

Startnotitie

Vitaal Thuis – Samen in de wijk

Versie 191111

Introductie

Mensen in staat stellen zoveel mogelijk zelfstandig te functioneren, zowel thuis als in de samenleving, waar mogelijk met inzet van technologie. Dat is de doelstelling van het VitaValley-programma Vitaal Thuis. Het programma Vitaal Thuis kent thans een looptijd van ruim 5 jaar. Tientallen partijen in zorg en welzijn werken non-concurrentieel samen aan het implementeren en opschalen van slimme toepassingen die zelfregie en zelfstandigheid van mensen moeten bevorderen. Daarbij richtten we ons in een eerste fase op thuis technologie (beeldbellen, leefstijlmonitoring en sensortechnologie, medicatie dispensing, oplossingen voor toegang tot de woning). In een tweede fase van het programma hielden we ons bezig met ziekenhuiszorg thuis: welke diensten waarvoor mensen nu naar het ziekenhuis moeten, kunnen ze met behulp van slimme oplossingen ook in de thuissituatie ontvangen?

Meer recent ontstond de behoefte bij partners samen na te denken over het faciliteren van maatschappelijke participatie; hoe kan je zelfstandig functioneren in de wijk, ondanks beperkingen en waar mogelijk ondersteund door technologie? Deze notitie adresseert deze vraag en markeert de start van een nieuwe coalitie: 'Vitaal Thuis – Samen in de Wijk'.

Context

Concrete aanleiding voor het Vitaal Thuis onderdeel 'Samen in de Wijk' is gelegen in de veranderopgave waar organisaties die diensten voor 'beschermd wonen' aanbieden zich voor zien gesteld. Dat geldt bijvoorbeeld voor VitaValley-partner Kwintes. Kwintes biedt begeleiding bij omgaan met wonen, leren & werken, financiën. Naast begeleiding aan huis verzorgt Kwintes tevens beschermd wonen voor mensen met psychosociale en psychiatrische stoornissen. Gestimuleerd door veranderingen in de behoefte van cliënten, opvattingen in de samenleving en stelselwijzigingen, is deze organisatie op zoek naar nieuwe mogelijkheden om de doelgroep te ondersteunen. En steeds meer organisaties ondernemen dezelfde zoektocht.

Vragen die daarbij leven zijn: Hoe kunnen we bereiken dat mensen met genoemde beperkingen weer meer zelfstandig kunnen wonen en leven in de wijk? Hoe voorkomen we dat mensen onnodig en te lang afhankelijk worden van geïnstitutionaliseerde dienstverlening? Welke innovatieve toepassingen kunnen dit zoeken naar optimale zelfstandigheid ondersteunen?

Decentralisatie

Deze probleemstelling komt naar voren door een toenemende behoefte in de samenleving om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen functioneren. Los van de brede maatschappelijke consensus hierover is er vanwege de druk op de kosten van de gezondheidszorg en vanwege arbeidsmarktproblemen ook sprake van een noodzakelijke wijziging van het sociaal arrangement. Die behoefte en noodzakelijkheid hebben zich vertaald in beleid en wetgeving. Met name met de stelselwijzigingen en decentralisatie-operatie in 2015, die met zich meebrachten dat niet langer de rijksoverheid, maar gemeenten verantwoordelijk werden gemaakt voor ondersteuning en

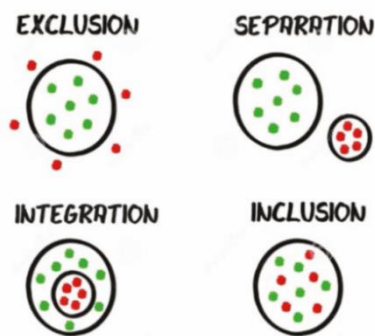
begeleiding van inwoners die daaraan behoefte hebben. Grote onderdelen van de toenmalige AWBZ werden daartoe ondergebracht in de WMO, andere in de ZVW (wijkverpleging en behandeling) en resterende langdurige zorg in de WLZ. Gemeenten zijn met de WMO verantwoordelijk voor mensen die behoefte hebben aan vormen van beschermd wonen en maatschappelijke opvang. De Participatiewet geeft gemeenten een aantal instrumenten om te zorgen dat mensen met een arbeidsbeperking een plek op de arbeidsmarkt kunnen vinden. De belangrijkste zijn loonkosten-subsidie en beschut werk. Gemeenten hebben ten slotte een jeugdhulp-plicht (met uitzondering van ernstige, levenslange beperkingen).

Ambulantisering

Samen met de vermaatschappelijking van beschermd wonen en bijbehorende overgang van de verantwoordelijkheid naar gemeenten is er ook sprake van een de-institutionalisering van de dienstverlening. Versterking van ambulante begeleiding en lichtere woonvormen, in relatie tot afbouw van intramurale capaciteit. Kwetsbare mensen komen meer in de buurt en wijk te wonen. Gemeenten moeten hier een actieve bijdrage aan leveren, mede in relatie met de beweging van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Gemeenten dragen hierin ook de financiële verantwoordelijkheid en ontvangen daarvoor een budget¹. Daarmee ontstaat er een belangrijke financiële incentive bij de contractering van de desbetreffende zorg en ondersteuning om het benodigde budget te verwerven, zo goed mogelijk te laten aansluiten op de feitelijke kosten en waar nodig op zoek te gaan naar doelmatiger inkoop. Daarmee ontstaat – althans in theorie - een impuls om op zoek te gaan naar innovatieve vormen van dienstverlening².

Visie: van cliënt naar wijkgenoot

Maatschappelijke opvattingen over het omgaan met beperkingen veranderen. Verschuivingen in het denken over de plaats van mensen met beperkingen in de samenleving zijn te typeren als in onderstaande figuur³. In deze perspectieven is weliswaar sprake van een tendens naar



vermaatschappelijking, maar beschouwen we mensen met een beperking nog steeds als 'anders'; in de figuur aangeduid met 'othering'.

OTHERING

In de 4 scenario's staan de groene stippen voor mensen zonder en de rode voor mensen met een beperking. Er is een periode geweest dat mensen met een beperking werden uitgestoten uit de maatschappij, een scenario dat wordt aangeduid met *exclusion*. Meer recent nog bestond het scenario van

¹ De overdracht naar de Wmo houdt in dat het budget in de AWBZ voor beschermd wonen met de zogeheten ZZP-C indicaties per 1 januari 2015 is overgegaan naar de gemeenten. Bestuurlijk is afgesproken dat de verantwoordelijkheid voor beschermd wonen voorlopig wordt belegd bij de 43 'centrumgemeenten' die ook Maatschappelijke Opvang uitvoeren. Deze voeren nu de beschermd wonen-taak uit voor een regio, bestaande uit de centrumgemeente zelf en een aantal regiogemeenten. De commissie Dannenberg van de VNG heeft een advies uitgebracht over de verdeling van de financiële middelen voor beschermd wonen over de gemeenten. De commissie heeft uitgangspunten voor het verdeelmodel geformuleerd. Het feitelijk construeren van het verdeelmodel gebeurt door het ministerie van Binnenlandse Zaken. Zie: https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen_20151109.pdf

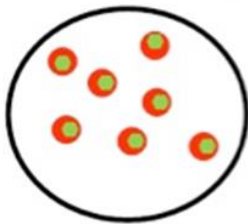
² In de praktijk staat korte termijn oriëntatie op kostenbesparing het investeren in innovatie voor de langere termijn vaak in de weg.

³ Ontleend aan: Movisie: Op weg naar een beschermd thuis. Handreiking Kantelingsproces beschermd wonen. <https://www.movisie.nl/publicatie/weg-naar-beschermd-thuis>

seperation, waarin mensen met een beperking apart werden gehuisvest op afgelegen plaatsen; denk aan inrichtingen in de bossen. Vanuit dat scenario is de stap gezet naar het creëren van voorzieningen voor beschermd wonen in de wijk: *integration*. Het huidige kabinetsbeleid is gericht op het zo mogelijk zelfstandig en geïntegreerd wonen van mensen met een beperking in de wijk: *inclusion*.

In een vijfde scenario of perspectief onderkennen we dat ieder mens op enig moment in het leven te kampen heeft met beperkingen die mogelijk leiden tot een behoefte aan zorg en ondersteuning. In

USSING



onderstaande figuur heeft daarom ieder bolletje ook een rode component. In die zin beschouwen we mensen met een beperking dan niet als 'anders'. Het gaat immers niet om anderen, het gaat ook over jezelf en dus om 'wij'. Van belang voor deze visie is dat er niet alleen een oriëntatie is op kwetsbaarheden, maar juist op elkaars interesses, mogelijkheden en talenten. Ook in de ondersteuning. Idealiter is dat een gezamenlijke zoektocht naar de verbinding met elkaar: wederkerigheid.

De essentie en meerwaarde van deze visie is hoe je *samen* dingen kunt ondernemen en daar een zinvol bestaan aan kunt ontleen. We duiden deze zienswijze aan als de beweging van de ander naar wij, ofwel 'ussing'⁴. Een beweging die aansluit bij het concept van positieve gezondheid, waarbij gezondheid niet alleen wordt gezien als het al dan niet optreden van fysieke of psychische stoornissen en beperkingen in het dagelijks functioneren, maar ook uit de dimensies sociaal-maatschappelijke participatie, zingeving en kwaliteit van leven.

Meer dan zelfredzaamheid

Merk op dat het in deze visie dus niet alleen gaat om autonomie en zelfredzaamheid. Toch ligt daar in beleid en handelen van veel gemeenten sterk de nadruk op. Maar wat is zelfredzaamheid en hoe meet je dat? Een bekend instrument is de zogenaamde 'Zelfredzaamheidsmatrix'⁵. Het meetinstrument is een gedetailleerde uitwerking van onderstaande matrix voor zelfredzaamheid. Overigens als meetinstrument dermate complex dat het in de praktijk weinig of weinig accuraat gebruikt wordt.

	1 ACUUT	2 NIET	3 BEPERKT	4 VOLDOENDE	5 VOLLEDIG
Zelfredzaam	Acute problematiek. De situatie is onhoudbaar.	Persoon is niet zelfredzaam. Situatie is slecht en niet toereikend.	Beperkte zelfredzaamheid. Situatie is stabiel maar minimaal toereikend.	De persoon is voldoende zelfredzaam.	De zelfredzaamheid is bovengemiddeld goed.
Zorg	De persoon heeft direct (meer) zorg nodig.	Grote zorgbehoefte waar de persoon niet zelf in kan voorzien.	Persoon heeft een zorgbehoefte waarin deels wordt voorzien.	In eventueel aanwezige zorgbehoefte is voorzien.	De persoon heeft geen zorgbehoefte.
Begeleiding	Extra intensieve begeleiding is acuut noodzakelijk.	Extra begeleiding is nodig.	Begeleiding kan verbeterd worden.	Begeleiding is voldoende.	Begeleiding is onnodig.

⁴ Ontleend aan Ann Meijer: <https://www.nieuworganiseren.nu/partner-ann-meijer-procesmanagement/>

⁵ Een door de GGDén Rotterdam en Amsterdam ontwikkelde methodiek: <https://www.zelfredzaamheidsmatrix.nl/>

Deze matrix wordt nu door veel gemeenten als basis gebruikt voor de beleidsontwikkeling en voor het meten van de effectiviteit. Kritiek daarop is dat iemand een stapje verder helpen op deze ladder van zelfstandigheid, nog niet betekent dat hij of zij daarmee meer kwaliteit van leven heeft⁶. Mensen willen niet alleen maar zelfstandig zijn, maar ook relaties aangaan en participeren in de samenleving. Het spinnenweb van het Institute for Positive Health lijkt in dit verband eenvoudiger en voor professionals in de praktijk beter hanteerbaar. Het kan dienen als startpunt voor het bepalen van de ondersteuningsvraag en als evaluatie instrument.

Zelfstandigheid en leefomgeving

Samen veronderstelt het aangaan en onderhouden van relaties. Op basis van het concept van positieve gezondheid ontwikkelde het Louis Bolk instituut⁷ een model waarin zichtbaar wordt gemaakt wat dat betekent voor de verbinding tussen mens en leefomgeving (zie figuur). Het model kan helpen bij het realiseren van een passend samenspel van dienstverleners, die met een geïntegreerd aanbod kunnen inspelen op behoefte aan ondersteuning van een of meer dimensies. Het maakt ook tegelijkertijd inzichtelijk dat maximaal zelfstandig functioneren en zo volwaardig mogelijk participeren in de wijk veelal een enorme uitdaging vormt voor professionele ondersteuning. Ondersteuning die 7 X 24 uur beschikbaar is. Dat vraagt om vergaande samenwerking tussen verschillende soorten professionals. Samenwerking die over sectorgrenzen heen moet gaan en daarmee in veel gevallen bovenregionaal georganiseerd moet worden.



⁶ Evelien Tonkens. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, okt. 2018: <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0195-1>

⁷ Louis Bolk Instituut, Positieve gezondheid en leefomgeving, oktober 2017

Op het vlak van ondersteuning bij lokale gemeenschapsvorming zijn er een aantal interessante concepten die in Nederland op verschillende plaatsen worden ontwikkeld en geïmplementeerd. We noemen hier in de eerste plaats het initiatief van zorg- en welzijnsorganisatie Pameijer: 'Buurtcirkels'. Een Buurtcirkel⁸ bestaat uit 9-12 mensen die met elkaar in een buurt of wijk wonen. De deelnemers zijn allemaal mensen met een hulpvraag, in de meest brede zin van het woord. Iedereen in een Buurtcirkel helpt elkaar vanuit zijn eigen talenten, ondersteunt door een vrijwilliger en een professionele Buurtcirkelcoach. In plaats van structurele zorg wordt er binnen een Buurtcirkel meer zorg op maat geboden op die momenten dat het nodig is. Zodra er geen ondersteuning meer nodig is, stopt in principe ook de deelname aan Buurtcirkel. Er zijn in Nederland inmiddels meer dan 100 van dergelijke buurtcirkels actief.

Een tweede initiatief richt zich op wonen. Een dak boven je hoofd, c.q. het hebben van een thuis is voor ieder mens een hoge prioriteit. In de sfeer van de gebouwde omgeving is relevant het concept van *housing first*⁹. Dit is een zeer succesvol model (succespercentage van stabiel wonen > 80%), afkomstig uit de VS. Het is een vorm van wonen met ambulante, intensieve begeleiding en bedoeld voor dakloze mensen met meervoudige problemen, waarbij de toewijzing van een woning de start is van een traject waarbij zelfstandig wonen het doel is.

Uit de wereld van de GGZ is een initiatief ontstaan dat we als derde memoreren. Het betreft de beweging 'nieuwe GGZ'¹⁰, later gevolgd door 'Samen Beter'¹¹. Beide initiatieven willen vanuit een nieuw perspectief op vitaliteit en gezondheid al lerend zoeken naar samenhelp en dienstverlening op maat en het op lokaal niveau in de vorm van burgerinitiatieven aansluiten bij de daar bestaande behoefte aan ondersteuning en professionele dienstverlening.

Focus

Als we willen aansluiten bij bovenstaand gedachtengoed van *'ussing'* en positieve gezondheid en we ook in het aanbod van professionele dienstverlening de beweging willen maken naar dit conceptueel aantrekkelijke perspectief, welke implicaties heeft dat dan? Wat betekent het bijvoorbeeld voor de gebouwde omgeving. Hoe creëren we de gewenste cultuur van investeren in elkaar, in onderlinge verbinding en gemeenschapszin? Hoe komen we tot een proportionele beantwoording van persoonlijke vragen met noodzaak van professionele ondersteuning? Ondersteuning die ook op maat is, liefst thuis en anders zo dicht mogelijk bij huis? En beschikbaar als de behoefte er is? Wat betekent dat voor de vormgeving van die dienstverlening, welke samenwerking is daarvoor nodig en hoe organiseren en financieren we dat? Hoe gaan we om met mogelijke verschijnselen van overlast in de wijk?

Kortom: veel vragen en er zijn er vast nog veel meer. Teveel ook om gelijktijdig binnen het verband van een VitaValley-coalitie op te pakken. Ons streven is om met een nieuw te formeren samenwerkingsverband van partijen te focussen op de vraag:

Met welke slimme toepassingen kunnen we implementatie van het perspectief van *ussing* ondersteunen en welke condities moeten daarbij worden vervuld?

⁸ <https://buurtcirkel.nl/>

⁹ <http://housingfirstnederland.nl/handreikingwoningcorporaties/faqs/wat-is-housing-first/>

¹⁰ <http://www.denieuweggz.nl/>

¹¹ <https://www.samenbeter.org/>

Propositie coalitie Vitaal Thuis – Samen in de wijk

Wat zijn 'slimme' toepassingen om ondersteuning, verbinding en meedoen te faciliteren? Wat gebeurt er nu al op het gebied van e-Health, digitale toepassingen voor zelfredzaamheid en PGO's? Wat kan beter, sneller en met meer impact? Hoe moeten we de samenwerking dan vormgeven?

VitaValley wil een samenwerkingsverband formeren van organisaties die willen bijdragen aan de geschetste transitie naar een integraal aanbod van ondersteunende diensten en die zich willen inzetten voor het duurzaam implementeren van slimme toepassingen als onderdeel van die ondersteuning.

Activiteiten

- Verkrijgen van feedback op deze startnotitie vanuit de deelnemers aan de verkenningsbijeenkomst van 19 september jl.
- Het inventariseren van andere geïnteresseerde coalitiepartners: burgerinitiatieven, ervaringsdeskundigen, zorgaanbieders, welzijnswerkers, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren.
- Het inventariseren van relevante technologische toepassingen. We gaan een lijst bijhouden van deze toepassingen, voortbordurend op de 'Inspiratielijst eHealth Vitaal Thuis – Samen in de Wijk. Een eerste oriëntatie leert dat er een reeks van bewezen en/of veelbelovende eHealth-toepassingen zijn die nu al kunnen worden ingezet. De ervaring leert dat duurzame implementatie echter lang niet altijd eenvoudig is.
- Het analyseren van knelpunten bij de implementatie en opschaling van nieuwe ondersteuningsprocessen (incl. technologie). Ontwikkeling maatschappelijke businesscase, maken van Social Return On Investment analyses (SROI), ontwikkelen van modellen voor innovatieve inkoop en contractering.
- Ondersteunen van regionale implementatieprojecten. We hebben de ambitie 2 à 3 regionale initiatieven te ondersteunen bij het implementeren van nieuwe concepten van ondersteuning en dienstverlening en het daarbij inzetten van technologie. Daartoe maken we een scan van kansrijke regio's
- Adresseren en helpen oplossen van systeemknelpunten bij en met de desbetreffende belanghouders: Overheden (VWS, NZa, ZiNL, gemeenten), zorgverzekeraars en –kantoren.

Werkwijze

- Deze Vitaal Thuis coalitie is een niet-exclusieve en non-concurrentiële samenwerking;
- Vitaal Thuis is een 'learning community of practice' gericht op duurzame implementatie;
- We delen een landelijke ambitie en maken gebruik van de implementatiekracht van de regio's;
- De resultaten van de samenwerking worden publiekelijk gedeeld;
- We werken online (via Basecamp) en offline samen volgens een gezamenlijk overeengekomen governance structuur;
- We sluiten waar zinvol aan bij relevante bestaande vruchtbare initiatieven;
- Alle partners in de coalitie dragen, naar rato, in kind (inzet in uren) en in cash bij aan het werk van de coalitie. Daartoe gaan we een programmapartner-overeenkomst aan.

Conditie

- Partners in de coalitie Vitaal Thuis – Samen in de Wijk dragen in kind bij aan de activiteiten van de coalitie.
- Daarnaast betalen zij in de vorm van een donatie aan VitaValley gedurende de looptijd van het programma een jaarlijks bedrag van € 9.500,=. VitaValley dekt daarmee de kosten van

programmaleiding, organisatie van de learning community of practice, vervaardigen van quick scan SROI's, adressering systeemfalen en ondersteuning van regionale projecten.

- Organisaties die reeds deel uitmaken van de coalitie Vitaal Thuis en reeds een programmapartnerovereenkomst hebben afgesloten kunnen op basis hiervan meedoen aan Vitaal Thuis – Samen in de Wijk.
- Partners hebben daarmee recht op deelname aan alle coalitie-activiteiten. Daarnaast kan iedere partnerorganisatie 2 deelnemers afvaardigen voor het volgen van een reeks masterclasses zorginnovatie die onderdeel zijn van de VitaValley Academie die in 2020 van start gaat.