tijdens onze bezoeken aan het verzorgingshuis vertelde hij (en zagen wij) wat hij miste; het contact met landgenoten, de taal, het eten, de activiteiten en muziek. Dit was niet wat wij wilden. Ik en mijn zus Meryem hebben toen besloten om hem uiteindelijk toch maar in huis te nemen en zelf voor hem te zorgen. Meryem nam hiervoor onbetaald verlof op, en ik zette mijn werk in de gemeenteraad op een laag pitje. Tegenover gasten vertelde onze vader over zijn ervaringen in zorghuis en vertelde dat hij niemand toewenste om in een dergelijke situatie te komen. Ook vertelde hij zijn eigen ouders nooit in zo 'n zorghuis zou willen laten verzorgen, maar dat hij wel zag dat de tijden aan het veranderen waren. In onze religie en cultuur is het gewoon onze plicht om voor onze ouders te zorgen en eigenlijk ben ik het daar ook mee eens. Maar het is in ons geval zo moeilijk. Nu gaat het nog wel, maar de keuzes die daarbij horen zijn niet altijd voor langere tijd haalbaar. Meryem heeft haar baan tijdelijk opgegeven, maar hoe lang zou ze dat volhouden, met opgroeiende kinderen, een hypotheek en een druk sociaal bestaan. Met vader ging het eigenlijk steeds slechter daarna, hij bleek ook nog eens ernstig ziek te zijn. Toen hoorden we van een zorghuis, Zorghuis Şefkat. We gingen op bezoek en werden hartelijk ontvangen door de directeur. De aanpassingen in het aanbod om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de levensweg van Turkse en Marokkaanse ouderen maakten grote indruk op ons. We hebben toen snel het besluit genomen om hem daar te laten verzorgen. Ik denk dat onze vader daar de zorg krijgt die hij verdient en ook die beslissing hoort bij het verantwoordelijkheid nemen richting je ouders.

Behoeften: veiligheid, ondersteuning, aandacht, zingeving en activering, lichamelijk welzijn, contact, begrepen zijn

### **2.3 Cliëntverhaal: zou ze nog geleefd hebben?**

Nevin, 38, geboren in Denizli-Turkije, getogen in Amersfoort

Ik heb er echt alles voor gedaan om te zorgen dat mijn moeder een goede oude dag zou hebben. Ik had me ingeschreven voor kangoeroe- woningen, en die ook gekregen, zodat ik elke dag bij mijn moeder langs kon gaan. Maar toen ze begon te dementeren, ben ik parttime gaan werken. Met hulp van de intensieve en betrokken thuiszorg ging het een tijd lang heel aardig.

Maar toen mijn moeder uiteindelijk geen Nederlands meer sprak en begon weg te lopen, was het niet meer houdbaar. De thuiszorg kon niet garanderen dat de medewerkers Turks zouden spreken. Als mijn moeder het huis uitliep, moesten ze haar fysiek tegen houden omdat de thuiszorgmedewerkers niet meer met haar konden communiceren. Dat liep uit de hand.

Dus kwam mijn moeder in een verzorgingshuis terecht. Niemand was daar Turks. Ik ging op bezoek zo vaak ik kon, maar ik zag mijn moeders toestand achteruit hollen. Ze kreeg geen prikkels meer en zat daar maar tussen de andere bewoners, ineengedoken in een stoel. Uiteindelijk overleed ze na zeven maanden, zodat ik me tot op heden afvraag of ik er wel

goed aan heb gedaan haar niet in eigen huis op te vangen, en of ze dan nog geleefd zou hebben.

Behoeften: ondersteuning, zingeving en activering, lichamelijk welzijn, contact, gemeenschappelijkheid, veiligheid

## **2.4 Cliëntverhaal: de kinderen niet tot last zijn**

Yusuf, 68 jaar, geboren in Kars, 40 jaar in Gouda gewoond

Ik woon nu al tien maanden in het verzorgingshuis 'Het Engeltje'. Ik heb hier zelf op aangedrongen, omdat ik wel zag dat het voor de kinderen een te grote belasting was om voor mij te zorgen. Mijn kinderen zijn succesvol in hun werk, en ik heb daar hard voor gewerkt. Uiteindelijk ben ik naar dit land toegekomen om voor hen een betere toekomst te garanderen. Een van mijn dochters is arts geworden terwijl ik nog op haar leeftijd schapenherder in Anatolië was. Ik heb altijd keihard gewerkt zodat mijn kinderen het beter zouden hebben dan mij, en dat is me gelukt. Nee, ik ben een tevreden mens en ik ga mijn kinderen niet belasten met mijn eigen problemen: dat heb ik nog nooit gedaan. Maar ik voel me wel eenzaam in dit huis. Ik wil dit niet laten merken aan kinderen, maar het is wel zo. In het begin probeerde ik mensen nog te vertellen hoe het vroeger was in Anatolië, maar ze waren of niet geïnteresseerd, of ze behandelden me daarna alsof ik achterlijk ben. Ik kan alleen niet meer goed bewegen, maar mijn hersenen doen het prima! Als ik daarop reageerde door te vertellen dat mijn dochter arts was en mijn zoon advocaat was, vonden ze mij maar een opschepper en zeiden het ook nog! Ik vertel maar niets meer. Ik mis het bovendien om in mijn eigen taal te kunnen spreken. Vroeger liep ik elke dag het Turkse koffiehuis binnen. Nu ben ik afhankelijk van de kinderen om me volwaardig te kunnen uitdrukken, de rest van de dag moet ik het doen met mijn beperkte Nederlands. Ik heb ook nooit tijd gehad om de taal te leren door het harde werken. Soms is het dus best wel saai hier. Toen de familie uit Duitsland langs kwam, was het een geweldige week geweest. Ze waren er elke dag en oh, wat hebben we veel bijgepraat en wat hebben we gelachen. Daarover is echter geklaagd door de andere bewoners die probeerden een rustig kaartje te leggen in de zaal. Nu is de nieuwe regel ingesteld dat je met maximaal drie bezoekers op zaal mocht zitten. Ik weet niet hoe ik dat ga oplossen als ze de volgende keer weer willen komen.

Behoeften:

Betekenis, waardering, vriendschap, contact, gemeenschappelijkheid, begrepen zijn, veiligheid

## 2.5 Medewerker verhaal: trots op je werk

Rabia en Diana zijn verzorgende in opleiding

Nederlanders met een Marokkaanse of Turkse afkomst kiezen niet zo vaak voor een toekomst in de zorg. Dat is jammer. Omdat de vraag naar 'multiculturele handjes aan het bed' steeds groter wordt bijvoorbeeld. Diana Bilgin en Rabia Cikrak-Avci zijn twee van die 'verzorgenden in opleiding' die een bewuste keuze voor Şefkat maakten.

Zowel Rabia als Diana hadden geen specifieke zorgopleiding gevolgd voordat ze in aanraking kwamen met Şefkat. Diana had altijd al belangstelling voor een baan in de zorg maar om allerlei redenen kwam het er nooit van. Rabia had werken als verzorgende zelfs nooit serieus overwogen. Totdat ze via een re-integratie traject met de plannen voor het zorghuis voor Islamitische ouderen in aanraking kwam. 'Ik was meteen verkocht. Ik wist dat mijn vooropleiding niet aansloot, maar ik heb de gok gewaagd. En daar heb ik geen moment spijt van gehad. Ik wil namelijk iets betekenen voor de mensen die ik het beste ken, waar ik iets gemeenschappelijks mee heb. Nu hoop ik dat ik de komende drie jaar kan afronden, zodat ik aan de slag kan gaan bij Zorghuis Şefkat.' Diana hoorde voor het eerst van Şefkat in de Bossche Moskee. 'Ik heb altijd al in de zorg willen werken,' vertelt ze, 'zorghuis Şefkat gaf mij een laatste duwtje in de rug om in deze sector aan de slag te gaan. Ik getrouwd ben met een Turkse man en voel me daardoor extra verantwoordelijk voor deze ouderen. Ook met mantelzorg ben ik niet onbekend. Je krijgt in de Turkse cultuur als verzorgende veel met familie te maken. Dit schrikt anderen misschien af, maar ik zie het als een uitdaging.'

Diana en Rabia zijn erg enthousiast over het initiatief om een cultuurspecifiek zorghuis voor Turkse en Marokkaanse ouderen op te richten. "In één woord fantastisch!", zegt Rabia. 'Ik vind dat de reguliere zorghuizen niet geschikt zijn voor allochtone moslim ouderen. Er wordt te weinig rekening gehouden met bijvoorbeeld het eten of de levenswijze. Ik denk dat de ouderen niet goed begrepen worden, terwijl de autochtone verzorgers daar toch erg hun best voor doen. Met de komst van Şefkat kunnen meer mensen van mijn generatie hun ouders met een gerust hart achterlaten in het nieuwe zorghuis.' Ook Diana vindt de komst van Şefkat noodzakelijk. 'Şefkat is momenteel hard nodig.' vertelt ze. 'Omdat allochtonen van mijn generatie onder grote druk komen te staan. Ze willen hun ouders graag verzorgen, maar kunnen het niet meer aan in verband met werkdruk en de zorg voor de eigen kinderen. Zorghuis Şefkat kan straks ouderen in hun eigen bekende setting verzorgen. Daardoor kunnen de kinderen hun ouders met een gerust hart overdragen aan de professionele zorg van mensen zoals ik.'

Behoeften:

Benutten van kwaliteiten, betekenis, waardering, respect, verbondenheid, vriendschap, meedoen, zelfredzaamheid, ondersteuning, meetellen, contact, gemeenschappelijkheid, nabijheid, samenwerking, communicatie

## **2.6 Conclusie: Şefkat door de ogen van de cliënten**

Şefkat heeft nog geen klanten, we zijn nog niet open. Maar de bovenstaande verhalen illustreren heel goed waar we voor willen gaan. De meerwaarde van Şefkat is een omgeving waarin mensen hun bijzondere levensweg zo goed mogelijk kunnen voortzetten. Daarbij hoort geborgenheid, goede en passende zorg en aandacht voor de culturele achtergrond.

Het belangrijke effect van Şefkat is dat de spanningen tussen 2<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> generaties worden verminderd en dat cliënten de zorg krijgen die anderen ook krijgen.

Enkele belangrijke waarden of behoeften die Şefkat hierdoor vervult:

Benutten van kwaliteiten, betekenis, waardering, respect, verbondenheid, vriendschap, meedoen, aandacht, zingeving en activering, lichamelijk welzijn, zelfredzaamheid, ondersteuning, gekend zijn, meetellen, contact, gemeenschappelijkheid, nabijheid, samenwerking, communicatie, begrepen zijn, veiligheid

### 3 Business Model (BM)

In het Business Model van Şefkat staan de bouwstenen centraal die Şefkat modelleren in haar unieke nieuwe organisatievorm. Het beschrijven van deze bouwstenen heeft tot doel om deze nader aan te scherpen, nieuwe keuzes te maken en zo te komen tot een stabiel en volwassen organisatie-model zoals deze er in 2018 uitziet.

Vragen waarop het Business Model van Şefkat in dit hoofdstuk een antwoord op biedt zijn de volgende: in §3.1, wat bieden we onze cliënten (Product & Dienst)en, in §3.2, welke specifieke waarde voegen deze diensten toe? Naast deze *wat-vraag* is de *wie-vraag* van belang. In §3.3 wordt antwoord gegeven op de vraag aan wie Şefkat haar diensten aanbiedt (Klantsegmenten), in §3.4, hoe deze diensten de cliënten bereiken (Distributie-kanaal), en in §3.5, welke relatie Şefkat met haar cliënten heeft (Relatie).

Vervolgens is er naast deze *wat* en *wie* component ook de vraag *hoe* Şefkat dit aan haar cliënten aanbiedt oftewel middels welke infrastructuur. Hier geeft § 3.6 een antwoord op, en in de paragrafen 3.7 en 3.8 worden achtereenvolgens de benodigde Kernactiviteiten en Kerncapaciteiten benoemd, die benodigd zijn om binnen in Şefkat de diensten te organiseren. Vanzelfsprekend kan Şefkat het niet alleen. In §3.9 worden de samenwerkingsverbanden en partners van Şefkat beschreven met hun specifieke bijdrage aan Şefkat. Afsluitend volgen de conclusies en een aantal observaties over continuïteit en kopieerbaarheid van het organisatieconcept van Şefkat.

Een standaard Business Model kent daarnaast nog een beschrijving van de kostenstructuur en de opbrengsten. Deze komen separaat in het volgende hoofdstuk (organisatorische case) aan de orde.

#### 3.1 Producten en diensten

Şefkat biedt een intramurale zorgvoorziening voor mensen afkomstig uit Turkije en Marokko. Daarbij gaat het met name om zorg op somatisch en / of psychogeriatrisch gebied die in de thuissituatie niet (meer) geboden kan worden. Samen met de zorg willen we de mogelijkheid bieden om de levensweg welke men tot nu toe bewandeld heeft zo goed als mogelijk voort te zetten met de wetenschap dat wij in West-Europa wonen. Deze levensweg komt voornamelijk tot uitdrukking op gebieden zoals eten, religie, sfeer, woonomgeving e.d. en was of is niet voort te zetten in een regulier huis. In de aanpak worden elementen van het zorgsysteem uit het land van herkomst gecombineerd met het westerse zorgsysteem.

Deze zorgvoorziening zal verpleeghuis gerelateerde zorg bieden vanaf zzp 3 / 4 op het Lindendust terrein in Boxtel. Medio / eind 2012 starten we met de verzorging en verpleging van ongeveer 18 zorgvragers. Deze worden opgenomen met een CIZ-indicatie voor:

- Hulp bij huishoudelijke verzorging

- Hulp bij persoonlijke verzorging
- Verpleging (psychogeriatrisch en somatisch)
- Ondersteunende begeleiding
- Activerende begeleiding
- Behandeling
- Verblijf

Tegelijkertijd wordt er gestart met nieuwbouw van een zorghuis voor Turkse en Marokkaanse ouderen met een capaciteit van 64 zorgvragers. Ons zorghuis zal zijn eigen couleur locale hebben, maar vormt ook onderdeel van de Zorggroep Elde als overkoepelende organisatie. Op die manier benutten we de voordelen van een bijzonder huis en de voordelen van een groter geheel.

### **3.2 Toegevoegde waarde**

Binnen Şefkat, een intramurale zorgvoorziening voor mensen afkomstig uit Turkije en Marokko, bepalen de eigen keuzes van de cliënt de richting voor de zorg- en dienstverlening. Men heeft zelf de regie in handen en de zorg die de medewerkers leveren komt pas in beeld als de bewoners bepaalde activiteiten niet meer zelf kunnen uitvoeren. Wij streven ernaar dat onze bewoners zich goed voelen op zowel lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied. En niet het zorghuis staat daar bij centraal, maar de bewoner.

Voor de beoogde doelgroep is het een hele stap om zorg van een ander dan de familieleden aan te nemen. Daarom creëren we een eigen (t)huis dat zo dicht mogelijk aansluit bij de individuele levensweg (vertrouwde omgeving, rituelen, mensen e.d.) van deze ouderen. Door aan te sluiten op de levensweg verlenen we vraaggerichte zorg en cultuurgerichte zorg. Daarbij zijn de kunst en bereidheid om met de wensen van de klanten mee te "waven" cruciaal. Echter we zijn ons ook bewust van het hier en nu; dit bewustzijn bepaalt onze grenzen van vraagsturing.

Bijzonder aandacht is er voor het cultuurspecifieke aspect. Dit wordt geboden door mensen met kennis van geschiedenis, taal, verwachtingen en levenswijze van de bezoekers. Tevens kan er met hulp van deze contacten een basis gelegd worden in het vertrouwen en accepteren van zorg en begeleiding door anderen (professionals) dan alleen de kinderen. Door middel van advies en instructie wordt de zelfredzaamheid vergroot.

### **3.3 Doelgroepen (klantsegmenten)**

Met ons aanbod richten we ons op Turkse en Marokkaanse ouderen uit Noord-Brabant. We staan nu op het punt dat de 1e generatie migranten de leeftijd bereikt waarin men meer en meer zorg nodig heeft. Maar deze mensen vinden de weg naar de bestaande zorg niet omdat deze onvoldoende aansluit bij hun wensen en behoeften. Natuurlijk willen ouderen het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen en, als het niet anders kan, bij hun kinderen intrekken. Maar deze ouderen begrijpen in toenemende mate dat ze in de toekomst niet meer



automatisch en vanzelfsprekend op de zorg door (uitsluitend) hun kinderen kunnen rekenen. Zij zien in dat opname in een zorginstelling onvermijdelijk zal kunnen zijn. Daarbij is gevraagd naar hun voorkeur van alternatieven. Een groot gedeelte van deze ouderen blijkt te kiezen voor een cultuurspecifieke woon-zorgvoorziening die aansluit bij hun wensen en behoeften en die de mogelijkheid biedt de bewandelde levensweg zo goed mogelijk voort te zetten.

### **3.3.1 Marokkanen en Turken samen?**

De Turkse- en Marokkaanse ouderen komen natuurlijk uit verschillende landen. De afstand tussen Casablanca en Istanbul is 3321 km. De Turken zijn vooral een Aziatisch volk, de Marokkanen zijn Noord-Afrikanen. Er zijn dus logischerwijs verschillen tussen Turkse- en Marokkaanse ouderen. De overeenkomsten zijn echter in ruime mate aanwezig. Allereerst delen de 2 groepen een migratiegeschiedenis in Nederland. Ze hebben voornamelijk dezelfde motieven en dezelfde levensweg gehad. Daarnaast hebben ze vaak jarenlang in dezelfde wijken gewoond. Religie is een belangrijke factor en Marokkanen en Turken hangen allebei voornamelijk de Islam aan. Tradities, gebruiken en gewoonten voortkomend uit religie hebben de 2 groepen gemeen. Er zijn genoeg aanknopingspunten om met een passend zorgaanbod te komen binnen het zorghuis Şefkat. Sowieso is het individuele zorgplan leidend.

### **3.3.2 Anders oud worden**

Turkse- en Marokkaanse ouderen worden anders oud vanwege hun migratiegeschiedenis. Vaak zijn ze in de bloei van hun leven naar Nederland gekomen en hebben lange tijd te veel gewerkt. Er was weinig afwisseling sociaal gezien, want de belangrijkste doelstelling was het sparen van geld zodat een beter leven in het moederland gewaarborgd zou zijn. Het leven werd als het ware "uitgesteld". De kwaliteit van het leven werd en wordt anders beleefd. Zuinigheid en soberheid hadden daarbij een belangrijke plaats. Er was vaak sprake van veel heimwee, zich niet erkend, herkend of geaccepteerd voelen. In Nederland hoorden ze tot de laagste sociale klassen. Ze hebben vaak geen opleiding, zijn weinig geïntegreerd en hebben lange tijd alleen maar terugkeer naar het moederland als doel gehad. In Nederland hebben ze vooral zwaar en laaggeschoold werk gedaan. Ook de verwachtingen ten aanzien van de kinderen kwam niet altijd uit. Bovenop de natuurlijke generatiekloof ontstond ook nog een cultuurkloof. Turkse- en Marokkaanse ouderen zijn door al deze factoren sneller oud geworden. Ook worden Turkse- en Marokkaanse ouderen bovengemiddeld getroffen door Alzheimer en Parkinson. Dit komt van een combinatie van genetische maar ook levensstijl factoren. De groep van de ouderendoelgroep begint in de Turkse- en Marokkaanse gemeenschap daardoor bij de leeftijd van 55.

### 3.3.3 Grootte en groei van de doelgroep

Het aandeel allochtonen per gemeente verschilt sterk in Noord-Brabant: in Eindhoven is het aandeel niet-westerse allochtone met 14,6% het grootst, in Aalburg is het aandeel met 0,9% het kleinst (overgenomen van Palet CBS, 2007). De percentages zijn in afzonderlijke dorpen en steden te klein om een eigen multicultureel zorghuis te kunnen creëren.

Ons zorghuis in de gemeente Boxtel richt zich daarom op alle Turkse en Marokkaanse ouderen uit de provincie Noord Brabant en wellicht in de toekomst op alle Turkse en Marokkaanse ouderen van beneden de rivieren.

De volgende tabel geeft de bevolkingsopbouw van ouderen in deze regio weer:

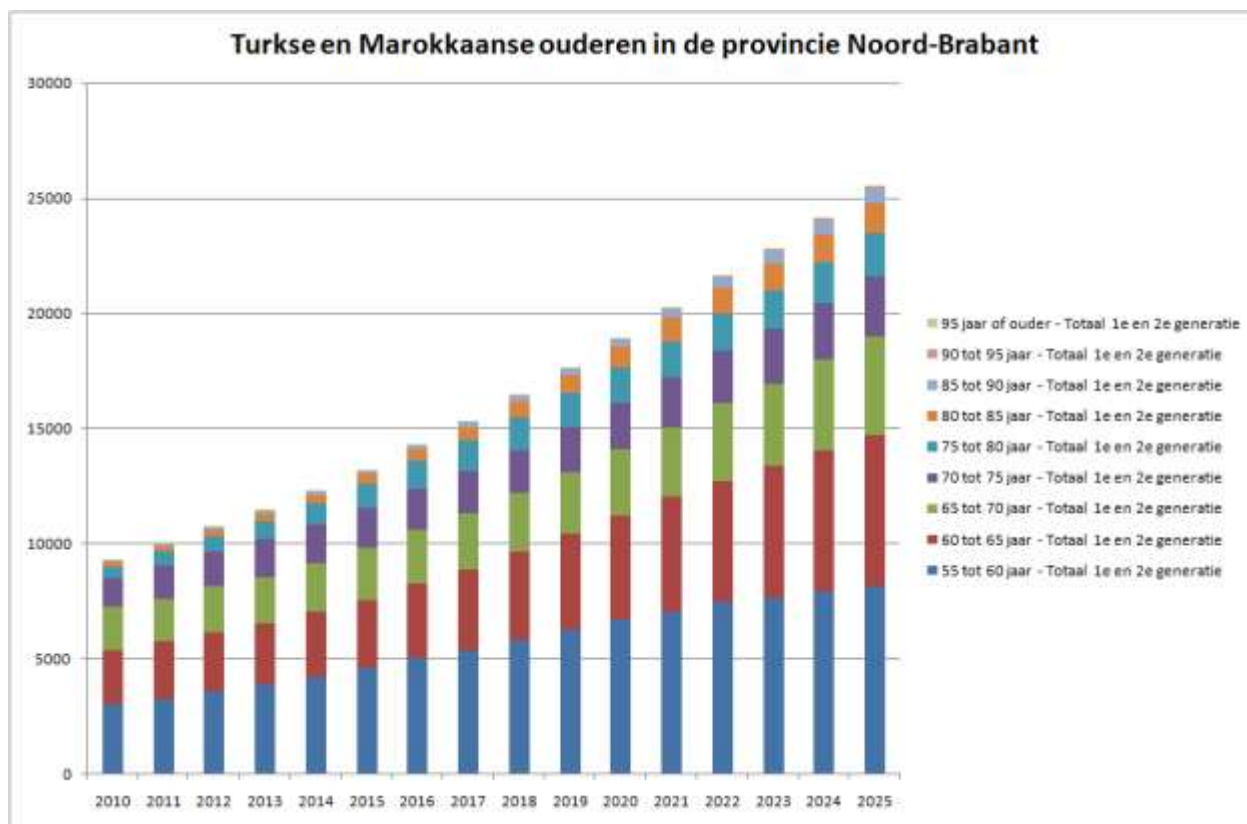
<b>Categorie</b>	<b>55-60 jaar</b>	<b>60-65 jaar</b>	<b>65-70 jaar</b>	<b>70-75 jaar</b>	<b>75-80 jaar</b>	<b>80-85 jaar</b>	<b>85-90 jaar</b>	<b>90 jaar of ouder</b>	<b>Totaal</b>
<b>Populatie</b>	2061	2133	2069	862	251	62	16	9	7463

Tabel 1: Turken en Marokkanen vanaf 55 jaar<sup>1</sup> woonachtig in Noord Brabant, 1 januari 2007, volgens Palet CBS.

Uit onderzoek (bron: ActiZ) blijkt dat van 5000 ouderen 250 (= 5%) een mogelijke indicatie krijgen. Als we uitgaan van 5% (van 7463) betekent dat 373 Turkse en Marokkaanse ouderen een mogelijke indicatie krijgen voor zorghuis Şefkat.

De volgende grafiek geeft de verwachte groei van Turkse en Marokkaanse ouderen in de provincie Noord-Brabant geeft:

<sup>1</sup> De 1e generatie Turken en Marokkanen hebben (fysiek) zware banen gehad. Daarom is de verwachting dat ze jonger in de zorg terecht komen dan Nederlandse ouderen in het algemeen.



### 3.4 Interactie (distributiekanaal)

Nu bekend is *wat* oftewel welke producten Zorghuis Şefkat biedt en aan *wie* of welke klantensegmenten Şefkat bedient is het van belang aandacht te besteden aan het *hoe*. Hoe worden de diensten van Şefkat aan de cliënten geleverd of gedistribueerd? Dan kan via verschillende kanalen. Het meest gebruikelijke kanaal, ook binnen Şefkat, is een dienst 'face to face' ofwel *in persoon* te verlenen, via gesprek, gebaren of aanraking/handwerk. Hiervoor is het zorghuis zelf als fysieke locatie (3.4.1) vanzelfsprekend zeer belangrijk. Maar van juist onze doelgroep is bekend dat zij nauwelijks zelf in contact treden met zorgverleners. Extra aandacht voor het bereiken van onze toekomstige cliënten (3.4.2) is dus cruciaal.

#### Fysieke locatie Sefkat

In 2012 starten we met de verzorging en verpleging van ongeveer 18 zorgvragers in de voormalige locatie Lindenlust in Boxtel. Drie vleugels van deze locatie zijn op dat moment helemaal toegesneden op cliëntgerichte, cultuurspecifieke zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen. Momenteel zijn we volop in onderhandeling met de gemeente Boxtel over de daadwerkelijke invulling van de locatie.

De situatie is zo dat gemeente Boxtel mee lijkt te gaan werken met het initiatief en samen met ons de plannen verder uit wil werken. Het komende jaar zal gebruikt worden om vooral de tijdelijke huisvesting in orde te maken zodat in 2012 daadwerkelijk gestart kan worden.

Verder zal in de loop van 2010 het programma van eisen duidelijk worden. Voor een sfeerimpressie en een globale beschrijving is er een notie van de architect beschikbaar.

### **3.4.1 Bereiken van cliënten**

Wij leggen de nadruk op persoonlijke benadering van de Turkse en Marokkaanse ouderen, hun directe omgeving en zelforganisaties in de regio Tilburg, Den Bosch en Eindhoven, om hen te informeren over het Turks- Marokkaans zorghuis en een relatie op te bouwen. Deze relatie is gebaseerd op wederzijds vertrouwen, waar de afgelopen jaren al volop in is geïnvesteerd. Mensen moeten kennismaken met het nieuwe concept en er dient vertrouwen (bij de doelgroep) en goodwill (bij instellingen en doorverwijzers) gecreëerd te worden. Belangrijk daarbij is de authentieke houding van de zorgorganisatie en diens vertegenwoordigers. Dat betekent ECHT willen begrijpen, ECHT problemen erkennen, ECHT wensen serieus nemen en hierover samen in gesprek willen gaan om tot een gezamenlijke oplossing te komen. We onderscheiden hierin verschillende doelgroepen, zoals regionale doorverwijzers (huisartsen, gemeentes (WMO-loketten), Turkse en Marokkaanse zelforganisaties en landelijke doorverwijzers (zoals GAAZ, GGD, zorgkantoren, CIZ). Maar ook Turkse en Marokkaanse individuen die op wat voor manier dan ook contact hebben gehad met de Zorggroep Elde.

### **3.5 Relatie (klantrelatie)**

De relatie met de klant komt tot stand in de directe zorgverlening. Na een uitgebreide intake en behoefte-indicatie, weten cliënten wat ze kunnen verwachten. De klantrelatie is gebaseerd op gelijkwaardigheid, respect, professionele autonomie van de zorgverlener gecombineerd met de persoonlijke autonomie van de cliënt, belevingsgericht werken, presentie en oog en oor voor de bijzondere levensloop en leefstijl van de cliënt.

#### **3.5.1 Versterking van de relatie**

De relatie is ondermeer versterkt door continue met de doelgroep in gesprek te gaan en te betrekken bij de ontwikkeling van het zorghuis. Door middel van de diverse werkgroepen, klankbordgroepen en cliëntenraden ontstaat er een gezamenlijk doel en een gezamenlijke verantwoordelijkheid om te komen tot realisatie van Zorghuis Şefkat. De leden van de werkgroepen participeren volop in de Turkse en Marokkaanse gemeenschappen en versterken het netwerk wat een bijdrage levert aan het bestendigen van de relatie. De ervaring leert dat de huidige 12 leerlingen uit de doelgroep aantrekkingskracht hebben op potentiële leerlingen. Ze zorgen er ook voor dat er meer gepraat wordt over de zorg. Verder is er een kickoff georganiseerd met de Provincie Noord-Brabant en andere zorgaanbieders om de goede bedoelingen en doelstellingen van Şefkat uit te dragen.

### 3.5.2 Rollen binnen Şefkat

Binnen Şefkat zijn er diverse rollen te benoemen die ieder specifieke aandacht vragen.

Zorgverlener – Cliënt :

Als vanzelfsprekend is dit een professionele relatie, echter wij moeten niet uit het oog verliezen dat de Turkse en Marokkaanse gemeenschap relatief klein is. Het is zeer vaak 'het ons kent ons' en zal er regelmatig een beroep gedaan worden om iets te doen via het informele netwerk. De druk die hierbij uitgeoefend kan worden, moet niet onderschat worden en hiervoor zal zeker structureel aandacht moeten zijn. Ook is het niet uitgesloten dat men gebruik maakt van bestaande culturele hiërarchieën. Met andere woorden; een oudere moslim man kan op basis van zijn autoriteit een verzorgende op een vrij dwingende manier iets vragen / eisen.

De druk kan zeker ook via de mantelzorgers vergroot worden en zal regelmatig via het netwerk bij de verzorgende terecht komen. De verzorgende zal zich steeds bewust moeten zijn van de professionele rol die zij in moet nemen. Ondersteuning vanuit de lijn zal hierbij zeker noodzakelijk zijn.

Mantelzorger – Cliënt:

De mantelzorger zal zeker in de beginfase zeer veel ondersteuning nodig hebben. Vanuit de gemeenschap zal deze vragen kunnen krijgen waarom ze vader of moeder niet zelf verzorgen en of er echt niets te regelen was. De mantelzorger zal zich moeten verdedigen waarom er nu niet voor de verwant gezorgd wordt, terwijl deze dat wel altijd voor de kinderen gedaan heeft. Gewoontes en tradities worden niet voortgezet.

De cliënt, veelal de vader of moeder heeft een belangrijke positie binnen het gezin en aan verwachtingen, vragen en eisen zal men zoveel als mogelijk tegemoet komen. Echter, als dat niet altijd meer mogelijk is, bijvoorbeeld ten gevolge van ziekte, zal er veel informatie, ondersteuning en voorlichting geven moeten worden aan de gemeenschap wat van essentieel belang is. Maar ook de mantelzorger zal ondersteund moeten worden in het vinden van zijn weg binnen een professionele zorginstelling.

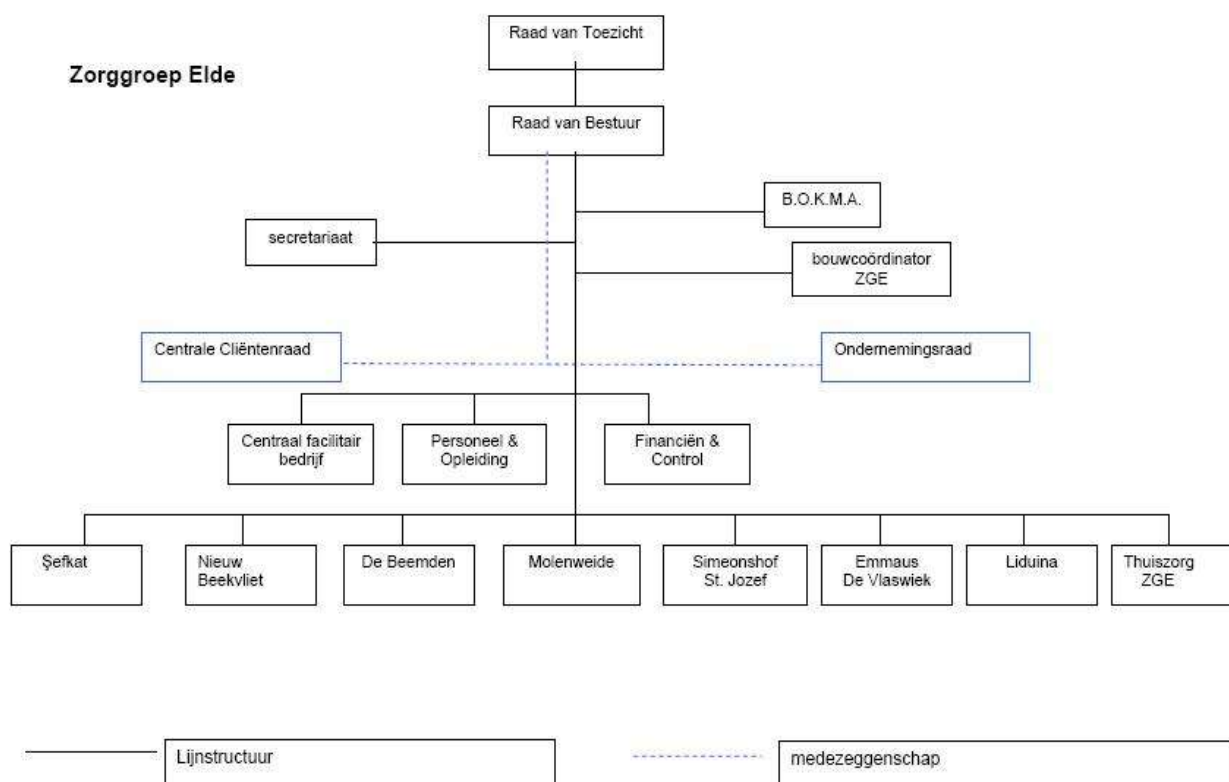
Zorgverlener – Mantelzorger:

De zorgverlener zal, zoals hierboven al is beschreven, veel aandacht moeten hebben voor het begeleiden en ondersteunen van de mantelzorger. Door deze ten eerste bij het zorgproces te betrekken. Maar ook door deze mantelzorger te helpen grenzen aangeven. Ook hier is een professionele houding van essentieel belang. Tijdens de reflectie-gesprekken met de leerlingen schenken wij hier op dit moment veel aandacht aan.

### 3.6 Infrastructuur

Ons zorghuis zal zijn eigen couleur locale hebben, maar is ook onderdeel van de ZGE als grote organisatie. Op deze wijze benutten we de voordelen van een bijzonder huis en de voordelen van een groter geheel.

De juridische en organisatorische structuur ziet er als volgt uit:



versie 23-11-2009

*Organisatiestructuur op het moment dat Şefkat operationeel zal zijn*

De organisatiestructuur van Şefkat zal daar waar mogelijk hetzelfde zijn als bij alle ander locaties binnen ZGE met dien verstande dat er over de onderstaande onderwerpen het komende jaar nog goed nagedacht moet worden.

Er zal iemand de dagelijkse coördinatie moeten hebben van Şefkat. Dit zal iemand moeten zijn met kennis van de diverse culturen en de daarbij behorende sensitiviteit, maar zal ook iemand moeten zijn met autoriteit. De Marokkaanse en Turkse gemeenschap denkt over het algemeen nog vrij hiërarchisch.

Deze coördinator hoeft niet perse een verpleegkundige te zijn. Daarna moet er goed worden nagedacht of wij met één of met twee teamleiders moeten gaan werken (Marokkaans en Turks). Dit hangt echter wel samen met de verder organisatie structuur. Gebruikelijk binnen ZGE is dat men werkt met verzorgenden die eerste verantwoordelijke zijn voor het coördineren van zorg. De vraag is nu, en wij zijn hier op dit moment nog niet over uit of evv-ers opgewassen zijn tegen de druk die er ongetwijfeld zal komen. Verder zal er in 2010 bekeken gaan worden hoe dat de diverse functies verder ingevuld zullen gaan worden.

### **3.7 Kernactiviteiten**

Naast de "gewone" zorg- en verpleegaspecten zoals die geboden worden binnen reguliere zorginstellingen, zal er binnen Şefkat extra aandacht zijn om alle hiervoor genoemde aspecten te plaatsen in de juiste context met betrekking tot de levenslijn en verwachtingen van de cliënten / bewoners van Şefkat. Waarbij voor de volgende cultuurspecifieke componenten extra aandacht nodig is.

*- Aangepast eten;*

Van wezenlijk belang zal zijn dat er halal-maaltijden aangeboden worden maar ook producten die men wenst te eten. Ook de tijden en de manier van het aanbieden van de maaltijden komt volledig terug in het gastvrijheidsconcept wat een rode draad zal zijn binnen de totale zorg- en dienstverlening (tzt Notitie)

*- Aanwezigheid van medebewoners en personeel uit de eigen etnische groep;*

Het kunnen delen van een levensgeschiedenis, samen activiteiten kunnen doen, samen kunnen praten over dingen die je gemeenschappelijk hebt. Daarbij wonen in een omgeving waarin je je thuis voelt, jezelf herkent en erkent voelt. Daarbij ook ondersteund worden door personeel dat begrip heeft en kennis van de "bijzondere" levensweg. Dit zal velen doen opbloeien. Niet alleen de bewoners, maar ook de directe verwanten zullen dit als waardevol. (tzt notitie)

*- Begrip en kennis van de bijzondere levensweg (maar ook kennis van de geschiedenis);*

Om iemand goed te kunnen verzorgen en begeleiden, is het van belang dat het personeel kennis heeft van de levensweg van de cliënten. Hoe is men in Nederland terecht gekomen, wat waren de motieven etc. Voor de medewerkers van Şefkat zal dit bekend en invoelbaar moeten zijn (tzt notitie)

*- Mogelijkheid tot het uitoefenen van de eigen godsdienst (en personeel dat dit begrijpt en respecteert);*

De meeste cliënten van Şefkat ( +/- 98%) zal moslim zijn. Dat wil echter niet zeggen dat Şefkat een huis zal zijn waar de islam DE leidraad zal zijn van het totale handelen. Goed is om te beseffen dat een ieder zijn geloof op een eigen bijzondere en te respecteren manier invult. De religie van de bewoners zit ook voor een groot deel verweven in de cultuur van de cliënten van Şefkat en zal dus een onderdeel zijn van het dagelijks leven. De geestelijk verzorger zal over de capaciteiten moeten beschikken om een ieder op zijn eigen individuele

wijze goed te kunnen begeleiden. Vanzelfsprekend zal er ook aandacht zijn voor religieuze vieringen en feestdagen en zal er een moskee aanwezig zijn (tzt notitie).

- *Aanwezig zijn van aandacht (in het algemeen) voor de eigen cultuur;*

Je gerespecteerd voelen in hetgeen je bent, zonder je continu te moeten aanpassen, is een waardevol element van het dagelijks leven, mogen zijn wie je bent zonder je steeds een uitzondering te moeten voelen of een "vreemde eend" in de bijt te zijn draagt bij aan het algemeen welbevinden.

- *Herkenbare aankleding;*

Kunnen leven in een omgeving die je kent samen met mensen die herkenbaar zijn zal een gevoel van geborgenheid met zich meebrengen. (zie notitie)

- *Ruimte om grote families te ontvangen;*

De familiebanden zijn over het algemeen vrij hecht binnen de Marokkaanse en Turkse gemeenschap. Verder heeft men familieleden wonen verspreid over geheel Nederland en wellicht Europa. De mogelijkheid bieden om deze families tegelijkertijd te ontvangen zal een men als een duidelijke meerwaarde ervaren. Ook de mogelijkheid om families mee te laten eten, mogelijkheid om te bidden en wellicht om te blijven overnachten zal het beeld versterken dat men zich thuis voelt.

- *Het bieden van een andere vorm van lichaamshygiëne.*

Rekening dient gehouden te worden met het feit dat men wellicht ander behoefte heeft met betrekking tot lichaamshygiëne. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat men zich door de week over het algemeen maar summier wast, maar wel één keer per week zeer uitgebreid gebruik maakt van de Hamam. Ook de rituele wassing voor het gebed zullen indien gewenst ondersteund moeten worden. (tzt notitie)

- *Welzijnsactiviteiten die aansluiten met de wensen van de doelgroep.*

Zoals uit alle aspecten blijkt, zal er geïnvesteerd worden om een omgeving aan te bieden waarin de cliënten van Şefkat zich thuis en begrepen voelen. Dit zal als vanzelfsprekend ook voor de welzijnsactiviteiten zo zijn. Samen naar muziek kunnen luisteren, naar tv. kunnen kijken ( naar programma's die herkenbaar zijn) maar ook activiteiten kunnen doen die herkenbaar zijn zullen ook bijdrage aan het algemeen welbevinden.

- *Geestelijke verzorging*

De geestelijke verzorging van Turkse- en Marokkaanse ouderen zal een andere zijn dan in reguliere huizen. De Turkse- en Marokkaanse ouderen zijn veelal Islamitisch en hebben vanuit hun cultuur ook een andere kijk op zaken die met leven en dood, kwaliteit van het leven en behandelmethoden te maken hebben. Op dit moment wordt een leidraad Geestelijke Verzorging voor Turkse- en Marokkaanse ouderen voorbereid waarin palliatieve zorg, palliatieve sedatie en de taken/activiteiten van een Geestelijk Verzorger zou moeten zijn.



*- Dagverzorging*

Vanuit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap kwamen signalen dat er een grote behoefte is aan een dagverzorging voor Turkse- en Marokkaanse ouderen. Deze ouderen maken geen gebruik van het aanbod van de reguliere dagverzorging, omdat deze niet aansluit op de behoeften die zij hebben. Nu zijn er in Noord Brabant al enkele dagverzorgingsprojecten gestart voor allochtone ouderen (Tilburg en Breda) maar in 's-Hertogenbosch gebeurde op dit terrein helemaal niets.

Turkse en Marokkaanse ouderen komen uit een cultuur, waarin de zorg voor ouderen op de schouders van de kinderen rust. Met name (schoon-)dochters zetten zich volledig in om deze ouderen te ondersteunen. Deze zorgopvatting past niet goed meer bij het leven in Nederland en bij hetgeen hun kinderen, druk met het opbouwen van hun bestaan in Nederland, nog kunnen bieden.

Een dagverzorging die specifiek gericht is op bovengenoemde doelgroepen kan enigszins de verlichting bieden die dringend nodig is. Het is goed als de vraag om zorg en begeleiding zo kan worden opgelost, dat de Turkse en Marokkaanse ouderen zich (h)erkend voelen in hun specifieke behoeften, terwijl hun kinderen zich met een gerust hart en zonder schuldgevoel kunnen wijden aan de eisen die de Nederlandse samenleving aan hen stelt.

Bij de dagbegeleiding staan sociale contacten voorop. Professionele Turkse en Marokkaanse medewerkers vanuit Zorggroep Elde zorgen samen met de bezoekers en vrijwilligers voor een afwisselend programma. Dit zijn zowel individuele als groepsgerichte activiteiten. Bij deze activiteiten houden wij zoveel mogelijk rekening met (cultuur)specifieke wensen, eigen inbreng en beleving. Daarnaast is er aandacht voor beweging en ontspanningsactiviteiten zoals koken, muziek, uit de Koran lezen en het luisteren naar verhalen.

Bijzondere aandacht is er voor het cultuurspecifieke aspect. Dit wordt geboden door mensen met kennis van geschiedenis, taal, verwachtingen en levenswijze van de bezoekers. Tevens kan er met behulp van deze contacten een basis gelegd worden in het vertrouwen en accepteren van zorg en begeleiding door anderen (professionals) dan alleen de kinderen. Door middel van advies en instructie kan de zelfredzaamheid wellicht worden vergroot.

*- Opleiden van Turkse- en Marokkaanse leerlingen*

De Zorggroep Elde heeft 15 leerlingen geworven van voornamelijk Turkse- en Marokkaans komaf. Deze leerlingen hebben vanaf het begin de aandacht van de projectgroep. We hopen dat deze mensen na 3,5 jaar uitstromen om aan de slag te gaan als verzorger en dan natuurlijk het liefst bij Zorghuis Şefkat. De resultaten zijn op dit moment veelbelovend. De projectgroep wil het personeelsbestand van het nieuwe zorghuis voor de helft uit Turkse en Marokkaans-Nederlandse collega's laten bestaan. Zo kan ook de Zorggroep Elde leren wat het betekent om Turkse en Marokkaanse zorgvragers te verzorgen. Tijdens de extra begeleiding van de allochtone leerlingen, leren we veel over hoe we divers personeel kunnen aantrekken, maar ook hoe we deze kunnen behouden. Één van de leermomenten was de noodzaak om de aangenomen leerlingen weerbaarder te maken voor de vele vragen die ze van hun collega's uit het werkveld krijgen.

Als gevolg van de ervaringen vanuit het huidige opleidingstraject, is besloten om nog eerder te starten met het bijsturen van de leerlingen. Vooral ook omdat de eerste weken juist het zwaarst zijn.

*- Cliëntenraad*

Alhoewel Şefkat nog niet geopend is, heeft de Zorggroep Elde een cliëntenraad opgezet. In de cliëntenraad zitten mensen uit de doelgroepen zelf die zich richten op de praktische invulling om kwalitatief goede cultuurgerichte zorg te bieden. Daarnaast denkt de cliëntenraad mee ten aanzien van de bijzondere benadering van de potentiële doelgroepen qua personeel en cliënten. De samenstelling van de begeleidingsgroep bestaat uit Turkse/- en Marokkaanse mensen uit verschillende steden in Noord-Brabant.

*- Bouw*

De Zorggroep Elde wil in 2012 Zorghuis Şefkat openen voor 18 zorgvragers. Dit aantal zal oplopen tot aan de opening van de nieuwbouw in naar verwachting 2016. Bij de bouw, verbouwing van de locatie en inrichting is het belangrijk rekening te houden met de wensen van de Turkse- en Marokkaanse ouderen. Hierna volgen enkele aandachtspunten.

1. Het op te stellen programma van eisen zal in grote lijnen de Prestatie-eisen volgen zoals die in het verleden zijn vastgesteld door het voormalig College Bouw Zorginstellingen te Utrecht. Deze eisen spreken zich uit over minimale gebruiksoppervlaktes voor individuele woon slaapkamers, sanitaire ruimtes, gemeenschappelijk te gebruiken ruimtes, zoals woonkamers, donorfuncties zoals teamkamers, linnenkamers, speelruimtes etc. Bovendien dient hierin een keus gemaakt te worden inzake het aantal bewoners per groep, en de relatie tussen de groepen onderling, met name uit een oogpunt van exploitatieconsequenties. Op voorhand lijkt – uit een oogpunt van toekomstgerichtheid en intrinsieke kwaliteit- de keuze voor éénbedskamers met individueel daaraan gekoppeld sanitair voor de hand liggend.
2. In kwantitatief opzicht zal het programma van eisen onderbouwd moeten worden vanuit demografisch onderzoek, marktonderzoek en exploitatie-eisen in aantallen kamers en aantallen groepen. Hierin onderscheidt dit zorgcentrum zich niet van andere (meer conventionele) huizen. Een bijzondere toevoeging aan het Programma van eisen zal bestaan uit een religieuze sacrale ruimte, i.c. een moskee en een wasruimte, i.c. de hammam. Hier wordt later verder op ingegaan.
3. Voor wat betreft het gebruik van de gemeenschappelijke woonkamers is het raadzaam of noodzakelijk deze te splitsen in een mannen- en vrouwengedeelte. Tevens dient onderzocht te worden of (bijvoorbeeld In het geval van het Turkse gedeelte van het zorghuis) bewoners uit Anatolië tot een zelfde woongroep zou kunnen behoren als die uit Istanbul. Of één en ander te realiseren is, hangt af van de aantallen, dus van de omvang van het gehele zorghuis. Overigens lijkt de uit deze eisen voortvloeiende gewenste differentiatie sterk op het principe van het toepassen van leefsfieren en in de meer conventionele (Nederlandse) huizen.

4. In kwalitatief opzicht dient het Programma van Eisen terughoudend te zijn waar het gaat over het maken van een Turkse of Marokkaanse uitstraling in structurele zin. Die terughoudendheid heeft alles te maken met de algemene noodzaak gebouwen te maken met een flexibele en neutrale structuur. Met andere woorden: hoe specifieker een gebouw, hoe minder bruikbaar voor andere gebruikers dan de beoogde.
5. het algemeen is het van belang vast te stellen dat het "eigene" in dit zorghuis niet te zoeken is in de architectuur van het gebouw maar wel in de afwerking, de inrichting, de kleurstelling, de materiaalbehandeling, de belichting, de geur en de toevoegingen. Een uitzondering op deze stelling betreffen uiteraard de sacrale ruimtes en de hammam. Deze functies zijn zo specifiek dat de kans gepakt moet worden om deze ook vorm te geven naar de traditie.
6. Vloeren in het complex zijn kleurrijk en exuberant. Het is mogelijk harde vloerbedekking in verkeersruimtes toe te passen, mits voorzien van veel motieven als versiering. Technisch is dit mogelijk: zowel in linoleumvloeren als in vinylvloeren. Voor wat betreft de vloerafwerking in sanitaire ruimtes geldt hetzelfde: zowel gietvloeren als tegelvloeren zijn goed uitvoerbaar met ingelegde motieven. Vloeren in verblijfsruimtes zoals eigen kamers of gemeenschappelijke woonkamers zijn bijvoorbeeld in Turkije voorzien van vele los over elkaar liggende zachte kleden in diverse volle kleuren. Hoe plezierig ook qua sfeer, loopcomfort en akoestiek, en hoezeer bijdragend aan de "couleur locale" lijkt deze vorm van vloerbedekking in een zorghuis met veel rolstoelers of rollator-gebruikers niet bruikbaar, ook al niet uit een oogpunt van veiligheid. Substituten zouden kunnen bestaan uit materialen als Flotex of Desso-compositions met korte pool in verschillende dessins of motieven.
7. Wanden zijn glad en strak afgewerkt, en kunnen voorzien zijn van expressieve uitdrukkingvolle kleuren; sterke pasteltinten in groen, turquoise, blauw en geel zijn goed toepasbaar. Muren zijn versierd: veelkleurige naturalistische wandschilderingen en schilderijen met bewerkte lijsten.
8. Rustige strakke plafonds verdienen de voorkeur boven systeemplafonds. Uit installatietechnische overwegingen zal echter de keuze niet vaak vallen op vlakke reliëfloze plafonds; de ruimte boven de plafonds zal altijd bereikbaar moeten blijven. Een goed substituuut zou kunnen bestaan uit naadloos verwerkte plafondplaten in een lichte kleur. Kozijnen en deuren zijn van hout, transparant afgewerkt. Uit overwegingen van kwetsbaarheid zijn stalen kozijnen te verkiezen, te schilderen in uitgesproken kleuren.
9. Laag meubilair is gestoffeerd in kleurige tinten. Lage stoelen zijn "oversized", zodat je met opgetrokken knieën de stoel als sofa kunt gebruiken. Stoelen en banken staan bijna altijd opgesteld in carrévorm, en bijna nooit in een opstelling van zitjes of hoeken. Op tafels en kasten staan vaak boeketten van papieren bloemen of bloemen van textiel. Over tafels liggen kleedjes. Gordijnen zijn vaak geplooid in verschillende motieven.

Goudkleurige stoffering is zeer zeker bruikbaar. Voor wat betreft de verlichting is er een voorkeur voor lichtbronnen uit loshangende armaturen, wandarmaturen en schemerlampen; een algemeen (laag) verlichtingsniveau uit in het plafond verwerkte inbouw-armaturen is waarschijnlijk onvermijdelijk, maar niet te verkiezen.

#### 10. Geur

Regelgeving op het gebied van schoonmaakmiddelen zal toepassing van typisch Turkse middelen wellicht bemoeilijken. In ieder geval lijkt overvloedig gebruik van rozenwater te kunnen bijdragen aan een herbergzame en herkenbare geur en dus sfeer voor de bewoners.

#### 11. Buitenruimte

Wellicht is het mogelijk –zoals we in één geval bij een zorghuis in Istanbul hebben gezien- moestuintjes in te richten, waar bewoners (al dan niet onder begeleiding) zouden kunnen werken. In ieder geval zal een tuin met een geurige inrichting (basilicum, lavendel) welke herinneringen losmaakt door bewoners gewaardeerd worden. Een buitenpaviljoen of een plek in de tuin als doel voor een kleine wandeling in het groen zal aansluiten op verwachtingen van bewoners.

#### 12. Logistiek

De logistiek in dit huis is niet wezenlijk anders dan in een regulier Nederlands verpleeghuis: een duidelijke scheiding in routing tussen personen en goederen is ook hier noodzakelijk.

Afgezien van bovenstaande waarnemingen en aanbevelingen op het gebied van uitmonstering, inrichtingen, toevoegingen en kleurgebruik zijn er drie bijzondere programmaonderverdelingen die een aparte behandeling vorderen: de gebedsruimte, de hammam en het sanitair.

1. Reiniging is afgezien van een functionele bezigheid ook van religieus belang. Eigen sanitaire ruimtes te voorzien van het reguliere programma (douche, wastafel, toilet, steunen, zitjes, douchegarnituur etc.) met als uitbreiding de toepassing van een zogenaamde kurna: een (kleine) bak van hardsteen van waaruit water wordt geschept en over het lichaam wordt gegooid (gegoten), zoals mandiën in Indonesië.
2. Gezien het feit dat religie een bijzonder grote rol speelt in het dagelijks handelen en in het dagritme van de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroep is de aanwezigheid van een gebedsruimte onontbeerlijk. De grootte is afhankelijk van de capaciteit van het huis, de richting dient georiënteerd te zijn op Mekka. Een apart gedeelte dient slechts voor vrouwen toegankelijk te zijn. De gebedsruimte dient de gehele dag toegankelijk en bereikbaar te zijn zonder hulp van verzorgenden.
3. De Hammam bestaat uit een ruim opgezette betegelde ruimte met tegen de wanden geplaatste kranen. Een betegelde zitrand en stenen tafels behoren ook tot de functionele eisen. Zoals ook bij het individuele sanitair zijn hier ook losse kurna's

(hardstenen waterbakken) geplaatst. De hammam is gesitueerd nabij de gebedsruimte; de oppervlakte is afhankelijk van de capaciteit van het huis.

4. Nog onduidelijk is de vraag of een mortuarium tot het Programma van Eisen zou moeten behoren, of dat de zorg voor overledenen extern zal worden georganiseerd. In ieder geval is duidelijk dat de mortuariumfunctie een uitgesproken religieuze component kent.
5. De in dit hoofdstuk genoemde programmatische componenten (gebedsruimte, hammam, eventueel mortuarium) zijn dermate specifiek, dat deze zich dienen te onttrekken aan de eis dit zorghuis structureel neutraal van opzet te maken; het zijn dus de enige programmaonderdelen die structureel architectonisch zijn vormgegeven en gematerialiseerd voor deze doelgroep.

### **Analyse architectuur**

<b>Zorghuis Şefkat</b>	
<b>Doen:</b>	<b>Niet doen:</b>
<p>Maak een rationeel te exploiteren zorghuis met een irrationele, een ten opzichte van de Nederlandse vorm- en kleurcultuur afwijkende inrichting, meubilering, kleur- en geurstelling, stoffering en verlichting;</p> <p>Voeg programmaspecifieke elementen toe, die architectonisch afwijkend ten opzichte van de Nederlandse cultuur worden behandeld (gebedsruimte, hammam en eventueel mortuarium).</p>	<p>Het maken van een zorghuis als ware het in vorm en uitstraling een Efteling- attractie;</p> <p>Vermijd architectonische platitudes als hoefijzervormige overspanningen, "speksteen" wanden, accoladevormige lateien, uitbundig genuanceerde kleurige natuursteen.</p>

- *Communicatie*

De communicatie is van groot belang. Bij de intake zal rekening gehouden moeten worden met de aanwezigheid van een tolk of naaste familie. Daarnaast vragen de moeilijke vragen aandacht. De bekendheid met verpleeghuizen is meestal niet zo groot. Mensen zullen tijd nodig hebben om te ervaren hoe het is en wat er bij komt kijken. Het zorgplan zal zoals altijd in overleg met de cliënt opgesteld dienen te worden, maar rekening moet gehouden worden met de termen in het zorgplan. De vragen zullen crosscultureel gevalideerd dienen te zijn. Daarnaast dient vanaf het begin duidelijkheid te zijn over gezagsverhouding, rollen en bevoegdheden. Het kan zijn dat de bevoegdheid van de verantwoordelijke EVV'er niet erkend wordt omdat het gezag van de directeur als enige wordt geaccepteerd. Door middel van open gesprekken waarbij wordt ingegaan op de wensen en bedenkingen van Turkse- en Marokkaanse wensen kan daar op basis van wederzijdse redelijkheid kan hieraan gewerkt worden.

### **3.8 Kerncapaciteiten**

In de opstartfase is het wenselijk en wellicht ook noodzakelijk om 70 % van het personeel afkomstig te laten zijn of binding te hebben met de landen van herkomst.

Kijkende naar de competenties van:

- *Coördinator / hoofd verpleging*: zal kennis moeten hebben van de diverse cultuurspecifieke aspecten horende bij de levensweg van de cliënten / bewoners. Zal moeten coördineren, observeren en verbinden. Zal over de vaardigheid moeten beschikken om mee te kunnen weaven, maar van de andere kant een duidelijk beleid hanteren en kunnen handelen volgens dit afgesproken beleid. Coördinator zal overzicht moeten hebben en uitstraling. Verder is het wenselijk dat deze afkomstig is uit de Marokkaanse of Turkse cultuur en een van de talen spreekt
- *Teamleidster*: De teamleidster (s) ( de vraag is of dat je met één of twee teamleiders moet gaan werken in verband met kennis vanuit de cultuur en het spreken van de taal) zal in eerste instantie een professional moeten zijn op het vakinhoudelijke gebied. Daarbij is het van wezenlijk belang dat men de cultuur kent en de taal spreekt. Men zal een meewerkend teamleidster zijn die midden in het team moeten staan. Tegelijkertijd moet men het vermogen hebben om ook vanaf een afstandje te kunnen kijken naar hetgeen er gebeurt. Een belangrijke vraag is nog of wij niet op een traditionele / taak gerichte zorgverlening moeten gaan organiseren en wel om de volgende redenen. De Turkse en Marokkaanse gemeenschap is een kleine gemeenschap, met relatief gezien veel interne controle. Op het moment dat verantwoordelijkheden in de lijn weggezet worden zullen keuzes makkelijker geaccepteerd worden dan dat dit door een zgn. EVV er gedaan zal worden. De druk vanuit de gemeenschap zou wel eens als erg hoog ervaren kunnen worden waarbij niet uit het oog moet worden verloren dat de meeste verzorgende beginnend beroepsbeoefenaar zijn ( hebben dan net de opleiding afgesloten. Een ander punt wat meespeelt is dat het op dit moment erg moeilijk is om mannen binnen de zorg te krijgen binnen nivo 3 . Wellicht dat dit makkelijker is op het nivo

van helpende, echter dat zou dan als consequentie hebben dat er meer taakgericht gewerkt zal gaan worden. Ook kijkende naar de toekomst en de te verwachte krapte op de arbeidsmarkt zou het wellicht goed zijn om te starten vanuit een taakgericht model.

- *Voedingsdienst / facilitair / kok:* Zullen in eerste instantie vakinhoudelijke kennis moeten hebben van hetgeen de cliënten / bewoners nodig hebben horende binnen de levensweg, maar daarnaast ook kennis, en feeling met de bewoners / cliënten van Şefkat.
- *Verzorgende:* Zullen in eerste instantie professional moeten zijn, ze zullen zowel vakinhoudelijk als theoretisch moeten voldoen aan de algemeen geldende eisen die nodig zijn voor het uit te oefenen beroep. Daarnaast is het van belang dat men feeling heeft en kennis van of komende vanuit de cultuur van de bewoners van Şefkat. Verder is het van belang en het is al eerder aangehaald dat men het vermogen zal moeten hebben om met andermans normen en waarden rekening te houden en deze in verhouding te zien met de normen en waarden van mensen uit andere culturen.
- *Behandelaars / paramedici:* Over het algemeen zal gebruik gemaakt gaan worden van de behandelaars van ZGE, echter wel met de opmerking dat deze open moet staan en zich wil specialiseren in het zorg bieden aan deze ouderen. Mochten op termijn mutatie voordoen binnen de medische en paramedische discipline is het verstandig om met dit gegeven rekening te houden.
- *Overige medewerkers van Zorggroep Elde:* Şefkat zal één van de 10 locaties zijn van zorggroep Elde en daardoor een wezenlijk onderdeel van de totale zorggroep. Dat betekent dat iedereen binnen Zorggroep Elde geïnformeerd moet zijn over de specifieke zorg welke geboden wordt, maar ook het vermogen moeten hebben om op zijn minst door een "andere bril te willen kijken".

Tegelijk met het tot stand brengen van Şefkat, is binnen het project een dagverzorging voor mannen en vrouwen georganiseerd. Ook wordt gewerkt aan het opzetten van een expertisecentrum. In dit expertisecentrum worden leerproducten ontwikkeld en gedeeld met partners in de regio. Deze activiteiten worden verder niet benoemd of uitgewerkt in deze businesscase en zullen op termijn hun eigen businesscase krijgen.

### 3.9 Samenwerkingsverbanden

Naast onze samenwerkingspartners, betreffende het bereiken van de doelgroep worden we door een aantal partners gesteund bij de realisatie van zorghuis Şefkat:

- Het Zorgkantoor voor samenwerking betreffende de financiering. Daarnaast is het Zorgkantoor een belangrijke spil, met zicht op andere behoeften en initiatieven in de regio. Deze functie is belangrijk bij de ketengedachte waarmee Şefkat opereert. Ook is er veel informatie via het Zorgkantoor beschikbaar waar Şefkat, maar ook anderen, gebruik van kunnen maken.
- De Provincie voor gedeeltelijke financiële ondersteuning bij het opzetten van ons huis en voor draagvlak en visievorming
- Het Ministerie VWS voor vergunningen en financiering. Tevens voor het landelijk bekendmaken van het experimentele karakter (TPLZ)
- ActiZ als projectpartner en voor het landelijk bekendmaken van het experimentele karakter
- Ciz betreffende indicaties
- Koning Willem I College te 's-Hertogenbosch om te komen aan stagiaires en leerlingen, tevens voor kennisontwikkeling van het vak. In de toekomst zullen we ook andere onderwijsinstellingen betrekken bij onze plannen.

Niet directe partners, maar wel belanghebbende in het goed functioneren en van start gaan van Şefkat:

- Huisartsen
- Ziekenhuizen / gerieters
- Ziektekostenverzekeraars
- Gemeentes (WMO)
- Uitkeringsinstanties

### 3.10 Succesfactoren Zorghuis Şefkat

#### **Laagdrempelig**

Zoek de groepen op, zoek aansluiting bij bestaande activiteiten en pas je aan aan de tijd en plek van de groep. In plaats van het uitnodigen op een centrale locatie waarvoor men speciaal naar de bijeenkomst moet komen. Soms is het nodig om in een andere taal iets uit te leggen, hou hier rekening mee. Alhoewel diegene die je spreekt wellicht niet geschikt is door taalachterstand, kan iemand anders in het netwerk van deze persoon geïnteresseerd zijn. Geef, indien dit nodig is, in de Turkse taal een voorlichting of plaats een banner op bij allochtone jongeren populaire websites.



### **Brede aanpak**

Voor de externe publiciteit is er een website in het leven geroepen [www.sefkat.nl](http://www.sefkat.nl). Tevens is een Şefkat themakrant gemaakt die duidelijk maakt wat de doelstellingen van het project zijn. Ook is het belangrijk om een integrale aanpak te betrachten. Dus niet alleen gericht op vrouwen of jongeren, maar de hele gemeenschap. Dat kan door het betrekken van de verschillende groepen. Ook is het belangrijk om samen te werken met scholen en andere initiatieven.

### **Wees eerlijk**

Maak duidelijk wat je zoekt en wat je aanbied, maar ook wat wel kan en wat niet kan. Het ergste is wanneer je beloftes maakt, die je dan vervolgens niet kan waarmaken. Het gaat om een proces van redelijkheid die wederzijds is. Daarvoor is het vooral belangrijk om op een gelijkwaardig niveau met elkaar te communiceren. Het gaat vaker om de toon (zo doen we dat in Nederland niet!) dan om de inhoud.

### **Sleutelfiguren**

Aandacht voor naamsbekendheid is essentieel. De familie en de gemeenschap spelen een grote rol. Concreet: posters en flyers op de traditionele vindplaatsen zoals buurtcentra, theehuizen en moskees zijn belangrijk. Nog belangrijker is de persoon die ze daar ophangt of uitdeelt. Stel je echter niet afhankelijk op van één sleutelfiguur, maar zoek naar een gezonde mix en maak daarbij vanaf het begin duidelijk wat de wederzijdse verwachtingen en grenzen zijn.

### **Wat doe je zelf als organisatie?**

De betrokkenheid blijkt toe te nemen naarmate er meer bekend is over de organisatie. Dit kan taak en werkinhoudelijk zijn maar ook op het vlak van arbeidsrechtelijke voorwaarden en salariering. Wat nog veel belangrijker blijkt te zijn, is de kennis over de bedrijfscultuur binnen een zorgonderneming. Werken er al allochtonen? Heeft de onderneming zich aantoonbaar verdiept in de andere culturen? Allochtone werknemers in de zorg kunnen hierbij helpen.

### **Ontmoeten**

Zoals gezegd dragen voorlichtingsbijeenkomsten en persoonlijke gesprekken bij aan het bereiken van kandidaten en cliënten. Maar het inlichten van de sociale en familiale omgeving van de potentiële kandidaat blijkt heel belangrijk te zijn. In dat kader moeten er parallel en integraal ook Open Dagen en Excursies voor de gehele doelgroep georganiseerd worden, inclusief de familie. Het kan echter zo zijn dat in eerste instantie de vraag naar excursies minder groot is, omdat bijvoorbeeld de echtgenoot niet geconfronteerd wil worden met het werk. Uit ervaring weten we dat het later kan omslaan in nieuwsgierigheid. Het is dan ook nadrukkelijk niet de bedoeling om kennis en beelden door de strot van mensen te duwen. Veel meer geloven we in het nemen en geven van ruimte om aan het idee en elkaar te wennen.

### **Een kleurtje is niet voldoende**

Bij het werven geldt dat het niet voldoende is om "allochtoon" te zijn. De zorg is een speciaal vak wat bij je moet passen. Het gaat in succesvolle werving niet zo zeer om je als zorgwerkgever hier maximaal concessies in te doen, niet werkinhoudelijk althans. Het gaat er om dat je op een zo 'waardenvrije' manier samen tot de juiste conclusie komt, namelijk dat iemand wel of niet bij de zorg past. Als organisatie moet je dan wel een bedrijfscultuur nastreven waarin iedereen zich thuis kan voelen.

### **Vooroordelen loslaten**

In contact met de doelgroepen leer je al snel dat veel beelden niet altijd kloppen. Niet iedere allochtone jongere wil op basis van culturele gronden niet in de zorg werken. Niet iedere zorgorganisatie is niet genegen om de stap richting nieuwe cliënten te zetten. De opvattingen van allochtone ouderen en het taboe rondom verzorging blijken niet altijd even gevoelig en onbespreekbaar te zijn. Dat betekent dat je altijd de optie van het omgekeerde van je verwachtingen open moet houden. Dat betekent dat je in gesprekken, contacten en projecten continue bevestiging moet zoeken ten aanzien van je opvattingen.

### **Betrokkenheid van de Provincie Noord-Brabant en anderen**

Betrokkenheid van partners is belangrijk. In Noord-Brabant hebben we de Provincie Noord-Brabant betrokken bij onze activiteiten. De Provinciale Staten hebben bij woonzorgcentrum Nieuw Beekvliet een werkbezoek afgelegd en hier gesproken over het thema participatie, sociale activering en allochtone ouderen. Mede door deze ondersteuning staat het onderwerp oudere migranten en zorg nu structureel op de provinciale agenda. Zo hebben we ook iedere mogelijkheid aangegrepen om het project, de bedoelingen en werkwijze te presenteren.

### **Je eigen houding**

Oudere mensen voelen het of je puur zakelijk met ze praat of als betrokken zorgmanager. De interculturele houding moet in je genen gaan zitten, iets van jezelf worden. Je treedt de mensen dan veel natuurlijker tegemoet. Dat lukt niet als je het zakelijke voorop stelt. Als je het belangrijk vindt om met de mensen in gesprek te gaan, zoek je het beste moment uit en ga je naar ze toe. Je biedt een omgeving die net zo kleurrijk is als de samenleving.

### **Doelgroep als partner**

Het gaat erom dat organisaties het lef hebben regels ter discussie te stellen, over de grenzen heen te kijken en nu eens niet de geijkte paden te bewandelen. Essentieel is de dialoog met de doelgroepen op te starten en de doelgroep als partner te zien in de ontwikkeling van nieuwe werkvormen. Dat betekent ook minder planmatig te werk gaan en meer procesmatig. Als een organisatie meer kleurrijk personeel of cliënten wil werven, zal het zelf een interculturalisatieproces moeten ondergaan.

### **De noodzaak om onorthodox te werken**

Bij interculturalisatie werpt onorthodox werken de meeste vruchten af. Willen organisaties in de zorg en het zorgonderwijs meer mensen met een andere culturele achtergrond als cliënt, scholier of medewerker binnenhalen, dan zullen ze creatieve manieren moeten zoeken om hen te bereiken. Naast deze directe ontmoetingen is ook 'zijwaartse beïnvloeding' via

welzijnsinstellingen, sleutelfiguren, allochtone media en politiek van belang in het proces van interculturalisering.

### **Durf kennis en informatie te delen!**

Concurrentieoverwegingen kunnen het delen van kennis en informatie met collega-organisaties in de weg kunnen staan. Maar uiteindelijk heeft iedere organisatie baat bij kennisontwikkeling op het terrein van interculturalisatie en daarmee bij een open houding die uitwisseling bevordert.

### **3.11 *Risico's***

Een risico voor het project is een (radicale) verandering van het politieke klimaat. Hierdoor zou de brede steun die er nu landelijk, provinciaal en gemeentelijk is voor het initiatief, kunnen afkalven. Een tweede risico is grootscheepse bezuinigingen in de langdurende zorg. Door verdergaande versobering en standaardisatie zou de veelkleurigheid en eigenheid van bijzondere huizen in het geding kunnen komen. Een derde risico voor het slagen van Şefkat is dat allochtone ouderen uiteindelijk toch besluiten niet intramuraal te gaan wonen, maar zich te laten verzorgen door kinderen. Een vierde risico, tenslotte, is een nog verdere verslechtering van de arbeidsmarkt waardoor niet het juiste personeel gevonden kan worden.

### **3.12 *Kopieerbaarheid***

Het is zeer goed mogelijk de innovatie te verbreden naar andere sectoren. De leerervaringen worden stelselmatig vastgelegd en gedeeld met allerlei geïnteresseerde partijen. De verdere opbouw van het expertisecentrum zal een impuls geven aan het verspreiden en delen van de opgebouwde kennis. Şefkat is uniek, maar kan op een andere plek (met alle kennis die binnen Şefkat is opgedaan) prima gekopieerd worden. Ook zijn er volop mogelijkheden de innovatie op te schalen naar het beleids- en financieringsniveau. Met het CIZ worden reeds gesprekken gevoerd over het indiceren van allochtone ouderen.

## **4 Organisatorische case (OC)**

Het Business Model krijgt in dit hoofdstuk de vertaling in een kosten-baten afweging op organisatieniveau. De ontwikkeling naar 2018 wordt uit de doeken gedaan en het tekort en de knelpunten in financiering over een vijfjarige periode inzichtelijk gemaakt. Het hoofdstuk begint in §4.1 met een toelichting op de huidige financiële situatie. §4.2 geeft vervolgens een doorkijk naar de ontwikkeling naar de volwassen structuur in 2018. Een en ander komt samen in de financiële resultatentabel in §4.3, waarover in §4.4 een nadere analyse wordt gemaakt over de gevoeligheid en risico's bij de exploitatie en in §.5 een aantal conclusies wordt getrokken.

### **4.1 *De huidige financiële situatie in de project- / innovatiefase.***

Het project Şefkat is eind 2008 van start gegaan. De werkzaamheden hadden vooral te maken met de voorbereiding. De kosten bestonden daarom uitsluitend uit algemene kosten zoals visievorming, projectmanagement en communicatie. Opbrengsten beperken zich op dit moment nog tot subsidies. Tabel 4.1.1 geeft een overzicht van de kosten en opbrengsten voor 2009. Het overzicht is verdicht op kostengroepniveau.

Exploitatie overzicht : ACTUEEL		2009	
Code	Functies	Aantal	Bedrag
41	Kosten van personeel	-	€ 146.000
41010	Directie & management	-	€ 77.630
41020	Administratief	-	€ 26.136
41030	P&O	-	€ 3.954
41040	Hotelservices	-	€ -
41050	Verplegend / verzorgend / begeleidend	-	€ -
41060	Behandelend personeel	-	€ -
41070	Overig primair personeel	-	€ 38.280
42	Overige personele kosten	-	€ -
43	Kosten van voeding	-	€ -
44	Huishouding en inrichting	-	€ -
45	Algemene kosten	-	€ 166.191
46	Clientgebonden kosten	-	€ -
47	Kosten van onderhoud	-	€ -
48	Afschrijv. Kosten	-	€ -
49	Huur aan Vastgoed BV	-	€ -
	<b>TOTAAL DIRECTE KOSTEN</b>	-	€ 312.191
	<b>BIJDRAGE OVERHEAD KOSTEN</b>	0%	€ -
	<b>TOTALE KOSTEN</b>		€ 312.191
80	Opbrengsten uit activiteiten		€ 371.640
	<b>TOTAAL OPBRENGSTEN</b>		€ 371.640
	<b>RESULTAAT UIT BEDRIJFSVOERING</b>		€ 59.449

Tabel 4.1.1: Exploitatieoverzicht 2009

## 4.2 Ontwikkeling kostenopbouw structuur 2010 – 2018

In september 2011 zullen de eerste cliënten worden ontvangen in zorghuis Şefkat. In het financiële plaatje gaan we uit van start per begin 2012. Om de opening van het zorghuis mogelijk te maken moeten investeringen worden gedaan. De investeringen voor zorghuis Şefkat zullen in twee fasen worden gedaan. In de eerste fase wordt geïnvesteerd in noodhuisvesting en bijbehorende inventaris. In de tweede fase wordt geïnvesteerd in de nieuwbouwlocatie, met inventaris. In onderstaande tabel zijn de investeringen in beide fasen weergegeven.

LEERPRODUCT ZORGHUIS ŞEFKAT - "MAATSCHAPPELIJKE BUSINESS CASE "

Code	Omschrijving	Jaar	Bedrag	Af.duur	Af.bedrag	Rentekn.	Totaal
48.010	Investering noodhuisvesting	2012	€ 400.000	3	€ 133.333	€ 11.000	€ 144.333
48.020	Inventaris noodhuisvesting	2012	€ 65.000	3	€ 21.667	€ 1.788	€ 23.454
48.030	Investering nieuwbouw	2018	€ 7.500.000	27	€ 277.778	€ 206.250	€ 484.028
48.040	Inventaris nieuwbouw	2018	€ 620.000	10	€ 62.000	€ 17.050	€ 79.050
48.050	Investering noodhuisvesting add.	2015	€ 300.000	3	€ 100.000	€ 8.250	€ 108.250
48.060	Inventaris noodhv. add.	2015	€ 65.000	3	€ 21.667	€ 1.788	€ 23.454
<b>Totaal</b>			<b>€ 8.950.000</b>				<b>€ 862.569</b>

Tabel 4.2.1: Investerings in 2012, 2015 en 2018

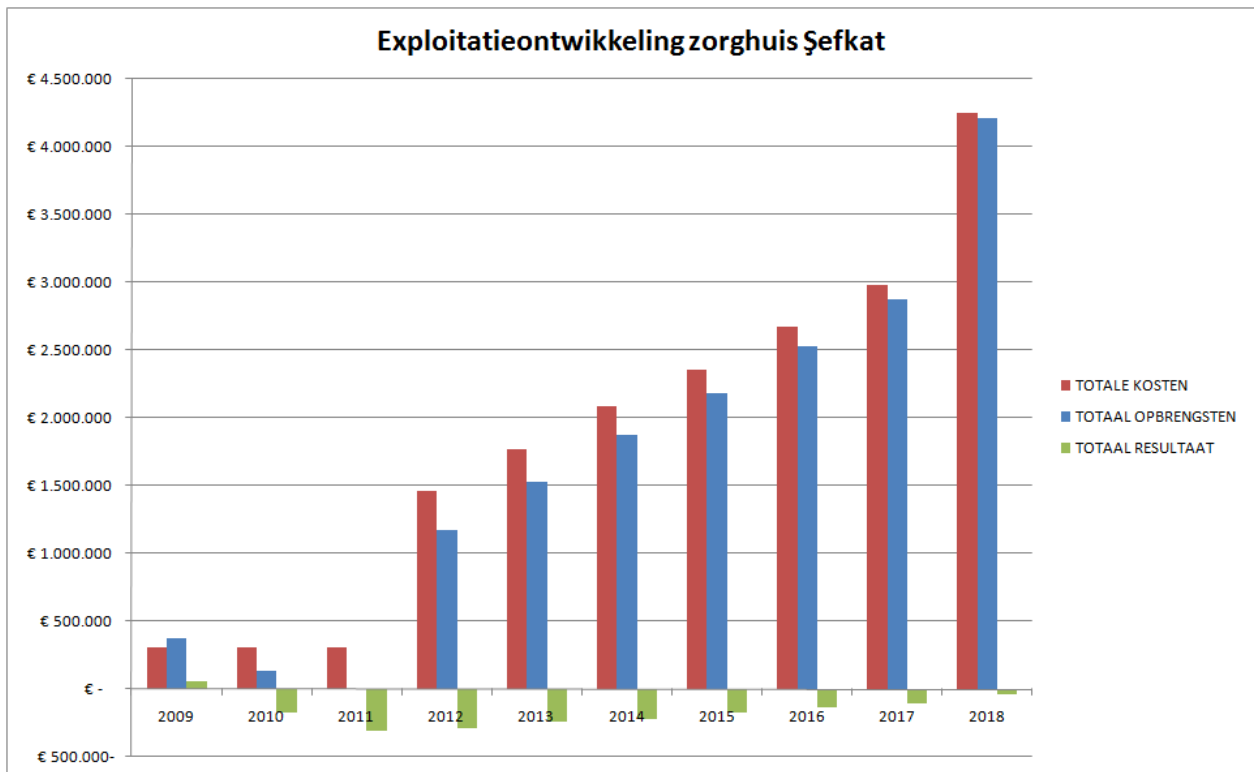
Voor de investeringen in de noodhuisvesting wordt onderscheid gemaakt tussen de periode 2012-2014 en de periode 2015-2017. Voor de inventaris in beide perioden dienen we daarnaast een extra opslag te hanteren voor de aanschaf van verpleeghuisbedden. Dit leidt tot de volgende afgeleide exploitatiekosten over de jaren 2012 tot en met 2018.

Code	Omschrijving	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
48.010	Investering noodhuisvesting	€ 144.333	€ 144.333	€ 144.333	€ 108.250	€ 108.250	€ 108.250	€ -
48.020	Inventaris noodhuisvesting	€ 23.454	€ 26.754	€ 30.054	€ 33.354	€ 36.654	€ 39.954	€ -
48.030	Investering nieuwbouw	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 484.028
48.040	Inventaris nieuwbouw	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 79.050
<b>Totaal</b>		<b>€ 167.788</b>	<b>€ 171.088</b>	<b>€ 174.388</b>	<b>€ 141.604</b>	<b>€ 144.904</b>	<b>€ 148.204</b>	<b>€ 563.078</b>

Tabel 4.2.2: Afgeleide exploitatiekosten

In 2012 zal gestart worden met 18 cliënten. Het is de bedoeling dat het aantal cliënten van zorghuis Şefkat toeneemt in de loop der jaren. Na 2012 gaan we uit van een groei van zes klanten per jaar, dus in 2013 t/m 2017 zijn dit achtereenvolgens: 24, 30, 36, 42 en 48. In 2018 verwachten we 64 bewoners te hebben.

Als gevolg hiervan stijgen ondermeer de kosten voor personeel. Tegelijkertijd stijgen ook de zorgopbrengsten. Grafiek 4.2.1 geeft deze verandering in de kosten en opbrengstenstructuur weer.



Grafiek 4.2.1: Exploitatieontwikkeling

Tabel 4.2.3 geeft een totaaloverzicht van de ontwikkeling van opbrengsten en kosten over de jaren 2009 tot en met 2018.

LEERPRODUCT ZORGHUIS ŞEFKAT - "MAATSCHAPPELIJKE BUSINESS CASE "

Exploitatie overzicht : ONTWIKKELING		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018								
Code	Functies	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag								
41	Kosten van personeel	-	€ 145.000	-	€ 145.000	-	€ 838.761	-	€ 1.024.011	-	€ 1.223.447	-	€ 1.603.404	-	€ 1.793.363	-	€ 2.207.304		
41010	Directie & management	-	€ 77.630	-	€ 77.630	-	€ 70.162	-	€ 84.348	-	€ 84.348	-	€ 93.805	-	€ 96.534	-	€ 98.534		
41020	Administratief	-	€ 26.136	-	€ 26.136	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
41030	PAO	-	€ 3.954	-	€ 3.954	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
41040	Hotelservices	-	-	-	-	-	€ 161.011	-	€ 228.612	-	€ 276.814	-	€ 324.415	-	€ 420.018	-	€ 547.468		
41050	Verplegend / verzorgend / begeleidend	-	-	-	-	-	€ 463.727	-	€ 572.253	-	€ 694.853	-	€ 810.424	-	€ 935.966	-	€ 1.041.955		
41060	Behandelend personeel	-	-	-	-	-	€ 123.881	-	€ 145.744	-	€ 167.827	-	€ 189.511	-	€ 211.364	-	€ 233.277		
41070	Overig primair personeel	-	€ 38.200	-	€ 38.200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
42	Overige personele kosten	-	-	-	-	-	€ 38.870	-	€ 46.577	-	€ 54.263	-	€ 61.990	-	€ 69.696	-	€ 77.403		
43	Kosten van voeding	-	-	-	-	-	€ 82.125	-	€ 109.500	-	€ 136.875	-	€ 164.250	-	€ 191.625	-	€ 219.000		
44	Huishouding en inrichting	-	-	-	-	-	€ 15.000	-	€ 19.696	-	€ 24.391	-	€ 29.087	-	€ 33.783	-	€ 38.478		
45	Algemene kosten	-	€ 166.191	-	€ 166.191	-	€ 66.250	-	€ 78.870	-	€ 91.489	-	€ 104.109	-	€ 116.728	-	€ 129.346		
46	Clientgebonden kosten.	-	-	-	-	-	€ 40.350	-	€ 49.670	-	€ 58.989	-	€ 68.309	-	€ 77.628	-	€ 86.948		
47	Kosten van onderhoud	-	-	-	-	-	€ 56.752	-	€ 78.367	-	€ 101.162	-	€ 123.397	-	€ 145.612	-	€ 167.827		
48	Afschrijv. Kosten	-	-	-	-	-	€ 167.788	-	€ 171.088	-	€ 174.388	-	€ 141.604	-	€ 144.904	-	€ 148.294		
49	Huur aan Vastgoed BV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	<b>TOTAAL DIRECTE KOSTEN</b>	-	€ 312.191	-	€ 312.191	-	€ 1.395.895	-	€ 1.578.377	-	€ 1.865.044	-	€ 2.106.171	-	€ 2.383.381	-	€ 2.650.591	-	€ 3.793.283
	<b>BUDRAGE OVERHEAD KOSTEN</b>	0%	-	0%	-	12%	€ 156.707	12%	€ 189.405	12%	€ 223.865	12%	€ 252.741	12%	€ 286.066	12%	€ 319.271	12%	€ 455.194
	<b>TOTALE KOSTEN</b>		€ 312.191		€ 312.191		€ 1.462.603		€ 1.767.782		€ 2.088.949		€ 2.358.912		€ 2.669.387		€ 2.979.862		€ 4.248.477
80	Oplengingen uit activiteiten		€ 371.640		€ 136.855		€ 1.177.040		€ 1.524.573		€ 1.872.098		€ 2.183.540		€ 2.531.865		€ 2.878.590		€ 4.271.397
	<b>TOTAAL OPERERINGSKOSTEN</b>		€ 371.640		€ 136.855		€ 1.177.040		€ 1.524.573		€ 1.872.098		€ 2.183.540		€ 2.531.865		€ 2.878.590		€ 4.271.397
	<b>RESULTAAT UIT BEDRIJFSVOERING</b>		€ 59.449		€ 176.136		€ 285.555		€ 243.209		€ 216.751		€ 175.372		€ 138.322		€ 101.273		€ 37.089
90	Financiële taken en lasten		-		-		-		-		-		-		-		-		-
	<b>TOTAAL RESULTAAT</b>		€ 59.449		€ 176.136		€ 285.555		€ 243.209		€ 216.751		€ 175.372		€ 138.322		€ 101.273		€ 37.089

Tabel 4.2.3: Exploitatieontwikkeling 2009-2018



Toelichting op de ontwikkeling van kosten en opbrengsten:

- In de projectfase (2009 t/m 2011) vormt de post algemene kosten nog het grootste aandeel van de kosten. Vanaf 2012 is dat de post personeelskosten.
- De sub-post Directie en management neemt vanaf 2012 iets af, doordat Şefkat ingebed wordt in de organisatie van Zorggroep Elde. Met de groei van het aantal cliënten is vanaf 2014 echter meer fte voor Directie en management nodig; vandaar een lichte stijging in deze sub-post per 2014.
- De sub-posten Administratief en P&O zijn tijdens de projectfase gespecificeerd. Na deze fase, dus vanaf 2012, zitten deze kosten opgenomen onder het percentage overhead.
- Vanaf de opening van zorghuis Şefkat in 2012 zijn er kosten voor Hotelservices, Verzorgend en Behandelend personeel. Deze nemen lineair toe met de groei van het aantal cliënten. De kosten per cliënt zijn voor deze sub-posten gelijk aan de reguliere zorg binnen Zorggroep Elde, met uitzondering van maatschappelijk werk en geestelijke zorg. De kosten voor de laatstgenoemde functies zijn hoger dan in reguliere verzorgingshuizen. Kosten voor andere paramedici zullen misschien ook hoger uitvallen doordat bijv. meer tijd voor communicatie nodig is. Er bestaat echter onvoldoende bewijs dat deze kostenstijging daadwerkelijk zal plaatsvinden; vandaar dat deze niet is meegenomen.
- Onder de post Overig primair personeel valt met name de functie coördinator van Şefkat. Deze is alleen van toepassing op de projectfase; vandaar dat deze per 2012 vervalt.
- De posten Overige personele kosten (o.a. werving en selectie, studiekosten), Kosten van voeding en Huishouding en inrichting starten bij opening in 2012. Deze nemen ook lineair toe met de groei van het aantal bewoners.
- Algemene kosten nemen in 2012 af door het vervallen van kosten voor projectmanagement. Vanaf 2013 neemt deze post weer langzaam toe door stijging van de kosten voor automatisering en overige algemene kosten (kantoorbenodigdheden en administratie door derden).
- Onder Cliëntgebonden kosten worden medicijnen, huur/reiniging van beddengoed en overigen verstaan. Deze stijgen lineair met de groei van het aantal bewoners.
- Ditzelfde geldt voor de post Kosten van onderhoud, inclusief energie (GWE) en instandhouding en onvoorzien.

- De afschrijvingskosten zijn gelijk aan de bedragen zoals weergegeven in tabel 4.2.3.
- In de projectfase bestaan de opbrengsten uit subsidies (vanuit het Transitieprogramma Langdurige Zorg en van het zorgkantoor). Vanaf 2011 zal de subsidie van het Transitieprogramma komen te vervallen. Mogelijk volgt er nog wel een subsidie vanuit het zorgkantoor. Op het moment van schrijven is dit echter nog onbekend. In 2011 zijn er om deze reden geen opbrengsten opgenomen.
- Vanaf de opening in 2012 start de zorgverlening en hiermee ook de opbrengsten uit reguliere zorg. We gaan er vanuit dat de 18 cliënten waarmee gestart wordt de volgende indicaties hebben: 5VV (11), 6VV (6) en 7 VV (1). In 2018 zal het zorghuis waarschijnlijk 64 bewoners hebben, met de volgende indicaties: 5VV (40), 6VV (20) en 7 VV (4). In de tussenliggende jaren groeien we gelijkmatig van het startscenario naar de volwassen situatie in 2018.

### **4.3 Risico's en gevoeligheid**

Tot en met het jaar 2018 is er een tekort op de exploitatie. Dit tekort neemt wel af, van € 285.000 in 2012 tot € 37.000 in 2018. Stakeholders zullen gezamenlijk de verantwoordelijkheid moeten nemen om dit tekort op te lossen. De berekening van de maatschappelijke baten in het volgende hoofdstuk, kan hiertoe een belangrijke aanleiding zijn.

### **4.4 Conclusies**

De Organisatorische Case van Şefkat staat, maar kent een structureel tekort in de exploitatie. Naar alle waarschijnlijk ontstaat er vanaf 2018 een structureel tekort in de exploitatie van €37.080 per jaar.

## 5. Maatschappelijke case (MC)

Dit hoofdstuk bespreekt de maatschappelijke case van Şefkat waarin de impact die het zorghuis heeft op de buitenwereld wordt beschreven, gewogen en uitgedrukt in een 'maatschappelijk rendement'. Met deze buitenwereld wordt dus de maatschappij bedoeld. Het maatschappelijk rendement van de dagverzorging en het expertisecentrum wordt op deze plek niet uitgewerkt en wordt, mogelijk, onderdeel van andere maatschappelijke businesscases.

### Inleiding

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

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van een aantal 'maatschappelijk rendement berekeningen' gepresenteerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van zorgvuldig gedocumenteerde aannames, veronderstellingen en indicatoren om een onderbouwde inschatting te maken van dit rendement. Dit is een waarderingsproces en pretendeert geen uiterste wetenschappelijke precisie maar probeert door het gebruik van schattingstechnieken, onderzoek en expert opinions tot de best mogelijke benadering te komen. Causaliteit wordt zo goed mogelijk ingeschat maar vereist in een aantal gevallen langdurig onderzoek in gecontroleerde, nu nog toekomstige, situaties.

We richten ons op het jaar 2018, het jaar waarin er uiteindelijk 64 bewoners in Şefkat zullen wonen. In dat jaar wordt 100% van de mogelijke baten op jaarbasis gehaald. In de jaren daarvoor wordt er een percentage van gehaald, naar rato van het aantal bewoners. Zie de onderstaande tabel:

Jaar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal cliënten	18	24	30	36	42	48	64
Percentage t.o.v. 2018	28%	38%	46%	56%	66%	75%	100%

Het is realistisch om aan te nemen dat niet direct vanaf 2012 voor de volle 100% van de betreffende baat wordt geprofiteerd. Een voorbeeld: één van de baten is een betere participatie op de arbeidsmarkt door de mantelzorger van de allochtone oudere. We doen de aanname dat de opbrengst oploopt van 70% in 2012 tot 100% in 2018. De gemiddelde toename per jaar is 5 procentpunten<sup>2</sup>. Zie de onderstaande tabel:

<sup>2</sup> Wellicht is het effect bij bepaalde baten wel direct 90 of 100%. We kiezen in deze mBC echter steeds bewust voor een conservatieve raming.

Jaar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal cliënten	18	24	30	36	42	48	64
Percentage t.o.v. 2018	28%	38%	46%	56%	66%	75%	100%
Uiteindelijke profijt van de baat t.o.v. 2018	20%	29%	37%	48%	59%	71%	100%

De financiële vertaling van de baten in dit hoofdstuk is een eerste aanzet. In een later stadium kunnen de baten nog nauwkeuriger worden uitgewerkt en kan van nog meer baten het financiële effect worden berekend.

Daarnaast dient bij de uiteindelijke bepaling van de maatschappelijke baten rekening te worden gehouden met een tweetal correctiefactoren:

Deadweight is een correctiefactor die wordt gebruikt omdat het bereikte effect ook door andere, bestaande, organisaties gerealiseerd kan zijn. Het gepresenteerde effect zou ook zonder Şefkat gehaald worden.

Attributie is een correctiefactor omdat het effect niet alleen door Şefkat wordt bereikt maar ook door andere instanties of hulpverleners. In deze cases bijvoorbeeld door de dagbesteding of het Alzheimer-theehuis.

Ten slotte nog het volgende. Een opname in Şefkat betekent een grotere investering dan thuis verzorgd worden. Ten onrechte zou de conclusie getrokken kunnen worden dat de komst van Şefkat de maatschappij uiteindelijk meer geld gaat kosten. De mBC maakt echter duidelijk dat een opname op latere momenten veel geld bespaard. Per saldo levert Şefkat dus geld op. Wat betreft het moment van opname loopt Şefkat niet uit de pas met reguliere verpleeg- of verzorgingshuizen. Bij een opname in Şefkat worden normale standaarden gehanteerd. De verdeling van ZZP's is conform de landelijke gemiddelden.

### **5.1 Kwalitatieve baten**

Het project kent vele baten, die overigens op dit moment voor een groot deel al door stakeholders worden herkent.

#### **Cliënten**

Allereerst profiteert de cliënt, die professionele zorg krijgt die bij hem of haar past en in een omgeving waarin hij zich thuis voelt. Een omgeving waarin hij wordt erkend als persoon en waar er ruimte is voor zijn persoonlijke wensen. Deze maatschappelijke baten, met name op het gebied van welzijn, laten zich moeilijk vertalen in geld, maar zijn er wel degelijk. De cliënt profiteert daarnaast ook van betere kennis en begrip van zijn situatie, wat daardoor mogelijk leidt tot een snellere diagnose wat weer leidt tot minder incidenten en

probleemgevallen (in vergelijking tot 'normaal' verpleeg- of verzorgingshuis). Ten slotte profiteren cliënten van het feit dat zij door de komst van Şefkat tijdig intramuraal opgenomen worden. Het aantal crisisopnames in ziekenhuizen zal afnemen. Deze laatste baten werken we in de volgende paragraaf uit. *De belangrijkste stakeholders hierbij zijn de zorgkantoren / AWBZ, voor de financiering van de langdurende zorg, en de Zorgverzekeraars.*

### **Mantelzorgers**

De mantelzorgers van de allochtone ouderen profiteren op vele manieren. Door de komst van Şefkat kunnen zij kennismaken met intramurale professionele zorg. Een opname, vaak als het echt niet anders meer kan, levert de vaak overbelaste mantelzorgers ontlasting. Dit zal uiteindelijk resulteren in minder huisartsenbezoek, minder medicatiegebruik en een betere participatie op de arbeidsmarkt. Daarnaast zal het de integratie van de 2<sup>e</sup> en de 3<sup>e</sup> generatie Turken en Marokkanen ten goede komen. Ook deze baten werken we in de volgende paragraaf uit. *De stakeholders die hiervan profiteren zijn de zorgverzekeraars en overheid.*

### **Plaatselijke gemeenschap**

De gemeenschap in de directe omgeving van Şefkat zal profiteren van de komst van het zorghuis. Voor de lokale middenstand (supermarkt, bloemist, taxibedrijf) zal het omzetverhogend werken. Deze baat is er wel degelijk maar wordt niet verder uitgewerkt.

### **Medewerkers**

De ervaren werkdruk ligt hoog in de ouderenzorg, met name bij de medewerkers die met dementerende ouderen werken. In het verlengde daarvan is het ziekteverzuim vaak 6% of hoger. Medewerkers profiteren omdat er meer begrip ontstaat voor de andere cultuur en daardoor rust op de werkvloer (in vergelijking met 'normaal' verpleeg- of verzorgingshuis). In de volgende paragraaf worden de baten die dat oplevert verder uitgewerkt: lager ziekteverzuim en een lager verloop. *De stakeholder die hiervan met name profiteert, is het zorgkantoor.*

### **Allochtone medewerkers**

De positie van allochtone medewerkers op de arbeidsmarkt is nog steeds achtergesteld. Şefkat biedt deze medewerkers een opleidingsplaats en een betaalde baan. Dat zijn duidelijke baten die verderop worden uitgewerkt. De allochtone medewerkers profiteren daarnaast omdat zodoende hun integratie en emancipatieproces verder verbeterd. *De stakeholder die hier met name van profiteert is de gemeente.*

### **Samenleving**

Şefkat bevordert de dialoog tussen allochtoon en autochtoon door ontmoeting op de werkvloer. Dit zorgt voor beter begrip naar elkaar toe en saamhorigheid in de samenleving. Het gevoel van geluk van de burgers is ook heel wat waard. Door de dialoog neemt het gevoel van veiligheid toe en nemen angstgevoelen af. Uiteindelijk zal een betere dialoog ervoor zorgen dat jongeren minder radicaliseren en zal de kans op baldadigheid met alle gevolgen van dien afnemen. Deze baat is er wel degelijk maar wordt niet verder uitgewerkt.

### **Zorgsector**

Het oplossen van de huidige krapte op de arbeidsmarkt is één van de grootste uitdagingen waar de sector de komende jaren voor staat. De huidige krapte brengt het kunnen blijven leveren van verantwoorde zorg in de toekomst in gevaar. Een grotere instroom van allochtone medewerkers zal van cruciaal belang zijn om de tekorten (gedeeltelijk) op te lossen. Şefkat is voor veel organisaties een lichtend voorbeeld en het zal allochtonen over de streep trekken om een baan te gaan zoeken in de zorg. Dit levert als bijkomend voordeel voor zorgorganisaties op, dat ze meer productie kunnen leveren.

Een andere baat van Şefkat is dat de algemene beeldvorming over het leveren van zorg aan allochtone ouderen op een positieve manier zal veranderen. Het initiatief zal navolging krijgen en de drempel om deze vorm van zorg te verlenen zal lager worden.

### **Allochtone ouderen**

Door de ervaringen die binnen Şefkat worden opgedaan zullen meer zorginstellingen (eerder) geneigd zijn om zorg te gaan leveren aan allochtone ouderen. Zij zullen ontdekken dat het uiteindelijk gaat om goede en vraaggerichte zorg voor een specifieke doelgroep. Allochtone ouderen in heel Nederland zullen hier de vruchten van plukken.

### **Zorggroep Elde**

Ondernemers en ondernemingen laten steeds vaker zien dat ze maatschappelijk ondernemen. Ondernemen met het oog voor hun omgeving en bereid om een maatschappelijk bijdrage leveren. Door Şefkat te initiëren steekt Zorggroep Elde duidelijk haar nek uit en laat hiermee zien zich te bekommeren om een vergeten groep. Dit zal op lange termijn resulteren in een positief imago voor de gehele organisatie.

### **Zorgsysteem / ziekenhuizen**

Het gehele zorgsysteem profiteren door meer kennis met betrekking diagnostiek, een goede leerplek en een locatie om gericht naar door te verwijzen en doorstroom vanuit bijvoorbeeld het ziekenhuis.

### **Ten slotte**

Het onderwerp diversiteitmanagement staat de laatste jaren steeds meer in de belangstelling. Door de Europese Unie is er een rapport laten opstellen waarin de kosten en opbrengsten van diversiteit binnen organisaties worden beschreven en aangetoond<sup>3</sup>. Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs (onder andere Cox Taylor, 2001) dat diversiteit leidt tot een verhoogde productiviteit en betere prestaties, meer creativiteit en flexibiliteit, verbetering van het probleemoplossend vermogen, betere aansluiting bij de klantbehoeften, lager verzuim, meer binden en boeien van de medewerkers en minder rechtszaken en discriminatie op de werkvloer.

---

<sup>3</sup> EU-rapport 'The benefits & costs of diversity'.

## 5.2 Kwantitatieve baten

Hieronder werken we de volgende maatschappelijke baten uit:

1. Allochtone ouderen binnen Şefkat profiteren door minder probleemgedrag, medicatie, depressie, ondervoeding en decubitus
2. Minder crisisopnames door een tijdige intramurale opname
3. Minder huisartsenbezoek door mantelzorgers
4. Minder medicatiegebruik door mantelzorgers
5. Meer participatie op de arbeidsmarkt door mantelzorgers
6. Lager ziekteverzuim van medewerkers
7. Lager verloop van medewerkers
8. Opleidingsplaatsen voor allochtone medewerkers
9. Snellere verwijzing vanuit het ziekenhuis

### 5.2.1 Allochtone ouderen profiteren door minder, probleemgedrag, medicatie, depressie, ondervoeding en decubitus

Redenering
<p>Uit verschillende empirische studies is gebleken dat belevingsgerichte zorg een positief effect kan hebben op het welzijn van ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis (o.a. Droes, 1999). Omdat duidelijk is dat Şefkat vraaggerichte en belevingsgerichte zorg aan haar cliënten levert, mogen de resultaten hiervan gebruikt worden voor deze mBC. Onderzoek laat zien dat er verbetering is te zien in het contact, de zelfstandigheid en de gewenste (on)afhankelijkheid in relatie tot de verzorgende. Ook worden er voorzichtige verbanden gezien tussen ouderen die belevingsgerichte zorg ontvingen en de ontwikkeling van sociale relaties. Deze bewoners stonden over het algemeen meer open voor contact met anderen en zetten zich minder af tegen hun omgeving.</p> <p>Van Beek, Wagner, Frijters, Spreeuwenberg, Groenewegen, Ribbe (2004) leggen de link met gezondheidsaspecten zoals preventie van probleemgedrag, gewichtsverlies, decubitus en minder medicijngebruik. Medicijngebruik is een gecompliceerde zaak bij oudere migranten. Door onduidelijkheid over de diagnose krijgen ze vaak verkeerde of te veel medicijnen voorgeschreven (bron: rapport Noom, Een verkenning van kwetsbaarheid van oudere migranten, Utrecht 2009).</p>
Cijfers

<p>Gemiddeld heeft 1 op de 10 bewoners in het verpleeghuis decubitus en vertonen 4 op de 5 dementerenden probleemgedrag. 25 tot 40 % van de bewoners leidt aan ondervoeding met alle noodzakelijk extra zorg van dien(alle cijfers afkomstig van Commissie Wetenschap V&amp;VN, 2009)<sup>4</sup>. Voor het bepalen van de baten richten we ons de 64 bewoners van Şefkat in 2018.</p> <p>De gemiddelde totaalprijs per dag van een ZZP (6 tot en met 9) is € 177,50-. Op jaarbasis is dat € 64.787,-.</p>
<b>Aannames</b>
<p>We gaan er vanuit dat decubitus, probleemgedrag, ondervoeding en medicijngebruik met 10% afneemt. Dit is een schatting op basis van bovenstaande literatuur, op basis van ervaringen uit de praktijk van ZGE en Nieuw Beekvliet en op basis van transitieprojecten elders. Ook gaan we er vanuit dat decubitus, probleemgedrag, ondervoeding en medicijngebruik 20% van het reguliere budget kost. Door meer controle zal met name het medicatiegebruik dalen.</p>
<b>Berekening van de baten</b>
<p>Op jaarbasis, vanaf 2018, betekent Şefkat een besparing van 10% van (20% van € 64.787) = € 1295,-. Dit vermenigvuldigen we met 64 en dat maakt € 82.880,- op jaarbasis.</p>

### 5.2.2. Minder crisisopnames door tijdige intramurale opnames

<b>Redenering</b>
<p>Er wordt een flinke drempel ervaren bij de allochtone doelgroep om hulp van buiten in te roepen. De familie blijft de zorg voor ouders / ouderen op zich nemen, en wil het onderling oplossen, ook al gaat dat soms bijna niet meer. Een opname in een intramurale setting wordt uitgesteld. Dit resulteert in een aantal gevallen in een crisisopname in het ziekenhuis. Een tijdige opname in Şefkat kan deze crisisopnames verminderen.</p>
<b>Cijfers</b>

<sup>4</sup> Meer hierover ook in de film 'Meer dan vergeten', uitgebracht door het eerdergenoemde Noom (2009)



<p>5% van de 85-plussers belandt jaarlijks door een crisissituatie in het ziekenhuis. De gemiddelde opnameduur is dan 10 dagen<sup>5</sup>. De gemiddelde kosten van een ziekenhuisbed is € 350 per dag. De gemiddelde kosten intramuraal € 177,- per dag. In 2018 zijn er 64 bewoners. De gemiddelde verblijfsduur is 2,5 jaar. Gemiddeld betekent dit 25 opnames per jaar. Met deze 25 gaan we rekenen.</p>
<b>Aannames</b>
<p>De aanname is dat zonder het bestaan van Şefkat 5% van de 25 bewoners vanwege een crisis moest worden opgenomen in het ziekenhuis. Dat is 1 geval in 2018.</p>
<b>Berekening van de baten</b>
<p>De besparing in 2018 is <math>1 * (\text{€ } 350 - \text{€ } 177) * 10 \text{ dagen} = \text{€ } 1730,-</math></p>

### 5.2.3 Minder huisartsenbezoek door mantelzorgers

<b>Redenering</b>
<p>De mantelzorgers van de allochtone ouderen worden zwaar belast. Ook de eerder genoemde studie van Noom (2009) bevestigt dit. Uit onderzoek blijkt dat het aantal huisartsenbezoeken bij (allochtone en autochtone) mantelzorgers 3 tot 4 maal hoger is dan bij leeftijdgenoten (Schoenmakers e.a. 2002). Het exacte aantal is 12 maal per jaar. Door de komst van Şefkat worden mantelzorgers ontlast.</p>
<b>Cijfers</b>
<p>Voor de berekening van deze baat kijken we opnieuw naar 2018 en de 64 bewoners die Şefkat dan heeft. De gemiddelde kosten van een huisartsenbezoek zijn € 18,- (langer dan 20 min)<sup>6</sup>.</p>
<b>Aannames</b>
<p>De aanname is dat het huisartsenbezoek met 20% is verminderd. Ook gaan we er vanuit dat elke allochtone oudere 2 mantelzorgers heeft. We gaan er vanuit dat alle mantelzorgers gedurende de gehele opnameperiode profiteren.</p>

<sup>5</sup> Dit zou bij allochtone ouderen overigens hoger kunnen zijn omdat doorverwijzingen minder eenvoudig zijn. Daar zijn echter geen cijfers over.

<sup>6</sup> Bron: Zorgkantoor VGZIZA

We rekenen dus met 128 mantelzorgers per jaar.
<b>Berekening van de baten</b>
2,4 huisartsenbezoek à 18,- = € 43,5 * 128 mantelzorgers: € 5529,- per jaar.

#### 5.2.4 Minder medicatiegebruik door mantelzorgers

<b>Redenering</b>
De redenering is zoals bij de vorige baat: de mantelzorgers van de allochtone ouderen worden zwaar belast. Uit onderzoek blijkt de medicatie-inname bij mantelzorgers 3 tot 4 maal hoger is dan bij leeftijdgenoten (Schoenmakers e.a. 2002). De kosten voor medicatiegebruik worden geschat op € 2400,- per jaar en worden veroorzaakt door aanhoudende stress, vermoeidheid etc. Door de komst van Şefkat worden mantelzorgers ontlast <sup>7</sup> .
<b>Cijfers</b>
Voor de berekening van deze baat kijken we opnieuw naar 2018 en de 64 bewoners die Şefkat dan heeft.  De gemiddelde kosten van een medicatiegebruik zijn € 2400,- per jaar.
<b>Aannames</b>
De aanname is dat het medicatiegebruik met 20% is verminderd (op basis van bovenstaande literatuur). Ook gaan we er vanuit dat elke allochtone oudere 2 mantelzorgers heeft. We gaan er vanuit dat alle mantelzorgers gedurende de gehele opnameperiode profiteren. We rekenen dus met 128 mantelzorgers per jaar.
<b>Berekening van de baten</b>
20% van € 2400,- = € 480 * 128 mantelzorgers: € 61440,- per jaar.

<sup>7</sup> Deze cijfers geven landelijke gemiddelden aan. Er wordt geen rekening gehouden met het feit dat het medicatiegebruik onder allochtonen wat hoger is dan onder autochtonen.

### 5.2.5 Grotere participatie op de arbeidsmarkt

Redenering
<p>De komst van Şefkat maakt dat mantelzorgers uiteindelijk hun zware zorgtaak uit handen kunnen geven. In veel gevallen ging die zorgtaak ten koste van de betaalde baan en in een aantal gevallen is de baan zelfs opgezegd. Uit eigen onderzoek van Şefkat blijkt dat het om ongeveer 1 op 3 mantelzorgers gaat. Als maatschappelijke baat is het dus realistisch om de baten van (een grotere) participatie op de arbeidsmarkt mee te nemen.</p> <p>We onderscheiden 2 groepen. De eerste groep kan meer uren participeren op de arbeidsmarkt. Als maatschappelijke opbrengsten nemen we de extra loonbelastingopbrengsten.</p> <p>De tweede groep kan (opnieuw) gaan participeren op de arbeidsmarkt. Als maatschappelijke opbrengst kiezen we de niet meer genoten uitkering (minderkosten).</p> <p>Gemakshalve laten in beide gevallen de lagere toeslagen en subsidies en dergelijke achterwege.</p>
Cijfers
<p>Voor de eerste groep gaan we uit van een bruto minimumloon voor werknemers van 23 jaar en ouder € 1381,20 per maand (1 jan. 2009). Indien we uitgaan van een gemiddelde werkweek van 40% = 15 uur, dan zijn de loonbelastingopbrengsten per werknemer per jaar € 2.039.</p> <p>De gemiddelde kosten van een uitkering zijn € 18.000 per jaar.</p>
Aannames
<p>Onze aanname is dat er van de 128 mantelzorgers 40 minder zijn gaan werken of hun baan heeft opgegeven (op basis van bovenstaande onderzoek).</p> <p>We gaan er vanuit dat 28 hiervan méér zijn gaan werken (van gemiddeld 40% naar 60%) en dat 12 (opnieuw) een betaalde baan hebben gevonden.</p>
Berekening van de baten
<p>De loonbelastinginkomsten nemen toe met een bedrag van € 900 per jaar per mantelzorger. Het totaal wordt hiermee € 25.200,- (28 maal € 900)</p> <p>Het bedrag aan lagere uitkering is <math>12 * 18.000 = € 216.000,-</math></p> <p>Het totaal komt uit op € 241.200.</p>

### 5.2.6 Lager ziekteverzuim bij verzorgenden

<b>Redenering</b>
<p>Uit de resultaten van het onderzoek van Schrijnemaekers et al. (2003) is gebleken dat bij het verzorgende personeel die de methodiek van belevingsgerichte zorg gebruikten, een bescheiden positief effect is gevonden op de arbeidssatisfactie. Specifieker gezegd, de verzorgenden hadden een significant betere score op de subschaal van arbeidssatisfactie 'groeimogelijkheden' en 'contact met de bewoners'.</p> <p>Onderzoek naar snoezelen heeft aangetoond dat door middel van beter contact een positief effect bestaat op de werkbeleving van verzorgenden. Er is gebleken dat de arbeidssatisfactie score bij verzorgenden die intensiever contact hebben met ouderen met geheugenproblematiek hoog is en dat de burn-out problematiek afnam. (Van Weert, 2004).</p> <p>Omdat binnen Şefkat sprak is van belevingsgerichte zorg, mogen de resultaten van deze onderzoeken voor de mBC worden gebruikt.</p> <p>Uit onderzoek van ZGE blijkt dat het verzuimpercentage van Nieuw Beekvliet, met gemiddeld 4,3% over de afgelopen jaren, lager is dan binnen de overige locaties.</p>
<b>Cijfers</b>
<p>Voor de berekeningen gaan we uit van 37FTE verplegend, verzorgend en begeleidende FTE. We gaan uit van een gemiddeld functieniveau van FWG 30 à € 36554,- op jaarbasis. De totale loonsom in 2018 = € 1.349.730. Het gemiddelde niveau van ziekteverzuim is 6%.</p>
<b>Aannames</b>
<p>We gaan er vanuit dat het ziekteverzuim met 1 procentpunt afneemt, tot een gemiddelde van 5%.</p>
<b>Berekening van de baten</b>
<p>Op jaarbasis, vanaf 2018, betekent dit een opbrengst van 1% van de totale loonsom: € 13.497.</p>

### 5.2.7 Minder verloop van medewerkers

<b>Redenering</b>
Het verloop in de zorg ligt op dit moment op zo'n 10%. Uit onderzoek van ActiZ blijkt dat medewerkers in de leeftijdsgroep 25 tot 35 hebben een grote kans te stoppen met hun werk door burn-out, ziekte en gebrek aan werkplezier. Ook is vastgesteld dat 39 procent nadenkt over een andere baan. De zorg heeft de medewerkers de komende jaren echter hard nodig.
<b>Cijfers</b>
Voor de berekeningen gaan we uit van 37FTE verplegend, verzorgend en begeleidende FTE. We gaan uit van een gemiddeld functieniveau van FWG 30 à € 36.554,- op jaarbasis. De totale loonsom in 2018 = € 1.349.730. Het gemiddelde niveau van verloop is 10%.
<b>Aannames</b>
We gaan er vanuit dat het verloop met 3 procentpunt afneemt, tot een gemiddelde van 7% <sup>8</sup> .
<b>Berekening van de baten</b>
Op jaarbasis, vanaf 2018, betekent dit een opbrengst van 3% van de totale loonsom: € 40491,-

### 5.2.8 Opleidingsplaatsen / werkgelegenheid voor allochtone medewerkers

<b>Redenering</b>
Op de arbeidsmarkt hebben allochtone medewerkers het nog steeds moeilijker dan autochtone medewerkers. De werkloosheid ligt er twee tot driemaal hoger dan bij autochtonen (bron SCP). Door de huidige economische crisis worden allochtone jongeren veel zwaarder geraakt dan hun autochtone leeftijdgenoten. Şefkat richt zich in haar personeelsbeleid actief op de allochtone medewerkers. Het is onderdeel van het concept jaarlijks medewerkers op te leiden en te laten instromen.

<sup>8</sup> Overigens kent Nieuw Beekvlief een verloop van nagenoeg 0%.

<p>Hierbij zijn twee baten te onderscheiden. De eerste is het aanbieden van een opleidingsplaats door Şefkat. Deze opleidingsplaats resulteert uiteindelijk in de meeste gevallen in een vaste baan.</p> <p>De tweede is minstens zou belangrijk, maar lastiger te kwantificeren. Şefkat vervult in de regio en zelfs landelijk een ambassadeursfunctie. Door de activiteiten van Şefkat worden allochtonen gestimuleerd te kiezen voor de zorg. Dit levert dus werkgelegenheid op voor allochtone medewerkers.</p> <p>Beide werken we hieronder uit.</p>
<b>Cijfers</b>
<p>We gaan er vanuit dat er vanaf 2018 jaarlijks 10 opgeleide allochtone medewerkers instromen in Şefkat of elders in de regio of Nederland.</p>
<b>Aannames</b>
<p>Het doen van een aanname is niet eenvoudig. Welke keuzes zouden deze ingestroomde medewerkers hebben gemaakt in dien zijn kansen binnen Şefkat zouden hebben gehad? We gaan er voor het berekenen van de baten van uit dat 30% dan (nog) geen betaalde baan zou hebben. Deze opbrengst nemen we slechts 1 jaar mee<sup>9</sup>.</p> <p>Ook gaan we er vanuit dat deze 3 medewerkers dan een beroep op een uitkering gedaan zou hebben. Daarvan zijn de kosten op jaarbasis zo'n € 18.000,-</p>
<b>Berekening van de baten</b>
<p>Ons baat in 2018 is <math>3 * 18.000 = € 54.000,-</math> door de gecreëerde werkgelegenheid.</p>

### 5.2.9 Snellere verwijzing vanuit het ziekenhuis

<b>Redenering</b>
<p>Ziekenhuis willen, vanzelfsprekend, een zo snel mogelijke doorstroom. Een duur ziekenhuisbed wat ten onrechte wordt bezet door iemand waarvoor nog geen goede diagnose is gesteld of waarvoor geen goede plek is om naar door te verwijzen, is onwenselijk. Door het bieden van een duidelijke verwijsplek vanuit het ziekenhuis levert Şefkat een bijdrage aan de doorstroom uit het ziekenhuis.</p>

<sup>9</sup> Wellicht is dit te conservatief berekend. De valkuil is echter ook te optimistisch te zijn.

Cijfers
We gaan opnieuw uit van een gemiddelde ligduur van 10 dagen. Ook hier nemen het gemiddelde dagtarief van € 350. De snellere doorverwijzing betekent een besparing van € 350 - € 177,- per dag = € 173,-
Aannames
Onze aanname is dat 10% van alle opnamen binnen Şefkat vanuit het ziekenhuis afkomstig is. Bij een bewonerspopulatie van 64 is het totaal aantal opnamen op jaarbasis 25 <sup>10</sup> , vanuit het ziekenhuis dus 2 à 3. Onze tweede aanname is dat we per opname 3 ligdagen kunnen winnen.
Berekening van de baten
De aanwezigheid van Şefkat levert op jaarbasis 7,5 minder 'verkeerde bedden' op. Op jaarbasis is de besparing voor het ziekenhuis 7,5 * € 173,- = € 1297,-

### 5.3 Samenvatting

Opgeteld leveren de 9 baten in 2018 op:

Maatschappelijke baat	Opbrengst
Allochtone ouderen profiteren door minder probleemgedrag etc.	€ 82.880
Vermindering crisisopnames	€ 1.730
Vermindering huisartsenbezoek mantelzorgers	€ 5.229
Vermindering medicatiegebruik mantelzorgers	€ 61.440
Verbeterde participatie arbeidsmarkt door mantelzorgers	€ 241.200
Verbeterde integratie arbeidsmarkt door mantelzorgers	
Lager ziekteverzuim medewerkers	€ 13.497
Minder verloopt medewerkers	€ 40.000
Opleidingsplaatsen	€ 54.000
Snellere doorstroom vanuit de ziekenhuizen	€ 1.297
	<b>€ 501.273</b>

<sup>10</sup> De gemiddelde levensduur in een verpleeg- of verzorgingshuis is 2,5 jaar. De doorstroom is dus 40% op jaarbasis.

## 6. Conclusie: maatschappelijke Business Case (mBC)

In dit hoofdstuk komen de organisatorische case (hoofdstuk 4) en de maatschappelijke case (hoofdstuk 5) samen en worden een aantal conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

### 6.1 De mBC: organisatorische case en maatschappelijke case

In het in hoofdstuk 4 geschetste groeiscenario zijn de kosten van Şefkat de komende jaren als volgt. Wat opvalt is dat het exploitatietekort kleiner wordt. Zie tabel 1:

Jaar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Exploitatie- resultaat	€ 285.555-	€ 243.209-	€ 216.751-	€ 175.372-	€ 138.322	€ 101.273-	€ 37.080-

De baten zullen jaarlijks oplopen, conform de genoemde percentages aan het begin van het vorige hoofdstuk. Zie tabel 2:

Jaar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maatschappelij- ke baten	€ 100.254	€ 145.369	€ 185.471	€ 240.611	€ 295.751	€ 355.903	€ 501.273

Bovenstaande tabellen laat zien dat vanaf 2015 jaarlijks de maatschappelijke baten (fors) hoger zijn dan de kosten. De baten zijn groter dan het exploitatietekort. Met andere woorden: Şefkat levert meer op dan het kost.

Om het exploitatietekort te kunnen dekken, is een percentage van de maatschappelijk baten noodzakelijk. De onderstaande tabel brengt deze baten in kaart. We berekenen vanaf 2015, het moment dat de baten het exploitatietekort overschrijden.

Jaar	2015	2016	2017	2018
Maatschappelijke baten	€ 240.611	€ 295.751	355.903	€ 501.273
Exploitatieresultaat	€ 175.372-	€ 138.322	101.273-	€ 37.080-
Benodigd percentage maatschappelijke baten	73%	47%	28%	7%



Hierbij dient een belangrijke opmerking te worden geplaatst. In deze businesscase zijn nog maar 10 maatschappelijke baten uitgewerkt. Nader onderzoek zal uitwijzen wat het totale bedrag aan baten is. Naar alle waarschijnlijkheid zal dit hoger zijn.

## **6.2 Conclusies**

De conclusie van de maatschappelijk businesscase is duidelijk. De maatschappelijke baten wegen ruimschoots op tegen de kosten.

## **6.3 Aanbevelingen**

De aanbeveling is om op de korte termijn zorg te dragen voor de aanvullende financiering. De eerste stap hierin is het bespreken van deze case en de uitkomsten er van met de belangrijkste stakeholders: het zorgkantoor, de zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties en de gemeenten. Dit om elk van de stakeholders te overtuigen van de maatschappelijke waarde van Şefkat.