

# **GEBUNDELDE KRACHT, BEHOUDEN KARAKTER**

Integratie van bedrijfsvoering en behoud van identiteit in wording

## **BESLISDOCUMENT**

**JANNES VAN DER SLEEDENHUIS – BEATRIX –**

**ZONNEHOF - ICARE**

Januari 2005



Intermaat B.V. is geassocieerd met Boer & Croon Strategy and Management Group



Gebundelde kracht, behouden karakter

## Inhoud

1. Inleiding.....	4
2. Trends in de ouderenzorg.....	6
2.1. De markt van ouderen.....	6
2.2. Politieke en maatschappelijke ontwikkelingen .....	9
2.3. Beweging in zorginstellingen .....	11
2.4. Conclusies .....	14
3. Analyse van de samenwerking.....	15
3.1. Kernpunten.....	15
3.2. Zorgmodel extramurale verpleeghuiszorg ICARE/NNCZ .....	16
4. Samenwerking geactualiseerd .....	24
5. Stappenplan .....	26
Bijlage 1: Ontwerp Samenwerkingsovereenkomst .....	29
Bijlage 2: stappenplan voor de liquidatie van de NNCZ U.A.....	37

## 1. Inleiding

De ontwikkeling van de samenwerking tussen het Jannes van der Sleedenhuis, Woonzorgcentra Noord-Nederland (WZNN) en ICARE is begonnen in de tweede helft van de jaren '90 van de vorige eeuw. De eerste neerslag van een beoogde samenwerkingsvorm zag het licht in 1998, in een rapportage van Cukier Organisatieadviseurs BV. De aanleidingen voor de start van een intensieve samenwerking werden gevonden in de zorgvernieuwing van dat moment:

- Functionele ordening van zorg; de zorgbehoefte van ouderen is bepalend voor de levering van zorg en niet het aanbod van de verschillende zorgleveranciers. De geïndiceerde zorg kan door verschillende (samenwerkende) instellingen worden geleverd. In de meeste gevallen betekent de functionele ordening dat de samenwerking tussen instellingen noodzakelijk is om een breed en samenhangend pakket te kunnen leveren.
- Streven naar doelmatigheid; de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg staat al jaren hoog op de politieke agenda. Het verhogen van de doelmatigheid is één van de overwegingen bij de wijziging van de financiering van de ouderenzorg.
- Substitutie van zorg. Door de functionele benadering van de zorg is er veel aandacht voor de substitutie van zorg. De scheiding tussen intramurale zorg en thuiszorg wordt daardoor steeds diffuser, zorg kan in principe overal geleverd worden.

Deze overwegingen en de uitwerking hiervan mondden uiteindelijk uit in de vorming van de coöperatieve vereniging Noord-Nederlandse Coöperatie van Zorginstellingen, waarin Woonzorgcentra Noord-Nederland, de Humanistische Stichting voor Ouderen te Hogeveen (HSVO) en Stichting ICARE participeren.

Deze coöperatie regelt in feite dat in de bedrijfsvoering als één geheel wordt geopereerd op het terrein van de ouderenzorg, waarbij bijzondere waarborgen zijn gecreëerd voor het behoud van de oorspronkelijke identiteit van de deelnemende ouderenzorginstellingen. Uit het gekozen juridisch kleed, de coöperatie, volgt dat de oorspronkelijke juridische eigendomsverhoudingen weliswaar formeel blijven bestaan, maar feitelijk worden overgeheveld naar de coöperatie.

De coöperatie was al voor de oprichting, blijktens de rapportage van Cukier, bedoeld als een overgangsmodel voor verdere integratie.<sup>1</sup>

Inmiddels is goede ervaring opgedaan met het werken in de coöperatie, is de

---

<sup>1</sup> “Hoewel de top stichting veel mogelijkheden biedt, is gebleken dat de coöperatieve vereniging uiteindelijk de meest geschikte voorloper is voor het uiteindelijke organisatiemodel, namelijk een fusie tussen de deelnemende instellingen.” (Samenwerken in de Noord-Nederlandse Coöperatie van Zorginstellingen, Cukier, 1998)

samenwerking hechter, zijn er concrete plannen ontwikkeld voor woon-zorg-zones en worden de ontwikkelingen op het terrein van functionele ordening en substitutie van zorg verhevigd doorgezet. In feite is en worden de beschreven trends in het advies van Cukier Organisatieadviseurs meer dan bewaarheid.

Naast deze op de zorgontwikkeling geënte overwegingen is het “speelveld van het bedrijfsbeheer” in de afgelopen twee jaar ook sterk in beweging. “Corporate governance”, de manier waarop de bedrijfsvoering beheerd en bestuurd wordt, is een belangrijk aandachtspunt geworden. Van ondernemingen - en stichtingen maken daarop geen uitzondering, wordt verlangd dat zij transparant en controleerbaar bestuurd worden. Een bestuurspraktijk waarin verantwoordelijkheden niet controleerbaar zijn doorstaat niet langer de toets der kritiek. Combinaties van bestuurdersverantwoordelijkheid en functionele vertegenwoordigingen in platforms waarin uit de aard volgt dat deze vertegenwoordiging “zonder last en ruggespraak” impliceert, worden ontraden. Deze constructie doet zich bij de NNCZ voor. De voorzitter van de Raad van Bestuur van ICARE is qualitate qua bestuurder in de Algemene Leden Vergadering van de NNCZ.

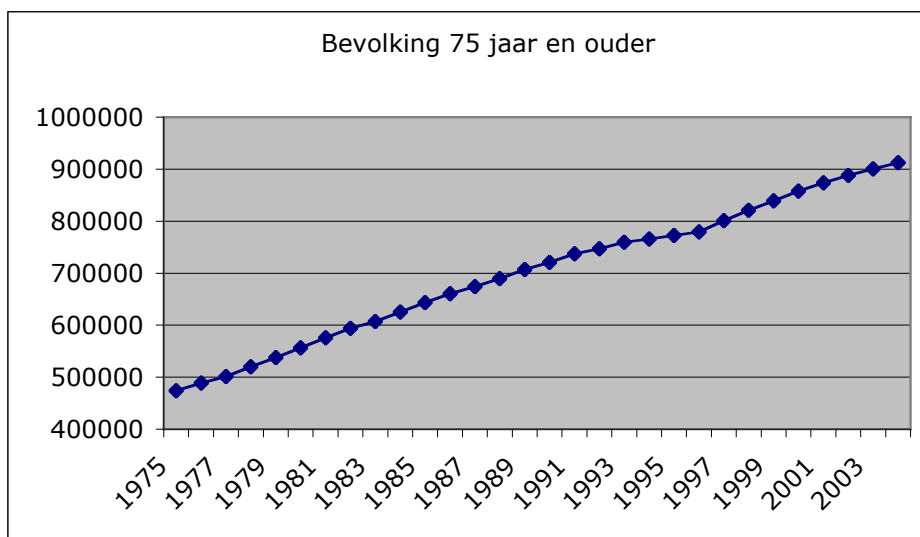
Deze ontwikkelingen maken herbezinning op het juridisch kleeft van de samenwerking noodzakelijk. InterMaat is gevraagd dit proces te begeleiden.

Achtereenvolgens zullen wij de belangrijkste trends in de ouderenzorg schetsen, de samenwerkingspraktijk in de NNCZ analyseren, een voorstel doen voor de toekomstige samenwerking en een stappenplan presenteren.

## 2. Trends in de ouderenzorg

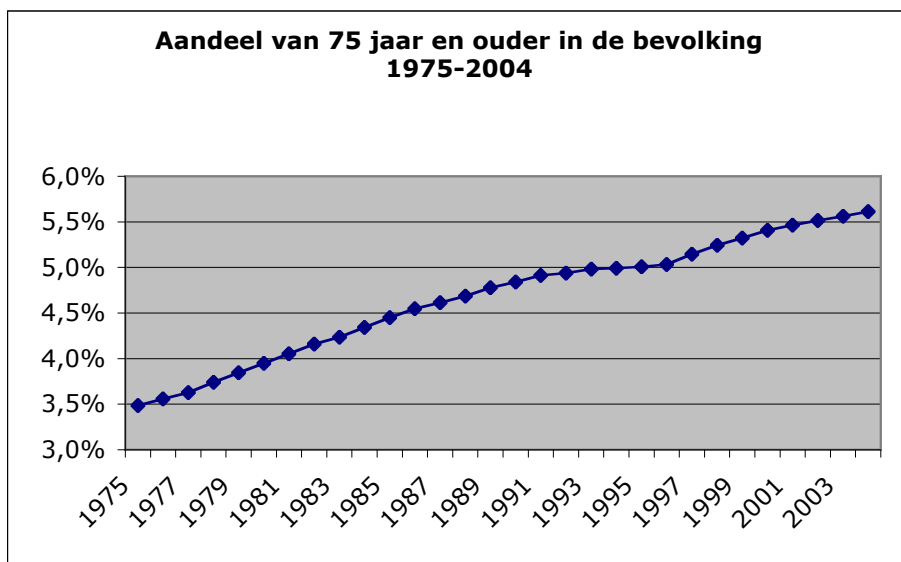
### 2.1. De markt van ouderen

De “markt” van ouderen is sterk in ontwikkeling. Niet alleen in kwalitatieve termen, zoals de toenemende zelfstandigheid en herwonnen zelfbeschikking, ook kwantitatief is de groep ouderen sterk in beweging.



bron: CBS 1

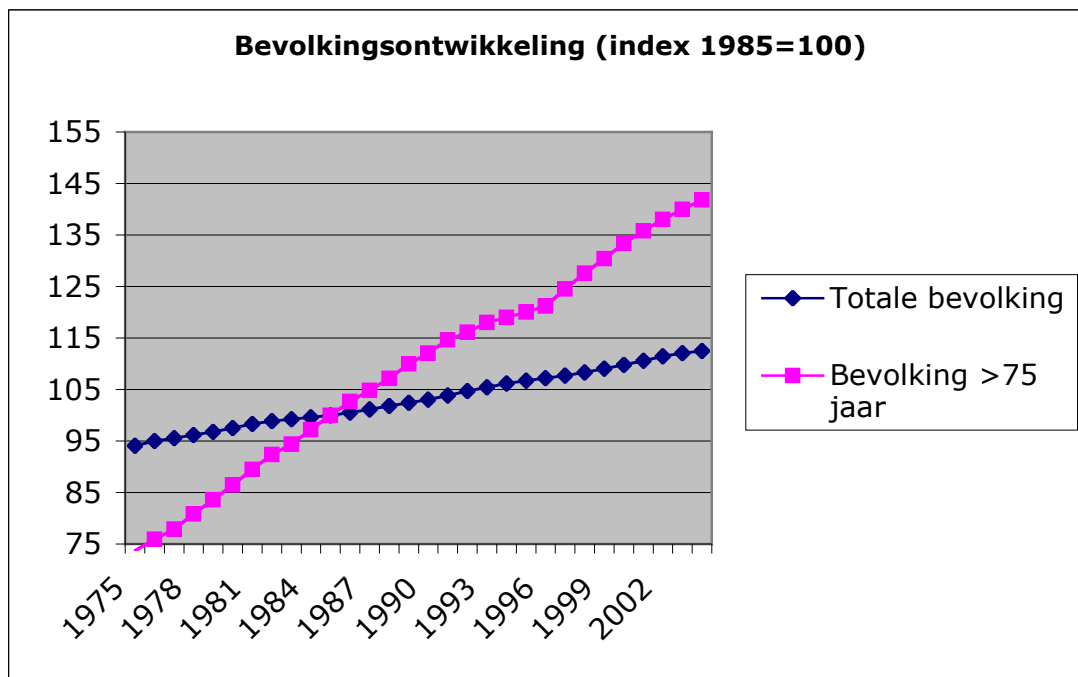
Sinds 1975 is de bevolking van 75 jaar en ouder bijna verdubbeld en het aandeel van deze groep ouderen in de bevolking is met ruim de helft toegenomen van 3,5% in 1975 tot ruim 5,5% nu.



bron: CBS 2

Uit een index blijkt hoeveel groter het aandeel van ouderen in de bevolkingsgroei is: sinds 1985 is de groei van ouderen in de bevolking 30 punten hoger dan de totale bevolkingsgroei.

Ook in Drenthe is deze groeitendens waarneembaar; de bevolking van 75 jaar en ouder is tussen 1988 en 2004 met ruim 47% toegenomen. In Hogeveen is de toename in dezelfde periode zelfs ruim 80 %.



bron: CBS 3

Deze trend zal doorzetten. De groep 65 jarigen en ouder groeit van 2,22 miljoen in 2003 naar 3,75 miljoen in 2030. Het aandeel in de bevolking groeit in die periode van 14% naar 21%. Deze trend gaat gepaard met een verdere verhoging van de levensverwachting.

Het SCP signaleert in een trendonderzoek naar de ontwikkelingen in de vraag naar diensten voor ouderen de volgende ontwikkelingen:

- Het percentage ouderen zonder kinderen (nu circa 20%) neemt in de komende twintig jaar enigszins af. Wel daalt het aantal kinderen en overige familieleden; de sociale netwerken worden kleiner. Dit is van invloed op het aanbod van informele zorg.
- Veel meer ouderen dan nu zullen een vervolgopleiding gevolgd hebben (in 1971 had nog 2/3 van de personen van 65 jaar en ouder niet meer dan basisonderwijs genoten; in 2015 heeft 1/5 van de ouderen basisonderwijs als eindonderwijs). Dit opleidingsniveau weerspiegelt de economische veranderingen, zoals de lager geschoolde, veelal fysieke, arbeid die plaats heeft gemaakt voor geschoolde arbeid in de dienstensector. Dat is overwegend arbeid waaraan minder gezondheidsrisico's verbonden zijn. Vanwege de samenhang tussen opleidingsniveau en inkomen mag ook verwacht worden dat minder ouderen dan nu op uitsluitend AOW aangewezen zullen zijn. En een hoger opleidingsniveau gaat meestal ook gepaard met een hogere mate van zelfredzaamheid en een gezondere leefstijl.
- De toegenomen zelfstandigheid van ouderen komt ook tot uitdrukking in een actievere leefstijl: er wordt meer tijd buitenshuis besteed, vaker in vrijwilligerswerk geparticipeerd en vaker aan sport gedaan in vergelijking met vroeger. Desondanks is de "medische consumptie" van ouderen toegenomen. De ontwikkelingen in de medische wetenschap zorgen echter voor een eerdere opsporing en betere behandelingen, zodat deze actievere leefstijl tot op hoge leeftijd gehandhaafd kan blijven.
- Als ouderen in situaties belanden waarin zij voor langere tijd op zorg zijn aangewezen, geven zij mede door de toegenomen nadruk op zelfstandigheid, de voorkeur aan professionele hulp in hun eigen woon- en leefomgeving.

De "markt" van ouderen groeit dus explosief. De toenemende zelfstandigheid van ouderen was al geen "emancipatoire luxe" meer, in de toekomst is zelfstandigheid een economische voorwaarde om de kosten van het ouder worden betaalbaar te houden. Aanbieders van ouderendienstverlening zullen een palet van diensten moeten kunnen bieden die gericht zijn op het zo lang mogelijk behouden van zelfstandigheid en het bevorderen van aangepaste zelfredzaamheid.



## 2.2. Politieke en maatschappelijke ontwikkelingen

Aan het einde van de jaren '80 van de vorige eeuw waren de eerste tekenen zichtbaar van een ontwikkeling waarin een meer kwalitatieve invulling van het overheidsbeleid gevraagd werd dan uitsluitend sturing op kostenbeheersing. Op instigatie van maatschappelijke organisaties (waaronder cliëntenorganisaties) kwamen thema's als vermaatschappelijking van de zorg, individualisering en scheiden van wonen en zorg onder de aandacht. In een bredere bestuurlijke context werd nagedacht over en vorm gegeven aan overheidsbeleid dat niet langer gebaseerd was op standaarddienstverlening aan "de burger", maar de noodzaak van arrangementen onderkende. Geleidelijk werd "een klant geboren", vraaggestuurde en klantgerichte zorg deden hun intrede.

Het denken in arrangementen en het bieden van zorg op maat kreeg organisatorisch onder andere inhoud door systemen om te categoriseren en te indiceren. Voor dat doel werden ook 1-loket-modellen ingericht.

Uit deze ontwikkelingen is de trend ontstaan zoals we die thans kennen, waarbij onder meer in de ouderenzorg de volgende criteria gelden:

- Op tijd - op maat
- Individualisering
- Van huis uit
- Zo lang mogelijk thuis
- Zo veel mogelijk thuis
- Zo dicht mogelijk bij huis
- Zo snel mogelijk weer naar huis
- (Appelleren aan) zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid
- Activerend

In de organisatie van de zorg zijn daarom de volgende bewegingen te onderkennen:

- Ambulantisering, extramuralisatie en substitutie van intramurale zorg
- Er ontstaan brede dienstverleners in de zorg met een van intramurale tot ambulante diensten variërend pakket, dat mede vanwege een grote schaal flexibel kan worden ingezet.
- De zorgvernieuwing vereist investeringen en daarom mede kapitaalkracht.
- "Bouwen in de buurt": de ontwikkeling van woon-zorg-zones met een multifunctioneel en multiflexibel karakter wint terrein.
- Kleinschalig werken is nog uitsluitend voorbehouden aan unieke dienstverleners

(niches, veelal met een bovenregionale functie).

Aldus ontstaat de behoefte of noodzaak aan ontschotting van de zorg, waarin het karakter van de besturing verschuift van oriëntatie op beheer naar maatschappelijk ondernemen. Daarin staat de ontwikkeling van dienstverleningsconcepten met een vloeiende overgang tussen extra- en intramurale zorg centraal. Daarbij is het noodzakelijk dat deze ondernemingen voorzien in een:

- Vermindering van de bureaucratische druk
- Verlaging van indirecte dienstverlening
- En een optimale inzet van direct personeel.

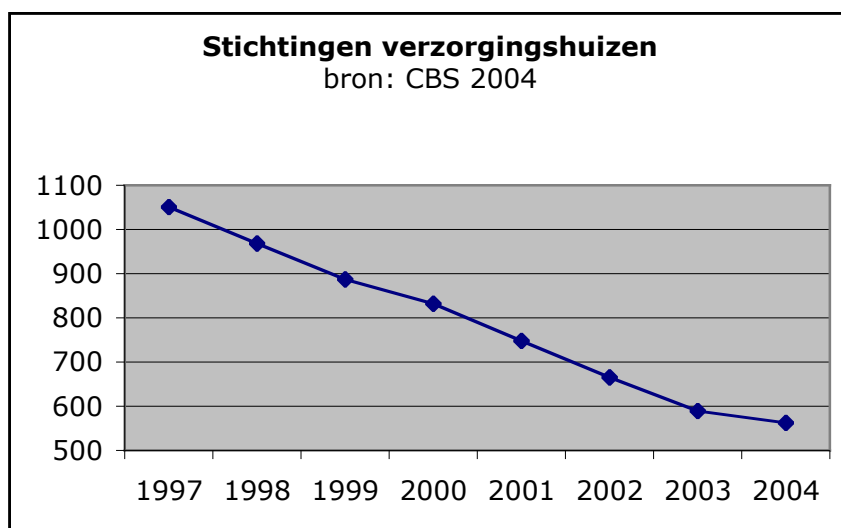
### 2.3. Beweging in zorginstellingen

In het algemeen is in zorginstellingen gedurende een reeks van jaren een ontwikkeling naar schaalvergroting waarneembaar. In het begin had deze schaalvergroting een unifunctioneel karakter: er werd binnen de eigen sector samengewerkt en gefuseerd.

Sinds het midden van de jaren '90 ontstaan er multifunctionele samenwerkingsverbanden, waarbij de ouderenzorg (v+v) en de thuiszorg een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van het “ketendenken”. Hierin neemt het verbinden / verknopen van de dienstverleningspraktijk een centrale plaats in.

Ook in de ouderenzorg zijn deze bewegingen zichtbaar. Tot het midden van de jaren '80 is de tendens naar schaalvergroting in verzorgingshuizen waarneembaar: er ontstaan gemiddeld grotere verzorgingshuislocaties. Deze trend buigt dan af. Daarnaast is er een lange termijntrend in de geleidelijke afname van het aantal verzorgingshuislocaties: van 1709 in 1975 tot 1342 in 2002.

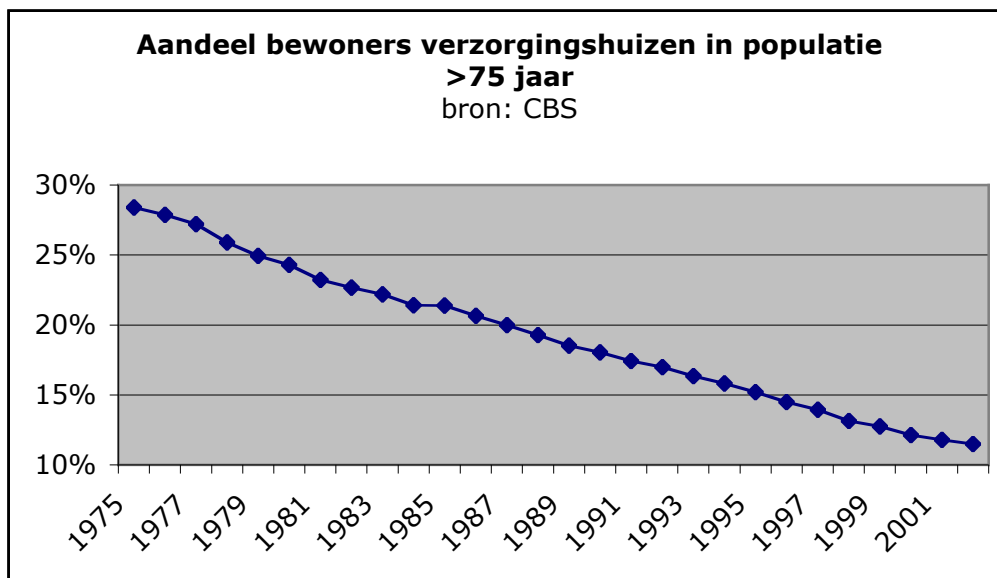
Unifunctionele schaalvergroting in de verzorgingshuizen wordt het best zichtbaar in de registratie van het aantal stichtingen van verzorgingshuizen: een afname met bijna 50% over 8 jaar.



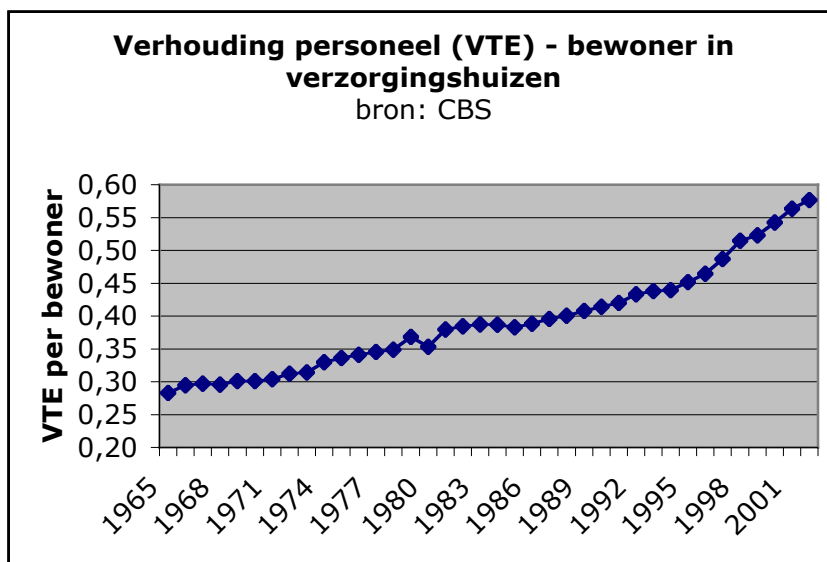
Ook het aantal stichtingen dat, naast een verzorgingshuis, andere zorgsectoren bedient, “klinkt verder in”: van 190 in 1997 naar 98 in 2004.

Naast deze ontwikkeling op het bestuurlijke niveau is ook de beweging in het aantal bewoners interessant. De eerder gesignaleerde grotere zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen wordt in de cijfers bevestigd. Het aantal bewoners van verzorgingshuizen daalt geleidelijk van 134.680 in 1975 tot 102.089 in 2002.

Naast deze absolute ontwikkeling heeft, gelet op de groei van het aantal ouderen, het aandeel van ouderen als bewoner van verzorgingshuizen een nog sterkere ontwikkeling doorgemaakt: dit aandeel daalde van 28% in 1975 tot 11% in 2002.



In diverse onderzoeken en uitspraken wordt de “verschraling van de zorg” genoemd als een aandachtspunt. “Meer handen aan het bed” is een verlangen dat in dat bestek veel genoemd wordt. Wellicht moeten die uitingen meer beschouwd worden als de bevestiging van de waarde van zelfstandig wonen en de relatief verminderde appreciatie van het wonen in een voorziening, getuige het onderstaande beeld.



Overigens zij nog aangetekend dat het SCP en SEO recentelijk de kosten en baten van thuiswonen en wonen in een verzorgingshuis hebben afgewogen<sup>2</sup>. In dit onderzoek is een groep van in totaal 40.000 personen met een gemiddelde leeftijd van 82 jaar vergeleken; deze groep was verdeeld over thuiswonend en woonachtig in een verzorgingshuis, maar beschikte overigens over dezelfde kenmerken. Uit dit onderzoek bleek een verzorgingsplaats veel duurder (6.000 tot 16.000 euro per persoon per jaar ).

<sup>2</sup> Kosten en baten van extramuralisering, Sociaal Cultureel Planbureau, Stichting Economisch Onderzoek in opdracht van CVZ, juli 2004

Dit geldt ook in het geval van ouderen met ernstige beperkingen. Dit verklaart dus ook mede dat het overheidsbeleid erop gericht is om in de komende tien jaar van de 100.000 bestaande verzorgingshuisplaatsen 40.000 plaatsen om te zetten in plaatsen waar wonen en zorg financieel gescheiden zijn.

## 2.4. Conclusies

De trends in de ouderenzorg leiden tot de volgende conclusies:

- Door de aanzienlijke toename van het aantal ouderen is de maximale instandhouding en bevordering van zelfstandigheid en het behoud van zelfredzaamheid niet alleen een maatschappelijk maar vooral ook een economisch belang.
- De kostenverschillen tussen zelfstandig wonen en verzorgingshuisplaatsen, de sociaal economische ontwikkeling van ouderen en de hieruit voortvloeiende wijzigingen in leefstijl en woonpreferentie creëren een goede voedingsbodem voor een beleid gericht op maximale substitutiemogelijkheden.
- Aanbieders van zorgdienstverlening zijn genoodzaakt om tegen de laagst mogelijke prijs en met optimaal gebruik van substitutie van dure (verblijfs-) voorzieningen alternatieven te ontwikkelen om zelfstandigheid en (aangepaste) zelfredzaamheid zo lang mogelijk in stand te houden.
- In dit toekomstbeeld passen aanbieders die met gebruikmaking van een breed dienstenpakket op een grote schaal maximaal rendement kunnen behalen.
- Reeds in gang gezette ontwikkelingen op het terrein van woon-zorg-concepten, ambulantisering en verruiming van substitutiemogelijkheden zullen worden versterkt.
- Deze woon-zorg-zones vereisen een diffuse scheiding tussen verblijfsarrangementen en ambulante zorg en derhalve één regie.
- De reeds jaren in gang gezette tendens naar schaalvergroting zal doorzetten, met name in de richting van ketenaanbieders.

### 3. Analyse van de samenwerking

#### 3.1. Kernpunten

Naast de algemene ontwikkelingen waar de sector aan onderhevig is, is de dagelijkse praktijk in de samenwerking tussen de HSWO, WZNN en ICARE zo mogelijk nog belangrijker: hoe verloopt de samenwerking nu en waarom moet dat veranderen?

Het concept voor de samenwerking stamt uit 1998, uit het meergenoemde rapport van Cukier Organisatieadviseurs BV. Het heeft vervolgens enige jaren geduurd voordat de huidige samenwerkingsvorm was uitgekristalliseerd en in statuten c.a. kon worden verankerd: de huidige statuten en de nota's van inbreng dateren van november 2001.

Het effect van de samenwerking resulteerde in bundeling van de kracht om maatschappelijk te ondernemen en nieuw terrein te verkennen en waar mogelijk te exploiteren én in het bieden van waarborgen voor het beheer van zorgvisie en identiteit aan de HSWO.

In feite werden de gebruiksrechten, waaronder de erkenningen reeds bij een andere rechtspersoon, de coöperatie, ondergebracht. De coöperatie heeft de focus op het beheer en de bedrijfsvoering, de HSWO is geconcentreerd op de intrinsieke (ideologische) waarde en die taakverdeling is met respect geregeld en uitgevoerd.

De coöperatie is effectief geweest in het realiseren van het convenant V&V-capaciteit, het “binnenhalen” van de 44 plaatsen (extramurale) verpleeghuiscapaciteit, nieuwbouwplannen, de ontwikkeling van woonzorgzones en de voorgenomen uitvoering hiervan in de wijken Wolfsbos en De Weide in Hoozevee.

Met dat succes komt ook de noodzakelijke fijnmazige integratie van diensten van het Jannes en ICARE dichtbij.

De uiteindelijk noodzakelijke vervlechting van bedrijfsprocessen en de intensiteit van de samenwerking tussen medewerkers is de inhoudelijke verklaring voor een verdergaande stap in de samenwerking.

Een eerste stap hiertoe is de gezamenlijke aanvraag van een verpleegzorg-erkenning van de eerdergenoemde 44 plaatsen.

De ontwikkelingen zijn verder uitgewerkt in de onderstaande bijdrage.

## 3.2 Zorgmodel extramurale verpleeghuiszorg ICARE/NNCZ

### 3.2.1. Uitgangssituatie

#### Bouwplannen Jannes van der Sleedenhuis

In 1998 heeft het Jannes van der Sleedenhuis nieuwbouwplannen ingediend om op de huidige locatie een nieuw verzorgingshuis te bouwen. Dit heeft geleid tot goedkeuring door de provincie voor nieuwbouw met 100 verzorgingshuisplaatsen. Problemen rond bestemmingsplannen brachten met zich mee dat het nog 3 tot 4 jaar zou duren voordat goedkeuring binnen het bestemmingsplan zou afkomen. Dit heeft geleid tot het besluit om elders te gaan bouwen, en wel op twee plaatsen. Naast de goedgekeurde 100 plaatsen zouden er verpleeghuisbedden (30) vanuit Weidesteyn ingebracht worden (intramurale plaatsen met zorgverantwoordelijkheid Weidesteyn) en er zal geld vrijkomen vanuit het oude gebouw (boekwaarde), nl. ruim 7 miljoen gulden. Het College Bouw adviseerde om toestemming voor 140 verzorgingshuisplaatsen aan te vragen (huidige capaciteit) en op twee plaatsen te bouwen (2x70). Met WoonZorgNederland (WZN) is nog een poging ondernomen om te bouwen bij Valkenstede (100 plaatsen) in de vorm van 50 wonen (scheiding wonen en zorg) en 50 intramurale plaatsen. De doorberekening van de exploitatiekosten in de huur leidde tot zeer hoge huurprijzen (niet marktconform) en heeft geleid tot een definitieve breuk met WZN.

Vervolgens is het Jannes van der Sleedenhuis, intussen onderdeel geworden van de Noord-Nederlandse Coöperatie van Zorgvoorzieningen (NNCZ), met de woningbouwcorporatie Woonconcept in Meppel in zee gegaan en is gekozen voor nieuwbouw in twee wijken (Wolfsbos en De Weide) met elk 70 intramurale plaatsen en aangevuld met aanleunwoningen en andere voorzieningen.

Het traject van verkrijging van de benodigde Verklaring van behoefte en de Verklaring van geen bezwaar van deze 70 plaatsen bij de Minister van VWS is (steeds) uitgesteld in afwachting van het op niveau brengen van de verpleeghuis- en verzorgingshuiscapaciteit (getalsmatig en kwalitatief) in Hoogeveen.

#### Implementatie Masterplan Hoogeveen

In 2001 vonden zorgaanbieders elkaar in een gezamenlijk streven om tot een goede spreiding van capaciteit over Hoogeveen te komen. De ambities werden verwoord in het Masterplan Ouderenzorg Hoogeveen dat, op basis van een gezamenlijke, integrale visie op ouderenzorg, moest leiden tot een optimale spreiding van het zorgaanbod en een doelmatige inzet van mensen en middelen. De vervolgens ingestelde Stuurgroep Ouderenzorg Hoogeveen heeft voorstellen voor spreiding en herverdeling uitgewerkt (plan voor het centrum, oost, west en zuid). Intensieve gesprekken tussen de RvB's van ICARE, NNCZ en Stichting Zorgpalet hebben plaatsgevonden met de inzet een bestuurlijke structuur te ontwikkelen om, op een voor alle partijen verantwoorde en acceptabele wijze, richting te geven aan het Masterplan. Samen met een extern adviseur is het model van de Coöperatieve Vereniging uitgewerkt, die geleidelijk alle taken op het terrein van verpleging en verzorging geïntegreerd zou gaan aanbieden. Realisatie van de Coöperatieve Vereniging is in het eindstadium mislukt en daarmee was het vertrouwen



verdwenen en de bodem onder het Masterplan weggeslagen.

### **Convenant Zorgkantoor, Weidesteyn en ICARE/NNCZ**

Het zorgkantoor heeft vervolgens in februari '04 de zorgaanbieders bijeen geroepen en een verdelingsplan van bestaande en nog te realiseren V&V capaciteit in Hoogeveen gepresenteerd. Acceptatie van dit plan stuitte op grote problemen bij Zorgpalet en overleg-/onderhandelingsrondes hebben uiteindelijk geleid tot het sluiten van een convenant tussen het Zorgkantoor, Zorgpalet en ICARE/NNCZ over de definitieve verdeling van de capaciteit nu en in de toekomst. Met het convenant is het oorspronkelijke spreidingsplan van V&V zorg over de wijken in Hoogeveen van de baan. In het convenant is vastgelegd is, dat de voor 2006 geplande en te realiseren verpleeghuiscapaciteit in Hoogeveen, zijnde 44 plaatsen, wordt toegewezen aan ICARE/NNCZ. Deze capaciteit zal door ICARE/NNCZ worden ingezet als zg. extramurale capaciteit (dus zonder bouw). Mocht deze uitbreidingscapaciteit niet of niet geheel kunnen worden gerealiseerd, b.v. door overheidsmaatregelen, dan draagt Zorgpalet capaciteit aan ICARE/NNCZ over van 30 verpleeghuisplaatsen (in twee tranches van minimaal 15 plaatsen tussen 2006 en 2008). Ook deze plaatsen worden als extramurale capaciteit aangewend (dus zonder bouw).

Verpleeghuiszorg zonder directe koppeling naar intramuraal verblijf betekent decentrale, in de wijken gespreide, uitvoering van deze zorgverlening en zelfstandig wonen, evt. met aanpassingen. In het vervolg van deze notitie zal het zorgmodel uitgewerkt worden, dat gehanteerd gaat worden voor de uitvoering van de extramurale verpleeghuiszorg in de wijken Wolfsbos en De Weide.

### **3.2.2. Uitgangspunten**

#### **Klant centraal: vraaggestuurd**

In het zorgmodel voor extramurale verpleeghuiszorg, verder aan te duiden met 'verpleegzorg thuis', staat de betrokken zorgvrager en zijn/haar directe omgeving centraal, zowel in woonwens als in zorgvraag. De organisatie en uitvoering van de zorgverlening maakt het mogelijk dat elke wijkbewoner, ook als er sprake is van een zware zorgbehoefte, zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving kan blijven wonen. De uitvoering van de zorgverlening sluit aan op de zorgvraag en -behoefte en is zodanig georganiseerd dat in principe in elke individuele woonsituatie in de wijk verpleegzorg thuis gegeven kan worden.

#### **Zorgvernieuwend**

De deconcentratie van de woonzorgfunctie van het Jannes van der Sleedenhuis naar twee wijken (verder aangeduid als de 'woonzorgcomplexen') is ingegeven door het vertrekpunt om de zorg naar de mensen te brengen en niet andersom. En ook vanuit het idee van ketenzorg: het naadloos op elkaar aansluiten van het ene zorgproduct op het andere. Deze wijkgerichte aanpak sluit aan op het algemene uitgangspunt, dat mensen zo lang mogelijk in de eigen zelfstandige woonsituatie moeten kunnen blijven wonen.

Verpleegzorg thuis voor mensen met psychogeriatrische problematiek moet dan ook naadloos aansluiten op de zelfstandige woonsituatie van zorgvragers. Het

zorgvernieuwende karakter is gelegen in de gedachte van verdere optimalisering van cliëntenzorg in de ‘gewone’ thuissituatie. Voor geïndiceerde psychogeriatrische bewoners is budget voor zorgverlening toegewezen, dat niet afhankelijk is van de plaats waar de zorg gegeven wordt. Dit opent de mogelijkheid voor decentrale voorzieningen en ‘gewoon wonen’. De uitdaging ligt in het realiseren van een integrale wijkorganisatie van de zorg- en dienstverlening en de eerstelijns hulpverlening voor deze specifieke doelgroep.

De kenmerken van deze wijkgerichte vorm van hulp- en zorgverlening zijn:

- Verpleegzorg thuis wordt primair in de eigen woonsituatie in de wijk geleverd
- Cliënten met (zeer) zware zorgvragen hoeven de wijk niet te verlaten. In de (te bouwen) woonzorgcomplexen worden op hun situatie aangepaste appartementen met voorzieningen opgenomen
- Verpleegzorg thuis wordt in een vast teamverband aangeboden onder centrale regie.
- De reguliere zorgverlening in de wijken (verzorgingshuiszorg en thuiszorg) werkt aanvullend op het team
- Er wordt gewerkt vanuit een integrale eerstelijns aanpak. De medische en paramedische hulp binnen verpleegzorg thuis worden door de in de wijk werkzame eerstelijns hulpverleners uitgevoerd in afstemming met het vaste zorgteam
- De tweedelijns voorzieningen ten behoeve van continuïteit en kwaliteit worden gerealiseerd in samenwerking met een verpleeghuisorganisatie, b.v. in de vorm van een expertisecentrum.

### **Integrale eerstelijns aanpak**

De bewoners in de wijk en in de te bouwen woonzorgcomplexen krijgen medische zorg van de eigen huisarts en staan op naam bij deze hulpverlener ingeschreven. De medische zorg binnen verpleegzorg thuis wordt ook door de eigen huisarts verstrekt. Het voordeel is, dat de huisarts de klant persoonlijk kent met zijn/haar zorgvragen en zorgverleden en bekend is met de relevante persoonlijke omstandigheden. Dezelfde insteek geldt voor de paramedische hulpverlening, zoals fysiotherapie, ergotherapie, voedingsadvisering. Deze eerstelijns hulpverleners in de wijk die normaliter de hulp aan de wijkbewoners verstrekken, doen dit ook in de situaties waarin verpleegzorg thuis geïndiceerd is. De hulpverlening blijft op deze wijze laagdrempelig en huiselijk. Voor deze specifieke medische en paramedische zorg zal nadere toerusting en ondersteuning georganiseerd worden in samenwerking met een tweedelijns verpleeghuisorganisatie.

### **3.2.3. Organisatie en uitvoering van verpleegzorg thuis in de wijk**

#### **De organisatie van de reguliere zorgverlening**

In de huidige situatie is nog geen sprake van vormen van integratie van het

uitvoeringsapparaat van het Jannes van de Sleedenhuis en van ICARE. Samenwerking vindt plaats in die situaties waarin bewoners van het verzorgingshuis gespecialiseerde verpleegkundige zorg nodig hebben; deze zorg wordt gegeven door verpleegkundigen van ICARE. Verder vindt op managementniveau afstemming plaats over de organisatie en uitvoering van de zorgverlening in de aanleunwoningen. Met de nieuwbouw in de twee wijken is de ambitie om de samenwerking te intensiveren, met name als de scheiding tussen wonen en zorg feitelijk zal worden doorgevoerd. Het perspectief is een gecombineerde zorgorganisatie die, werkend met een totaal wijkbudget, de geïndiceerde AWBZ-functies in de twee wijken uitvoert. Door het wegvallen van de automatische koppeling van zorg en verblijfsfunctie verzorgingshuis zullen de medewerkers van beide zorgaanbieders samengebracht worden in nieuwe, in alle woonsituaties in de wijk werkende, zorgteams.

Echter, zover is het op dit moment nog niet. Vooralsnog functioneren de zorgteams onder eigen management van de betreffende zorgaanbieder. Het uitgangspunt voor de uitvoering van de reguliere zorgverlening in de twee wijken is, dat de reguliere zorgfuncties in de zelfstandige woonsituaties worden uitgevoerd door de thuiszorgmedewerkers en dat de reguliere zorgfuncties gekoppeld aan de functie verblijf verzorgingshuis worden uitgevoerd door de medewerkers van het Jannes van der Sleedenhuis. Wel worden, als aanzet voor verdergaande integratie, koppelingen gemaakt binnen de reguliere zorgfuncties, nl. gezamenlijke invulling van de avond- en nachtdiensten, oproepdiensten, uitvoering specifieke handelingen.

Verder werkt de reguliere zorgverlening vanuit beide zorgaanbieders aanvullend op het vaste team per wijk, dat de verpleegzorg thuis uitvoert. De zorgcoördinatie van deze zorg ligt bij het vaste team (zie onder).

### **De organisatie van verpleegzorg thuis: het PG-team**

In het afgelopen jaar heeft ICARE geëxperimenteerd met nieuwe werkwijzen om op de vraag van cliënten en hun mantelzorgers, waarbij sprake is van psychogeriatrische problematiek, te kunnen reageren met de juiste zorg en begeleiding. De projectervaringen in Meppel zijn zeer positief en er is besloten ook in Hoogeveen met deze werkwijze te starten. De werkwijze bestaat uit het formeren van een zg. PG-team, bestaande uit gekwalificeerde niveau 3 verzorgenden, die een intensieve aanvullende scholing hebben gevolgd, gericht op het verzorgen en begeleiden van zorgvragers met (zware) psychogeriatrische problematiek.

Naast de verzorgenden zijn er verpleegkundigen verbonden aan het PG-team. Zij starten alle zorg op en vervullen de regiefunctie omtrent de inhoud van zorg. Tevens geven ze inhoudelijke ondersteuning aan de verzorgenden en zijn vraagbaak betreffende specifieke zorgsituaties. De verpleegkundigen zijn specifiek geschoold op het terrein van ouderenzorg en psychogeriatric.

De uitvoering van verpleegzorg thuis in de wijken Wolfsbos en De Weide zal (vooralsnog?) door één PG-team worden uitgevoerd. De bezetting zal bestaan uit verzorgenden (en huishoudelijk verzorgenden?) van ICARE en NNCZ en verpleegkundigen van ICARE. De zorgcoördinatie is in handen van de wijkverpleegkundigen en de managementtaken worden uitgevoerd door een leidinggevende. De taken van de verzorgenden bestaan uit het bieden van zorg en

begeleiding aan geïndiceerde PG-zorgvragers, primair in hun zelfstandige woonomgeving. Er wordt zoveel mogelijk met blokszorg gewerkt (zorgmomenten van bv. een uur of langer). Naast de directe ADL-zorg worden (ondersteunende en / of activerende) activiteiten ondernomen zoals het samen doen van boodschappen, het spelen van een spelletje, e.d. Tevens wordt veel aandacht besteed aan het begeleiden en ondersteunen van de eventuele partner of andere mantelzorger. De verzorgenden zijn op de hoogte van de mogelijkheden van externe opvang en begeleiding voor zowel klant als mantelzorger en verwijzen zonodig door.

Nieuwe klanten voor het PG-team worden aangemeld via de huisarts, de mantelzorger of de (wijk)verpleegkundige of andere zorgverlener in de wijk. Op basis van de indicatiestelling door het RIO start de wijkverpleegkundige van het PG-team de zorg op en bepaalt of een screening op PG-problematiek noodzakelijk is. Hiertoe neemt hij/zij, na overleg met de huisarts contact op met de samenwerkende tweedelijns verpleeghuisvoorziening. Na het opstellen van het zorgplan komt de zorgvrager in zorg bij het PG-team. De medewerkers van het PG-team komen zo nodig meerdere keren per dag bij de klant thuis, afhankelijk van de zorgvraag. Zo nodig wordt de zorg van het PG-team aangevuld met andere reguliere zorgactiviteiten, zoals huishoudelijke dienstverlening, uitgevoerd door ICARE, resp. het verzorgingshuis. Ook kan in situaties van niet-planbare zorg terug gevallen worden op reguliere zorglevering in de directe omgeving.

Voor de organisatie en uitvoering van de zorg is afstemming geboden tussen het PG-team, de huisarts en evt. andere betrokken hulpverleners. De wijkverpleegkundige van het PG-team speelt hierbij als zorgcoördinator de centrale rol. Heldere communicatielijnen zijn noodzakelijk. Beoogde middelen hiervoor zijn de zorgmap van de klant, goede bereikbaarheid (o.a. uitgewisselde telefoonnummers), gezamenlijke klantbespreking en ondersteuning. Voorts dienen concrete afspraken over samenwerking gemaakt te worden met de reguliere zorgteams die betrokken zijn bij PG-klanten in zorg bij het PG-team. Duidelijk moet zijn wie welke regie voert binnen een klantsituatie.

Voor de uitvoering van verpleegzorg thuis wordt per individuele situatie een zorgovereenkomst afgesloten.

### **Plaats waar de PG-zorg wordt geleverd**

Zoals aangegeven vindt de zorg en begeleiding van PG-klanten door het PG-team primair in de zelfstandige woonsituatie plaats. Dit zal echter niet altijd mogelijk, resp. wenselijk zijn. Dagbesteding, resp. dagverzorging, zal veelal in groepsverband (moeten) plaatsvinden en hiertoe zullen de faciliteiten, nl. groepsruimte, deskundige begeleiding en verzorging, in de te bouwen woonzorgcomplexen gecreëerd worden. Voorts zullen er zorgvragers zijn, die een beschermende woon- en leefomgeving nodig hebben: woon- en verblijfsvormen met 24-uurs nabije zorg en bescherming (inclusief toezicht). Met ‘nabij’ wordt bedoeld op de zorg die permanent aanwezig is (permanente aandacht en betrokkenheid). In elk van de twee te bouwen woonzorgcomplexen zal een voorziening voor deze zorgvragers opgenomen worden in de vorm van een gezamenlijke woonvoorziening. In deze woonvoorziening wordt de thuissituatie zoveel mogelijk gehandhaafd. De inrichting is zoveel mogelijk door de bewoner zelf bepaald, huishoudelijke taken worden geregeld als in een gewoon huishouden, boodschappen worden gedaan, er wordt eten voorbereid en gekookt en er wordt gezamenlijk gegeten,

koffie gedronken, enz. De woonvoorziening bestaat uit zes (of meer?) appartementen met eigen woon- slaapkamer, gezamenlijke keukenvoorziening en gezamenlijke recreatie- en dagbestedingsruimten en de aanwezigheid van een zorginfrastructuur. Op deze wijze wordt deels nog een appel gedaan op de individuele woonbeleving van PG-zorgvragers en wordt aan de volgende randvoorwaarden voldaan:

- Compensatie van psychische (o.a. oriëntatieverlies) en lichamelijke (o.a. mobiliteit) beperkingen. Door groepsruimten te creëren bij de appartementen blijven de PG-zorgvragers hun eigen appartement (zo veel mogelijk) herkennen en hebben zij de mogelijkheid om het appartement als hun thuisbasis te beschouwen, hetgeen de zelfstandigheid en het zelfvertrouwen ten goede komt
- De PG-zorgvragers moeten zich er thuis voelen; de ruimte moet uitnodigend zijn en de kwaliteit van leven moet voorop staan
- Alle mogelijkheden bieden om het ‘restvermogen’ in stand te houden.

Met deze vorm van beperkt zelfstandig wonen wordt de mogelijkheid geschapen, dat PG-zorgvragers die een beschermende leefomgeving of voortdurend nabij toezicht nodig hebben toch in de hun vertrouwde wijk kunnen blijven wonen.

### **Integratie eerste en tweede lijn**

De eerste lijn en het welzijnswerk in beide wijken zullen volop betrokken worden bij de zorg voor de PG-zorgvragers. Deze zorgvragers hebben structuur en intensieve begeleiding nodig en deze wordt gegeven door het PG-team, maar hierbij is samenwerking en afstemming met de medische en paramedische disciplines in de eerste lijn onontbeerlijk. Het uitgangspunt is, dat de eerste lijn de medische en paramedische zorg verleent aan PG-zorgvragers tot waar het kan en dat de verpleeghuisarts, resp. geriater, het overneemt, resp. medebehandelaar wordt, waar het moet vanwege het specialistisch karakter van de betreffende situatie.

#### **a. De medische zorg**

De huisarts zal ook de basis medische verpleeghuiszorg leveren in de zelfstandige thuissituaties, in de woonzorgcomplexen en in de specifieke appartementen. De kosten van deze medische zorg aan geïndiceerde PG-zorgvragers worden uit de vergoeding voor de geïndiceerde PG-zorg gefinancierd. Om deze medische zorg op goede wijze uit te kunnen voeren zullen de huisartsen werkzaam in beide wijken goed voorbereid en bijgeschoold moeten worden in deze vorm van zorg. Er zal aangesloten worden bij de ontwikkeling die momenteel gaande is bij de huisartsen om te komen tot een betere verdeling van taken, resp. aandachtsgebieden, van de huisartsen onderling. Het overleg met de huisartsen over deze voorgestane taakinvulling zal in het najaar gestart worden.

#### **b. De paramedische zorg**

De benodigde paramedische zorg voor PG-zorgvragers, nl. fysiotherapie, ergotherapie, voedingsadvies, zal ook primair geleverd worden door de in beide wijken werkende

paramedici. Ook de kosten voor deze zorgvormen zullen uit de vergoeding voor geïndiceerde PG-zorg gefinancierd worden. Gezien de specifieke doelgroep vraagt deze extra vorm van zorg ook voor deze groep functionarissen een goede voorbereiding en extra scholing. Het overleg over de voorgestane taakinvulling met deze groepen functionarissen zal ook in het najaar gestart worden.

**c. De plaats van waaruit de zorg gecoördineerd wordt**

De diverse hulp- en zorgverleners hebben een eigen huisvesting voor de uitvoering van hun werk. Onderbrenging in één huisvesting, b.v. in het wijksteunpunt gevestigd in elk van de wijkzorgcomplexen, heeft (grote) voordelen in het kader van afstemming en coördinatie van de hulp- en zorgverlening. Feitelijk zal deze gezamenlijke huisvesting niet te realiseren zijn vanwege de gegevenheid dat de diverse hulp- en zorgverleners reeds een eigen huisvesting hebben. Goede samenwerkings- en afstemmingsafspraken, b.v. met het gezondheidscentrum De Weide en zelfstandige eerstelijners, zullen gemaakt moeten worden over het gebruik van spreek- en behandelingsruimten, ten behoeve van de uitvoering van de verpleegzorg thuis. Het wijksteunpunt is uitvalsbasis voor het PG-team en biedt de faciliteiten voor de coördinatieactiviteiten en de uitvoering van gezamenlijke avond- en nachtdiensten, achterwacht en inzet in acute situaties.

**d. Welzijnswerk en sociaal-culturele voorzieningen**

Voorwaarde om verpleegzorg thuis op een goede en verantwoorde wijze te leveren is een nauwe samenwerking met het welzijnswerk (SWW) en sociaal-culturele voorzieningen in de wijk. Activering, recreatie en bezigheidsactiviteiten zijn onmisbaar ten behoeve van de nodige stimulering en prikkels toedienen en ook om de partner, familieleden en andere bekenden te ontlasten en te ondersteunen. Activering en dagbesteding zal in de zelfstandige woonsituatie plaatsvinden, maar (vooral) ook in groepsverband in het woonzorgcomplex. In het najaar zal overleg gestart worden met het welzijnswerk en eventueel andere voorzieningen in de wijken.

**e. De tweedelijns zorg binnen verpleegzorg thuis**

Zoals boven reeds aangegeven zal de medische basisverpleeghuiszorg worden uitgevoerd door de huisartsen in de wijk. Om deze taak op een kwalitatief goede wijze uit te kunnen voeren zal meer nodig zijn dan extra scholing en deskundigheidsbevordering. De huisarts zal moeten kunnen terugvallen op een gekwalificeerde verpleeghuisarts voor consultatie en doorverwijzing ten behoeve van screening, diagnosestelling of behandeling van specifieke PG-problematiek. De directe beschikking over de verpleegartsfunctie is te realiseren door het aantrekken van een (parttime) verpleeghuisarts of geriater door ICARE/NNCZ. De andere mogelijkheid is het aangaan van een samenwerkingsrelatie met een verpleeghuis, waarbij deze functie structureel wordt ingehuurd. Voordeel van een dergelijke samenwerkingsrelatie is, dat tevens andere functies van het verpleeghuis betrokken kunnen worden, zoals geheugenpoli en de inzet van een spv'er in specifieke situaties.

In ieder geval is het van belang dat de huisartsen en daarmee ook de verpleeghuisarts, resp. geriater, niet in een isolement functioneren. Ten behoeve van de kwaliteit en de continuïteit van de PG-zorg zal een samenwerkingsverband gesloten worden met een verpleeghuis. Het doel van de samenwerking is om in groter verband te participeren ten behoeve van inhoudelijke vakontwikkeling, scholing, intercollegiale toetsing, e.d. En om het zorginnovatieve karakter van verpleegzorg thuis verder te ontwikkelen en te

verbreiden kan de samenwerking vormgegeven worden in de inrichting van een gezamenlijk expertisecentrum.

Er heeft reeds overleg plaatsgevonden met een tweetal verpleeghuizen, die beide zeer geïnteresseerd blijken in een dergelijke vorm van samenwerking.



## 4. Samenwerking geactualiseerd

ICARE heeft de behoefte kenbaar gemaakt om de samenwerking met het Jannes van der Sleedenhuis (en daardoor met de HSWO) en Woonzorgcentra Noord-Nederland te intensiveren, zodanig dat het bedrijfsmatig beheer van het Jannes en WZNN binnen ICARE geïntegreerd wordt.

In het voorgaande zijn de motieven voor een deze intensivering gerubriceerd; de behoefte aan een zodanig intensieve samenwerking is gebaseerd op:

- De verdere absolute en relatieve groei van het aantal ouderen
- De kostendruk die daaruit voortvloeit
- De dominante trends in de ouderenzorg naar
  - flexibilisering van het aanbod
  - toename van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen
  - daling van het aantal intramurale (verzorgingshuis-) plaatsen
  - stijging van de extramurale behoefte en – capaciteit
  - stimulering van de ontwikkeling van woon-zorg-zones
  - ontwikkeling van een vloeiende overgang tussen de verschillende vormen van intra- en extramurale zorg
  - schaalvergroting van instellingen in de ouderenzorg
  - de groei van multifunctionele instellingen
- De ontwikkeling van de samenwerking in de Coöperatie tot uitdrukking komend in de reeds feitelijk gerealiseerde samenwerking en de nieuwbouwplannen en de feitelijke bevestiging van de bovenstaande trends.
- Het meergenoemde motief van “corporate governance” voor ICARE.

Deze behoefte is gebaseerd op de eerder genoemde inhoudelijke ontwikkelingen in de sector, de specifieke motieven verband houdend met de plannen voor zorgvernieuwing en met de in de inleiding beschreven behoefte aan een, in het licht van corporate governance, transparante structuur.

In de inmiddels gehouden gesprekken is door de voorzitter van de HSWO geïndiceerd dat deze behoefte bespreekbaar is, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

1. Waarborgen voor het bewaken van de humanistische identiteit en beïnvloeding van de zorgvisie, verankerd in gegarandeerde afspraken tussen ICARE en de HSWO.
2. Waar mogelijk vermijding van een procedure of construct waarin de statuten van de



HSVO gewijzigd moeten worden.

Voorts achten alle partijen zich gehouden om bij de voorbereiding van hun voornemens tijdig en wanneer opportuun de medezeggenschapsorganen, vakorganisaties en andere mogelijke belanghebbenden te betrekken. Dit is eerst aan de orde wanneer een voornemen geformaliseerd is in de besturen en / of RvC.

In de huidige constellatie wordt als volgt samengewerkt:

- HSVO, WZNN en ICARE nemen deel in de NNCZ U.A.
- Op de Algemene Ledenvergadering kan gestemd worden door de Cliëntenraad, HSVO, WZNN en ICARE
- De huidige stemverhouding is 1:1:1:4
- WZNN is ondergebracht in het bestuursbereik van ICARE
- De coöperatie heeft middels de aktes van inbreng het beheer over de bedrijfsvoering en de erkenningen van HSVO en WZNN
- De coöperatie heeft jegens HSVO vastgelegd dat aan HSVO bevoegdheden toekomen waar het gaat om bewaking van de identiteit en beïnvloeding van de zorgvisie.

Voor de nieuwe situatie wordt voorgesteld:

- De verantwoordelijkheden voor en rechten verband houdend met de bedrijfsvoering en de erkenningen worden door de HSVO (en WZNN) overgedragen aan ICARE.
- ICARE legt jegens HSVO en WZNN vast dat aan HSVO en WZNN (dezelfde) bevoegdheden toekomen waar het gaat om bewaking van de identiteit en beïnvloeding van de zorgvisie.
- De vastlegging van de overgang en de daarbij behorende condities geschiedt bij overeenkomst tussen partijen of statutair, dan wel in een combinatie van beide.
- De coöperatie wordt vervolgens ontbonden.

## 5. Stappenplan

De meest belangrijke stap vóór de uitwerking van het definitieve stappenplan is het antwoord op de vraag of de hiervoor geschetste richting inhoudelijk overeenstemt met de uitkomst van de eerdere besprekingen en de daarbij geschetste voorwaarden.

De hierna volgende stap is de presentatie en besluitvorming over een voornemen in de respectievelijke besturen en / of Raden van Commissarissen.

Vervolgens / tegelijkertijd is de informatie van de medezeggenschap en het georganiseerd overleg aan de orde en volgen de stappen in het kader van de SER fusiegedragsregels en zo nodig de mededingingsregels. Daarbij zullen de juridische, arbeidsrechtelijke en mededingings- implicaties van het een en ander onderzocht moeten worden.

In dit verband zij ook verwezen naar de bijlagen1 en 2<sup>3</sup>.

### Indicatieve planning

- Opstelling meerpartijen-overeenkomst (NNCZ en leden van de coöperatie) ter zake van over te dragen rechten. (12/2004)
- Definitieve vaststelling beslisdocument. (01-2005)
- Beslissing over voorbereiding voornemen tussen gedelegeerden. (1/2005)
  - Samenwerkingsmodel
  - Juridische constructie
    - Inhoudelijk
    - Conditie
  - Planning
- Definitieve bepaling van partijen en hun over te dragen rechten. (12/2004)
- Presentatie en overleg bestuursniveau (02/2005)
- Beslissing over voornemen op bestuursniveau (06/2005)
- Samenstelling en benoeming projectleider – projectteam ICARE, NNCZ, Jannes (06-2005)

---

<sup>3</sup> Concept Piet de Quay, Bird & Bird

- Overleg materiedeskundigen (P&O, F&A, zorginhoudelijk) Jannes, WZNN, NNCZ, ICARE (07-2005)
  - Uitwerking organisatorische consequenties P, O, (I), F
  - Inventarisatie personele consequenties
- Uitwerking juridische consequenties (07/2005):
  - Inhoudelijk
  - Arbeidsrechtelijk
  - Mededingingsrechtelijk
  - Fiscaal
  - AWBZ (erkenning)
- Informatie en presentatie aan Ondernemingsraden, Cliëntenraden, vakorganisaties, zorgkantoor en SER (08-2005)
- Overleg Ondernemingsraden, Cliëntenraden en vakorganisaties (08-2005)
- Advies Ondernemingsraden en Cliëntenraden (08-2005)
- Overlegresultaat vakorganisaties (08-2005)
- Vertaling en overleg individuele personele consequenties (08-2005)
- Ledenvergadering NNCZ (08/2005)
  - Vaststelling jaarstukken 2004
  - Definitieve vaststelling projectplan.
  - Besluit opheffing NNCZ
  - Start liquidatie-activiteiten NNCZ (zie bijlage 2)
- Beslissing RvB, RvC, Bestuur, ALV (09-2005)
- Besluit overgang erkenning (09-2005)
- Informeren SER, betrokken medewerkers, bewoners (09-2005)
- Notariële verankering (eventueel statuten ICARE, samenwerkingsovereenkomst, overdrachtsovereenkomst, consequenties WZNN, opheffing NNCZ) (10-2005)
- Verwerking arbeidsrechtelijke consequenties (10-2005)
- Melding Belastingdienst, UWV, PGGM (11-2005)



## **Bijlage 1: Ontwerp Samenwerkingsovereenkomst**

uitsluitend bestemd voor discussiedoeleinden

versie d.d. 24 december 2004

### **SAMENWERKINGSOVEREENKOMST**

**TUSSEN**

**STICHTING ICARE**

**EN**

**HUMANISTISCHE STICHTING VOOR OUDEREN**

**EN**

**STICHTING WOON-ZORGCENTRA NOORD-  
NEDERLAND**

## **PARTIJEN:**

1. de stichting: Stichting ICARE, statutair gevestigd te Meppel, met adres Blankenstein 400, 7943 PH Meppel, hierna te noemen: “ICARE”, vertegenwoordigd door de voorzitter van de Raad van Bestuur, de heer B. Visser;
2. de stichting: Humanistische Stichting voor Ouderen, statutair gevestigd te Hoogeveen, met adres Eisenhowerstraat 10, 7901 AH Hoogeveen, deze stichting hierna te noemen: “HSvO”, vertegenwoordigd door de voorzitter en de secretaris / penningmeester van het bestuur, mevrouw B.E.A. van Kuilenburg-Lodder en de heer J. Hoogeveen / de heer J. van de Belt; en
3. de stichting: Stichting Woon-Zorgcentra Noord-Nederland, statutair gevestigd te Assen, met adres Riegshoogtendijk 59, 7913 TZ Hollandscheveld, gemeente Hoogeveen, deze stichting hierna te noemen: “WZNN”, vertegenwoordigd door de directeur, de heer P. Waninge,

elk van deze stichtingen hierna ook aan te duiden als “Partij”, of gezamenlijk ook aan te duiden als “Partijen”,

## **OVERWEGENDE DAT:**

1. **Grondslag van de overeenkomst. Identiteit en doelstelling HSvO en WZNN**
  - 1.1 HSvO heeft blijkens haar statuten, zoals laatstelijk vastgesteld op 29 april 2004, een humanistische grondslag, waardoor zij in haar doelstelling uitgaat van een humanistisch mens- en wereldbeeld dat zich kenmerkt door:
    - de voortdurende bereidheid zich in denken en doen naar normen van redelijkheid en zedelijkheid te verantwoorden;
    - de helpende zorg voor de medemens om hem in staat te stellen zich te ontplooiën tot een volwaardig bestaan in zelfbestemming;
    - het streven naar een samenleving waarin vrijheid en gerechtigheid, verdraagzaamheid, eerbied voor de menselijke waardigheid en medemenselijkheid centraal staan;
    - het aanwenden van alle andere wettige middelen die bevorderlijk zijn voor het bereiken van het beoogde doel.

Het bovenstaande geldt voor een ieder die betrokken is bij de stichting en derhalve de doelstelling van de stichting tracht te verwezenlijken.

In onze samenleving, waar het respect en aanzien voor het ouder worden niet meer zo groot zijn als bij vorige generaties en de vergrijzing zelfs al vaak als een groot economisch probleem wordt beschreven, is solidariteit met ouderen voor de stichting een belangrijk uitgangspunt. Door de steeds groter wordende hulpbehoefendheid en de daaruit voortvloeiende afhankelijkheid van ouderen zal men zich extra moeten inspannen voor het behoud en de verbetering van de menselijke waardigheid. Het beleid van de stichting en het dagelijkse beheer van de in exploitatie zijnde instelling(en) worden op bovengenoemde uitgangspunten gebaseerd.

De mens (bewoner, personeelslid en vrijwilliger) staat centraal in de organisatie. In de omgang met mensen is er de verplichting de waarden van elk individueel mens te respecteren. Voor bewoners en bewoonsters van de instelling(en) betekent dit, dat zeggenschap over een eigen levenswijze binnen de leefgemeenschap een wezenlijk element moet blijven, die slechts beperkt mag worden indien er schade wordt berokkend aan anderen. Daarbij dient overigens niet vergeten te worden, dat mensen ook behoefte hebben aan onderlinge verbondenheid en aan menselijke warmte. Voor de categorie van bewoners/bewoonsters die zich hun waarden niet meer zo bewust zijn, dat ze er naar kunnen leven, zal de instelling er voor moeten zorgen, dat hun menselijke waardigheid zoveel mogelijk behouden blijft.

Een intensieve en liefdevolle verzorging is dan vereist. Samenvattend kan gesteld worden, dat de Humanistische Stichting voor Ouderen zich inzet voor behoud en verbetering van de kwaliteit van het leven van de oudere mens. Zij staat hierbij een democratisch bestuur voor, waarin bewoners/bewoonsters, personeel en vrijwilligers/vrijwilligsters een bijdrage leveren aan de besluitvorming binnen de in exploitatie zijnde instelling

- 1.2 HSvO heeft blijkens genoemde statuten ten doel het doen exploiteren van voorzieningen van huisvesting gecombineerd met begeleiding, verzorging, verpleging en/of behandeling van ouderen en verzorgingsbehoevenden, dan wel het doen aanbieden van zorgfuncties zonder wonen met als doel het begeleiden en ondersteunen van ouderen bij hun streven zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, dan wel het doen uitvoeren van andere zorgfuncties en het doen aanbieden van daarop aansluitende pakketten van zorg, één en ander met inachtneming en handhaving van haar identiteit en grondslag.
- 1.3 WZNN heeft blijkens haar statuten zoals laatstelijk vastgesteld op 31 maart 1995 een algemene grondslag waardoor zij in haar doelstelling open staat voor iedere belanghebbende ongeacht zijn of haar levensovertuiging of maatschappelijke beschouwing, met dien verstande dat het verzorgingshuis 'De Zonnehof' te Haren (Groningen) een protestants-christelijk karakter heeft, en zal blijven houden.
- 1.4 WZNN heeft blijkens haar genoemde statuten ten doel het bieden van huisvesting, verzorging en verpleging aan cliënten woonachtig hetzij in een verzorgingshuis, hetzij zelfstandig.

## **2. Lidmaatschap NNCZ en inbreng woonzorgcentra**

- 2.1 HSvO en ICARE zijn mede-oprichters en leden van de coöperatie: Noord Nederlandse Coöperatie van Zorginstellingen U.A. gevestigd te Assen, en met adres Eisenhowerstraat 10, 7901 AH Hoogeveen, opgericht op 28 januari 1999, waarvan de statuten laatstelijk zijn vastgesteld op 27 november 2001, deze coöperatie hierna ook te noemen: de “NNCZ”. WZNN is op 27 november 2001 toegetreden als lid tot de NNCZ.
- 2.2 De NNCZ voert onder meer de exploitatie van de volgende woonzorgcentra:
- a het woonzorgcentrum “Jannes van der Sleedenhuis” te Hoogeveen, hierna te noemen: het “Jannes”;
  - b. het woonzorgcentrum “Beatrix” te Hollandscheveld, hierna te noemen: het “Beatrix”; en
  - c. het woonzorgcentrum de “Zonnehof” te Haren, hierna te noemen: de “Zonnehof”,
- het Jannes, het Beatrix en de Zonnehof ieder afzonderlijk hierna ook te noemen: de "Onderneming" en tezamen hierna ook te noemen: de “Ondernemingen”.
- 2.3 Het Jannes is met ingang van 1 januari 2002 door HSvO ingebracht in de NNCZ blijkens een overeenkomst van inbreng, deze overeenkomst hierna te noemen: de “HSvO-Inbrengovereenkomst”.
- 2.4 Het Beatrix en de Zonnehof zijn met ingang van 1 januari 2002 door WZNN ingebracht in de NNCZ blijkens een overeenkomst van inbreng, deze overeenkomst hierna te noemen: de “WZNN-Inbrengovereenkomst”.

## **3. Overeenkomst tot wijziging samenwerkingsvorm**

- 3.1 Partijen zijn in de maand oktober 2004 overleg gestart over het wijzigen van de samenwerking in coöperatieverband in dier voege dat de Ondernemingen tezamen met de overige intramurale en extramurale zorgactiviteiten van de NNCZ in de loop van het jaar 2005 in de werkorganisatie van ICARE zullen worden geïntegreerd.
- 3.2 Dit overleg heeft eind december 2004 geresulteerd in een principe-akkoord.
- 3.3 Het principe-akkoord is uitvloeisel van een reeds lang onder Partijen levend streven om, in de woorden van de HSvO-Inbrengovereenkomst en de WZNN-Inbrengovereenkomst, " te komen tot een integrale zorgorganisatie voor thuiszorg, verzorgingshuiszorg en op termijn tot verpleeghuiszorg met het oogmerk een zorgcontinuüm tot stand te brengen waarin de functies en producten van voornoemde zorgorganisaties bijeengebracht zullen worden in een nieuw vraag gestuurd organisatorisch kader".
- 3.4 HSvO en WZNN hebben als voorwaarde voor een definitief akkoord bedongen



dat ICARE zich verplicht tot het waarborgen binnen de Ondernemingen van de onder 1 genoemde identiteit, grondslag en doelstelling van HSvO en WZNN, zoals onder meer tot uitdrukking gebracht in artikel 4 van de HSvO-Inbrengovereenkomst en de WZNN-Inbrengovereenkomst die elk gelijk en woordelijk luiden:

" Artikel 4

Identiteit en grondslag

4.1 Terzake de navolgende onderwerpen kan de coöperatie slechts rechtsgeldig een besluit nemen nadat de stichting schriftelijk om instemming is gevraagd.

4.2 De stichting dient hiertoe binnen één maand haar standpunt schriftelijk vast te leggen en kenbaar te maken.

4.3 Mocht zij dat niet binnen deze termijnen doen, dan wordt zij geacht met het besluit in te stemmen.

4.4 Instemming is vereist betreffende de navolgende onderwerpen:

- De benoeming van de eindverantwoordelijke van een locatie;
- Besluiten op het gebied van identiteitsgebonden zorgbeleid;
- Besluiten inzake de wijziging van de identiteit van een locatie;
- Besluiten inzake de wijziging van de kernfunctie van een locatie;
- Opheffen van een locatie;
- Besluiten met betrekking tot algemeen personeelsbeleid die van invloed zijn op de identiteit van de organisatie c.q. de omvang van de organisatie die door de stichting op de hiervoor aangegeven wijze is ingebracht.

4.5 Terzake van besluiten betreffende algemeen personeelsbeleid, welke van invloed zijn op de identiteit kan de coöperatie slechts rechtsgeldig een besluit nemen nadat de stichting om schriftelijk advies is gevraagd.

4.6 De stichting dient binnen twee maanden haar advies uit te brengen."

4. Partijen wensen thans bij deze overeenkomst de handhaving en waarborg van de genoemde identiteit, grondslag en doelstelling van HSvO en WZNN binnen de Ondernemingen vast te leggen, zulks onder de nader hieronder omschreven bepalingen.

**KOMEN PARTIJEN OVEREEN ALS VOLGT:**

## **Integratie**

### **Artikel 1**

- 1.1 Partijen hebben het voornemen om door middel van open en reëel overleg te komen tot een integratie van de exploitatie van de Ondernemingen in de bedrijfseenheid “Wonen en Zorg” van ICARE.
- 1.2 Alvorens in het openbaar naar buiten te treden met mededelingen over het in voorbereiding zijn of de totstandkoming van de genoemde integratie zullen Partijen actief de aan hun organisaties verbonden organen van medezeggenschap of vertegenwoordiging van werknemers/personeel en van cliënten inlichten en hen in de gelegenheid stellen advies uit te brengen. Voorts zullen Partijen ter bescherming van de belangen van werknemers de SER Fusiegedragsregels 2000 naleven en indien nodig de relevante vakverenigingen van werknemers inlichten.
- 1.3 Voor zover vereist zullen partijen zorg dragen voor melding bij de verantwoordelijke toezichthoudende instantie op het gebied van mededingingsrecht.
- 1.4 Partijen zullen zich inspannen om de "erkenning" van de Ondernemingen als toegelaten instelling als bedoeld in de AWBZ na de integratie te behouden.

## **Behoud van identiteit**

### **Artikel 2**

- 2.1 Partijen beschouwen de onder hoofdstuk 1 van de considerans geformuleerde identiteit, grondslag en doelstellingen van HSvO respectievelijk WZNN als de grondslag van deze overeenkomst.
- 2.2. Als waarborg van de identiteit van de Ondernemingen zal ICARE ervoor zorg dragen dat binnen zijn Raad van Commissarissen één lid zal belast worden met de portefeuille "behoud identiteit", een en ander met inachtneming van de gangbare verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur.
- 2.2 ICARE zal ten aanzien van de volgende onderwerpen betreffende één der Ondernemingen geen besluiten nemen zonder de voorafgaande goedkeuring van het bestuur van hetzij HSvO hetzij WZNN en voorafgaande raadpleging van de ondernemingsraad en de cliëntenraad van de betreffende Onderneming, danwel de ondernemingsraad of cliëntenraad die als rechtopvolger terzake van de betreffende Onderneming de rol van de huidige ondernemingsraad of cliëntenraad heeft overgenomen:
  - de benoeming van de locatiemanager van de Onderneming;
  - besluiten op het gebied van het identiteitsgebonden zorgbeleid binnen de Onderneming;
  - besluiten inzake de wijziging van de identiteit van de Onderneming;

- besluiten inzake de wijziging van de kernfunctie van de Onderneming;
  - opheffen of verplaatsen van de Onderneming;
  - besluiten met betrekking tot algemeen personeelsbeleid die van invloed zijn op de identiteit en de omvang van de Onderneming.
- 2.4 Het bestuur van HSvO danwel WZNN dient over een verzoek tot goedkeuring als bedoeld in artikel 2.3 binnen één maand na ontvangst haar standpunt aan ICARE schriftelijk kenbaar te maken. Indien HSvO danwel WZNN na de genoemde termijn nog geen standpunt kenbaar heeft gemaakt wordt de goedkeuring geacht te zijn verleend.
- 2.5 De raadpleging van de ondernemingsraad respectievelijk de cliëntenraad van de betrokken Onderneming als bedoeld in artikel 2.3 zal dienen te geschieden in overeenstemming met het toepasselijke Reglement Ondernemingsraad en Reglement Cliëntenraad.

## **Beëindiging NNCZ**

### **Artikel 3**

- 3.1 Op een geschikt tijdstip tijdens het integratieproces of na het voltooien daarvan zullen Partijen in een algemene ledenvergadering van de NNCZ in goed overleg een besluit nemen omtrent het ontbinden van de NNCZ.
- 3.2 Voor zover de redelijkheid en billijkheid zich hiertegen niet verzetten zal de vereffenaar van de NNCZ eventueel nog aanwezige baten en verplichtingen overdragen aan de werkorganisatie van ICARE binnen de bedrijfseenheid Wonen en Zorg.

## **Duur van de Overeenkomst**

### **Artikel 4**

Deze overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd en zal na drie jaar door Partijen worden geëvalueerd.

## Slotbepaling

### Artikel 5

Voor zover deze overeenkomst een onderwerp niet volledig of onvoldoende regelt zal daarvoor aansluiting worden gezocht bij wel in deze overeenkomst geregelde gevallen en zullen Partijen in redelijkheid en billijkheid naar een oplossing zoeken in de geest van deze overeenkomst.

## Toepasselijk recht

### Artikel 6

- 6.1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing. De onderstreepte hoofden zijn slechts indicatief bedoeld.
- 6.2 Alle geschillen die mochten ontstaan naar aanleiding van deze overeenkomst, en alle aanvullende overeenkomsten en afspraken tussen Partijen voortvloeiende uit deze overeenkomst, zullen met uitsluiting van hoger beroep worden beslecht overeenkomstig het Arbitragereglement van het Nederlands Arbitrage Instituut. Het scheidsgerecht zal bestaan uit drie arbiters en zal beslissen naar de regelen des rechts. De plaats van arbitrage zal zijn Assen. De taal van arbitrage zal zijn Nederlands.

Aldus opgemaakt en getekend in drievoud te \_\_\_\_\_  
op \_\_\_\_\_ 2005.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Bijlage 2: stappenplan voor de liquidatie van de NNCZ U.A.**

1. Besluit van de algemene ledenvergadering waarin wordt besloten tot:
  - ontbinding en liquidatie van de coöperatie;
  - de wijze van vereffening van het vermogen van de coöperatie;
  - ontslag van de bestuurder, de heer P. Waning, en
  - aanwijzing van de heer P. Waning tot vereffenaar, alsmede tot bewaarder van de boeken en bescheiden.
2. Opgave bij de Kamer van Koophandel te Assen van:
  - de ontbinding van de coöperatie, die voortaan de letters "i.l." of de woorden "in liquidatie" achter haar naam dient te voeren;
  - het ontslag van de bestuurder, en
  - de benoeming van de vereffenaar.
3. Vereffening van het vermogen: de vereffenaar int alle vorderingen en voldoet alle schulden en stelt daarna een rekening en verantwoording met liquidatiebalans op. Indien er een overschot is, stelt de vereffenaar tevens een plan van verdeling op, die de gerechtigden tot het overschot en de grondslagen van de verdeling vermeldt.
4. De rekening en verantwoording (alsmede het plan van verdeling) worden ten kantore van de coöperatie in liquidatie neergelegd en bij de Kamer van Koophandel gedeponerd.
5. De vereffenaar kondigt de deponering aan bij advertentie in een landelijk

verspreid dagblad. Vervolgens vangt een twee-maands-termijn aan, waarbinnen eventuele schuldeisers in verzet kunnen komen.

6. Na afloop van bovengenoemde twee-maands-termijn verzoekt men een verklaring van geen verzet bij de griffie van de rechtbank te Assen, waarna de uitkering conform de rekening en verantwoording en het plan van verdeling kan plaatsvinden.
7. De vereffening eindigt op het tijdstip waarop geen aan de vereffenaar bekende baten meer aanwezig zijn.
8. Van de beëindiging van de vereffening en de infunctietreding van de bewaarder van de boeken en bescheiden wordt opgave gedaan bij de Kamer van Koophandel.
9. Indien na beëindiging van de vereffening nog onbekende baten opkomen, dient de vereffeningprocedure heropend worden middels verzoekschrift bij de rechtbank.