

Aan: Overheid.nl
Van: Jaap van Dijke en Jan Zwemer
Betreft: Reactie op discussienota Zorg voor de toekomst
Datum: 10 januari 2021

Aanbieding reactie op discussienota Zorg voor de toekomst

EEN PASSEND ANTWOORD OP DE VRAAG NAAR HET HOE

RITA-concept - *Regionaal, Integraal, Transmuraal en Anders*
(steun in de rug voor thuis wonen en gezond leven)

DEEL 1

Passend antwoord op de vraag naar het hoe

Focus op preventie en gezondheid

Van de mogelijkheid om te reageren op de discussienota Zorg voor de Toekomst maken wij graag gebruik. Eerder al hebben wij een concept ontworpen dat antwoord geeft op de vraag hoe je zorg dichtbij de mensen brengt, te beginnen in dorp/buurt/wijk. Het betreft het RITA-concept.

RITA staat voor Regionaal, Transmuraal, Integraal, Anders. De kern ervan luidt: de zorg kan beter vanuit de burgers zelf vorm en inhoud vorm krijgen.

Het RITA-concept investeert consequent en substantieel in preventie. Wij denken tenminste aan:

1. behouden en zo mogelijk vergroten van zelfredzaamheid;
2. verhogen van veiligheid;
3. bevorderen van gezond gedrag;
4. stimuleren deelname aan sociale context;
5. in staat stellen om van betekenis te zijn.

Focus op burgerparticipatie

Het RITA-concept is geen product van twee hobbyisten, maar is uit een brede consultatie ontstaan. Haar ontstaanswijze laat een sterk participerende procesgang zien. Het concept hebben we onderbouwd vanuit literatuur en vanuit onze brede ervaringskennis die de maatschappelijke context weerspiegelt. In de discussienota ligt het zwaartepunt op het HOE. Ons antwoord op deze vraag is goed te begrijpen vanuit het RITA-concept. De nadere uitwerking van het RITA-concept staat in deel 2, dat direct op deel 1 volgt.

Aanknopingspunt burgerparticipatie

Het aanknopingspunt voor onze reactie op de *hoe*-vraag vinden we in twee van de drie hoofdthema's van de discussienota, namelijk: Preventie & Gezondheid en Organisatie & Regie. Daarbij trekken met name aspecten uit par. 3.2. onze aandacht: 'Intensiveren van samenwerking in de regio', het aspect 'Faciliteren van regiobeelden' en de 'Minimumeisen aan het regiobeeld', met de focus expliciet op het onderdeel '*burgerparticipatie*'.

Ons antwoord op de *hoe*-vraag hebben we uitgewerkt op basis van de volgende visie-aspecten uit de discussienota, namelijk op pagina

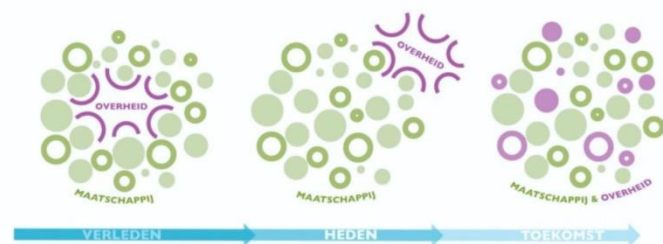
- 7. "Daarom is nu van belang samen te bepalen 'hoe' we de verandering verder brengen

- en wat daarvoor **lokaal, regionaal** en nationaal nodig is”
- 7. “Met de mond belijden we dat de waarde voor de burger centraal staat, maar in de **praktijk is dat niet altijd het geval.**”
 - 8. “We willen dat het welbevinden van mensen echt centraal staat en gezondheidszorg integraal rondom mensen ben **zo dichtbij** mogelijk is georganiseerd, te beginnen in de buurt/wijk en pas verder weg als dat beter is vanwege bijvoorbeeld kwaliteit en/of doelmatigheid.
 - 8. “We streven naar **persoonsgericht** zorg
 - 8. “Er is **meer nodig** het gaat dan om maatregelen die helpen om mensen en hun welbevinden centraal te zetten in onze gezondheidszorg, om productie-prikkels weg te nemen en financiële prikkels ondersteunend te maken aan de transformatie.
 - 15. “Er moet meer aandacht komen voor het vergroten van **gezondheidsvaardigheden...**”
 - 16. (meer integraliteit) “De zorg moet meer oog krijgen voor het welzijn van cliënten.”
 - 17. “Sturen op een **kernindicator** voor gezondheid”
 - 18. (Organisatie & Regie) “om de benodigde veranderingen te realiseren is maatwerk nodig. Zo kunnen er begrote **verschillen zijn tussen regio’s** in de behoefte aan gezondheidszorg en de uitdagingen om daaraan te voldoen.”
 - 26. (Spil in de wijk) “Door via een **spil in de wijk** goede coördinatie te garanderen (en deze te bekostigen) kan de samenhang tussen het zorgdomein en het sociaal domein worden verbeterd.”
 - 26. “...**meer** cliëntondersteuning...”
 - 31. “...**scheiden** van wonen en zorg...”

Passend antwoord op de vraag naar het HOE?

De juiste zorg op de juiste plek. Hoe krijg je dat voor elkaar? Op deze vraag denken wij het antwoord te hebben. Hoe breng je zorg dichtbij de mensen, te beginnen in de dorp/buurt/wijk. Ons antwoord hebben we zoals gezegd uitgewerkt in het RITA-concept. Ten aanzien van de ouderenzorg zijn wij bekend met de Zeeuwse situatie, zowel vanuit het politiek en bestuurlijk veld als vanuit het HBO onderwijs, specifiek het sociaal domein (HZ). Het RITA-concept is op organische wijze ontstaan.

Met de stelling ‘*de zorg kan beter vanuit de burgers zelf inhoud en vorm krijgen*’ -de kern van het RITA-concept- zijn we in de provincie Zeeland met veel mensen in gesprek gegaan, onder wie zorgvragers, zorgaanbieders, bestuurder in de zorg, wethouders, Ministerie VWS, Zorgbelang Zeeland/Brabant, burgerplatform en een zorgverzekeraar. Uit deze gesprekken is het RITA-concept ontstaan. De gemeenschappelijke noemer werd ons gaandeweg duidelijk, namelijk: maak burgerinitiatieven mogelijk, faciliteer die.



Menselijke maat is uitgangspunt

De menselijke maat is hierbij geen doel, maar vanzelfsprekend aanwezig en dus hét uitgangspunt. Samenwerking met overheden en maatschappelijke partners is natuurlijk nodig maar is niet ons

eerste uitgangspunt. Daarentegen zetten we de menselijke maat voorop. We gaan (primair) uit van partnerschap met burgers in plaats van met instituties c.q. maatschappelijke partners. De grootste kans van slagen ligt ons inziens in het gegeven dat burgers zelf daar vorm en inhoud aan geven. Aan overheden en maatschappelijke partners is het de uitdaging om op basis van collectieve passie met burgers samen te werken om hun initiatieven te realiseren. Een andere principiële onderlegger is, om niet efficiëntie maar klantgerichtheid, de menselijke maat dus, prioriteit te geven. Efficiëntie en kostenbesparing zullen ongetwijfeld gunstige neveneffecten blijken van deze prioriteitstelling; omgekeerd is dat niet het geval: positieve neveneffecten voor klantgerichtheid voortkomend uit efficiëntie blijken er niet te zijn. Te veel(!) redeneren vanuit de belangen van de gemeenten (kosten), of vanuit de belangen van zorgaanbieders ('systeemspelers')(kosten), of vanuit professionals (samenwerken, professionele standaard): het is allemaal niet in het belang van degenen om wie het uiteindelijk gaat: die burger.



Leefwereld en systeemwereld

Verder maken we in dit verband onderscheid tussen 'leefwereld' en 'systeemwereld'. In termen van de zorg heeft de leefwereld meer betrekking op de directe zorgverlening, de relatie tussen de individuele cliënt, bijvoorbeeld mevrouw Jansen en haar zorgprofessional(s). De systeemwereld gaat over het management in de zorginstellingen, de ziekenhuizen, de zorgverzekeraars, de overheid, de wet- en regelgeving, enzovoorts. Daarom stellen we niet de systeemwereld van staat en markt centraal, maar de door morele idealen gestempelde leefwereld van burgers. Het (oude) zgn. middenveld moet weer worden veroverd als een domein waar niet de taal van professionals, de taal van de staat of die van de markt domineren, maar de taal en de logica van de leefwereld van de burgers. Verantwoordingsinstrumenten willen we, voor zover mogelijk, dienstbaar maken aan het primaire thuisproces. Die zo worden ingericht dat de aandacht die deze instrumenten vragen tot een minimum kan worden beperkt. In dit kader geven wij de voorkeur aan de term 'contextueel leefconcept' ten opzichte van het begrip '(overheids)beleid'. Hiermee benadrukken we het belang om ook in ons denken en taal aan te sluiten bij het normale bestaan van mensen; een term die het gewone leven omvat en niet die het aanbod van organisaties uitdrukt; respecteer, waardeer en benut het normale, gewone bestaan van mensen, waarbij de woning, de woonplaats en relaties bepalend zijn voor het welbevinden en het welzijn van mensen. Het doel van het RITA-concept is normaal wonen.

Focus op klantgerichtheid

In de discussies over de 'directe zorg' gaat het vaak over de wet- en regelgeving, de bemoeienis van zorgverzekeraars, enzovoorts. En dat is soms terecht, maar ook wel erg jammer. Want onze ervaring is dat, als het gaat over de 'vermindering van de bureaucratie', het meestal uitmond in een verbetering van de 'efficiency' van de opzet en uitvoering van de zorg en meer en beter samenwerken tussen instituties. Op zich is het goed om iets zo efficiënt mogelijk uit te voeren. Maar dat wil niet zeggen dat het daarmee dan ook nuttig is en dat de 'toegevoegde waarde van het systeem' opweegt tegen het belang van de burger(s).

In de driehoek 'efficiëntie, innovatie en klantgerichtheid' behoeven alle drie de aandacht en daarin een balans vinden en houden is voor de organisatie essentieel. Wel is het noodzakelijk om op één van de drie de focus te leggen: vanuit onze benadering principieel op klantgerichtheid.

Uit de genoemde gesprekken met de betrokken personen werd ons duidelijk gemaakt dat niemand twijfelt aan de uitgesproken en opgeschreven goede intenties dat de cliënt centraal staat en dat de menselijke maat leidend moet zijn. Maar alleen redeneren en metterdaad handelen vanuit de heterogeniteit van burgers zelf leidt tot een menselijke maat als kernindicator van toekomstige zorg.

Politieke aandacht

De aandacht voor het inslaan van nieuwe wegen naar de menselijke maat in dorpen, wijken en buurten zien we ook opkomen bij politieke partijen.

ChristenUnie

Het standpunt van de ChristenUnie over dit thema sluit naadloos aan op het RITA-concept. Hier citeren we slechts twee van haar standpunten over het thema Zorg, namelijk:

a. Meer kleinschalige woonhuizen

“Kleinschalige initiatieven passen niet altijd in de huidige wettelijke systemen. De overheid komt met een stimuleringsregeling voor kleinschalige woonvormen – bij voorkeur in woonwijken-, zodat het makkelijker wordt om kleinschalige projecten op te zetten.”

b. Woonzorgconcepten

“daarbij gaat het niet alleen om woonzorgconcepten waar uitsluitend ouderen wonen , maar ook om initiatieven als burgercoöperaties, meer-generatie woningen, inclusieve wijken en hofjes.”

Socialistische Partij

De SP spreekt zich eveneens hierover uit, we citeren uit ‘10 redenen om op de SP te stemmen’

“Het zorgbuurthuis maakt waardige oude dag mogelijk voor iedere oudere.

Onze ouderen verdienen een waardige oude dag. Wachtlijsten voor verpleeghuiszorg zijn dan ook uit den boze. We willen dat de ouderen voortaan kunnen kiezen tussen goede zorg thuis, of voor een fijne plek in een kleinschalig Zorgbuurthuis. Daar is bovendien een inloopfunctie voor de hele buurt. Ook ouderen met beginnende zorgbehoefte krijgen het recht te kiezen voor de ondersteuning van het Zorgbuurthuis.”

CDA

In het standpunt van het CDA staat, dat *“het gaat om liefdevolle en waardevolle zorg, die veelal op kleine schaal kan worden georganiseerd.”*

Derde speler: de burger

Naast Overheid en Markt zijn Burgerinitiatieven de opkomende derde speler op het veld. Welke positie gaat deze derde speler (burgers met hun burgerinitiatieven) innemen of opeisen? Welke kansen krijgt deze nieuwe speler? Vanuit de samenleving zien we brede belangstelling voor burgerinitiatieven. Dat bleek bijvoorbeeld tijdens het congres ZorgSaamWonen op 25 november 2019 in Rotterdam. Daar werden 174 ideeën afkomstig uit buurten van vijf gemeenten gepresenteerd. Die waren ingediend als reactie op een prijsvraag voor ontwerpen van woningen en (delen van) wijken. Alle 174 ideeën waren voorzien van een businesscase. Niet één initiatief kon worden gerealiseerd. Gemeenten bleken niet in staat de weg vrij te maken voor deze initiatieven. De lessen die hieruit voor de lokale overheid kunnen worden getrokken zijn:

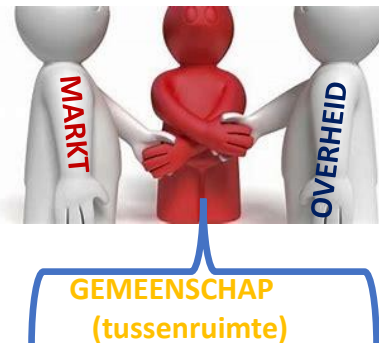
- Meer faciliteren, minder reglementeren.
- Behalve steun van de wethouder met de betreffende portefeuille (WMO / sociaal domein bijvoorbeeld) is support van het voltallige college en de ambtenaren noodzakelijk, omdat het initiatieven zijn die de integrale aanpak vereisen. Door het ontbreken van (het verwerven van) collectieve steun bij de gemeente, strandt een initiatief vaak al bij de ingang van het gemeentehuis.
- Kracht en deskundigheid van burgers waarderen en gebruiken.
- Wethouders en ambtenaren zijn gewend om de zorg contractueel aan te sturen. Kennis met burgerinitiatieven vraagt andere kennis en vaardigheden; investeren om die kennis en vaardigheden te verwerven is niet alleen nuttig maar ook nodig.



- Voorzie in een goed functionerende brugfunctie tussen leefwereld systeemwereld en investeer in levendige, creatieve en innovatieve netwerken.
- Ontwikkel gemeenschappelijke logica.
- Breng op basis verhalen (storytelling) vanuit de lokale gemeenschap de bedoeling in beeld en sluit daar het (overheids)beleid op aan.

Tussenruimte

De rol die vanuit of door de gemeenschap kan worden vervuld, onder andere door middel van burgerinitiatieven, noemen we ‘tussenruimte’, omdat de rol van de gemeenschap (nog) niet formeel als derde speler op het veld is erkend. Het waarderen, benutten en faciliteren van initiatieven vanuit en binnen de tussenruimte vraagt om te worden ondersteund. Dat geldt ook voor het ondersteunen van wethouders en gemeenteraadsleden. Het beste kan dat o.i. een partij doen die onafhankelijk en neutraal is.



Stappenplan burgerinitiatief

Uit de genoemde gesprekken die wij met personen uit het netwerk van de zorg hebben gevoerd en uit verhalen over ervaringen met burgerinitiatieven kunnen we op hoofdlijnen een stappenplan destilleren om deze initiatieven te concretiseren. Wij onderscheiden vijf stappen:

- Stap 1 **Planten** – ideefase - ontwerp aan de hand van literatuurstudie, bundeling van eigen ervaringskennis, filteren en hoofdzaken formuleren in START-notitie
- Stap 2 **Voeden** – eerste reflectiefase – deskundigen, zoals bestuurderszorg, ook vanuit onderwijs, onderzoek en burgerparticipanten bevragen en kritisch laten reflecteren op startnotitie.
- Stap 3 **Groeien** – draagvlak-ontwikkelfase - formuleren lokaal/regionaal project (en projectgroep) waarin RITA-concept in termen van visie, urgentie, belangen, planvorming in een communicatief-rijke omgeving worden geplaatst en zaken in (informerend, vooral ook communiceren en verleiden tot participeren)
- Stap 4 **Snoeien en faciliteren** – keuzes om specifieke burgerinitiatieven op lokaal niveau te faciliteren en met samenwerkende gemeenten in gang te zetten.
- Stap 5 **Positioneren en oogsten** het tussenveld burgerinitiatief positioneren tussen overheid en markt laten groeien naar een natuurlijk partnerschap. Vanuit deze conceptie wordt de nieuwe zorg (Toekomst voor de Zorg) langzaam zichtbaar.

DEEL 2

RITA-concept - *Regionaal, Integraal, Transmuraal en Anders*
(steun in de rug voor thuis wonen en gezond leven)

Nadere uitwerking van het RITA-concept

Het heden is pas goed te begrijpen wanneer we wat inzicht hebben in het verleden. Daarom brengen we de historische wortels van het RITA-concept nader in beeld.

Het RITA-concept is binnen de Zeeuwse streken ontwikkeld. De zorgen om een toekomstbestendige zorg in Zeeland hebben we verzameld. De urgentie tot veranderen, tot zorginnovatie blijkt groot (knelpunten zie bijlage 3). Dat het anders *moet* twijfelt niemand meer aan, *dus* is er nu de vraag: **hoe?**

We zien dat er voldoende burgerkracht in Zeeland is om de steven te wenden. Het traject Zeeuwen in Beweging heeft dit aangetoond (zie bijlage 1). Met het aanbieden van een pad van mogelijkheden denken we dat er stappen gezet kunnen worden om samen een ander zorg-pad op te gaan: gelinkt aan natuurlijke groepen in wijken/dorpen (regionaal), interdisciplinair samenwerkend (integraal), tussen verschillende zorgonderdelen (transmuraal) en dat niet van bovenaf opgelegd, maar opgebouwd vanuit datgene wat de Zeeuwen zelf aangeven (anders) en waar ze goed in zijn.

Zo zijn we gekomen tot het RITA-concept: Regionaal, Integraal, Transmuraal en Anders.

Als de bereidheid van alle partners positief gebundeld kan worden en de optimale voorwaarden worden geschapen, dan kunnen we spreken van een optimale innovatie-cultuur.

RITA-concept – nader onderbouwd, toegelicht en uitgewerkt

In het RITA-concept gaan we uit van deze perspectieven:

- a. De wijk, het dorp, de buurt plaatsen wij in het perspectief van een (zorg)gemeenschap. Mensen in de leeftijd van 60 tot 80 jaar zien wij als een groep vitale ouderen. Deze groep ouderen voegt veel waarde toe, c.q. kan die toevoegen aan de lokale samenleving; niet als de groep (potentiële) zorgbehoevenden.
- b. Zorg benaderen wij niet als een apart domein dat op zichzelf staat, afgezonderd van de rest van de wereld en met een geheel eigen (zorg)systeem. Wij zien zorg daarentegen als integraal onderdeel van de lokale gemeenschap, verweven met vele andere domeinen (zie figuur 1).
- c. Aan transmuraal wonen in de eigen buurt krijgt onze sterke voorkeur ten opzichte van intramurale (residentiele/WLZ) zorg.
- d. Wij benaderen de problematiek van de zorg (zie bijlage 3) anders dan die we tot nog toe hebben gezien. Samenwerken zien wij op basis van collectieve passie, waar partners con amore samen voor gaan en staan. Dus geen rondes overleg over (de wijze van) samenwerking tussen instituties, rondjes inspraak of consultatie van Jan en alleman omdat dat nu eenmaal de route is. Maar samen werken aan het concept waarin de burgers van een dorp, wijk of buurt de eigenaar zijn van de wijze waarop zij in hun directe omgeving hun bestaan vorm en inhoud willen geven.
- e. De innovatieve processen die het doel dienen van publiek-private partnerships of van interactieve processen, waarderen wij als het maatschappelijk belang. Dat belang wordt vrijgesteld van hindernissen als tradities, gewoontes en persoonlijke of institutionele belangen. Dat vergt een pro-actieve, signalerende houding. En moed en durf. Maar ook professionaliteit, inzicht in de ontwikkeling van issues (timing!) en van daarbij behorende netwerken.
- f. Zorg benaderen wij als integraal onderdeel van de totale dorps- wijk- of buurtgemeenschap. Verweef zorg met anderen domeinen – zie afbeelding ...
- g. In de lokale aanpak onderscheiden we vier aandachtgebieden:
 1. *Betere gezondheid (in plaats van op zorg)*
Hierbij zetten wij de focus op betere gezondheid in plaats van op zorg. Zoek verbinding met positieve gezondheid. Investeer in samenwerking (in plaats van in overleg rondes). Werk samen in coöperatie of consortium. Neem gezondheid in vroeg stadium mee bij planvorming (milieu, Ruimtelijke Ordening en leefomgeving). Zoek vanuit deze focus verbinding tussen wetten; Wet Publieke Gezondheid (wpg, art. 2c en 16) WMO, nieuwe omgevingswet (m.i.v. 01/01-20).
Het maatschappelijk belang vraagt ook om meer samenhang binnen de zorg, maar vooral ook samenhang tussen het zorgdomein en het sociale domein.
 2. *Onze eigen buurt*
Investeer in eigenaarschap, op dorps-, buurt- of wijkniveau. Ga hierbij uit van wensen en behoeften van bewoners. Biedt per dorp, buurt of wijk maatwerk. Laat ruimte voor experimenten. Combineer voorzieningen, bijvoorbeeld: dorpshuis -brede school- huiskamer van de wijk/ het dorp, koffiecorner (ook voor toeristen), gym-/fitnessruimte.
Zorg voor optimale **BBT**: Bereikbaarheid, Beschikbaarheid en Toegankelijkheid.
 3. *Economische vitaliteit*
Investeer in bedrijvigheid en nieuwe verdienmodellen. Cvic Economy – delen, ruilen, creëren.

Zie de kracht van wederkerigheid – juist voor kleine bedrijven – met sterke rol voor zelforganisatie burgers/gemeenschappen. Wees alert op kartelvorming in de zorg. Geef ruimte aan nieuwe ontwikkeling en dat in relatie met consument-beleving. Biedt meer werkgelegenheid – onder andere door de zorg, dienstverlening, welzijn naar dorpen en wijken te brengen

4. *Lekker en gezond leven*

Investeer in samenhangende aanpak. Onder andere: Energiemeter op nul in combinatie met renoveren woningen tot miva- / kangoeroe- / opgepluste- / aanleun- / seniorenwoningen.

Beïnvloedingsvelden

Beïnvloedingsveld A

Een belangrijk onderdeel van het RITA-concept is Integraal. Zorg zien wij als onderdeel van het geheel, van de lokale samenleving. Verschillende (beleids)velden op lokaal niveau ten behoeve van politiek-bestuurlijk beleid kunnen worden gebruikt als beïnvloedingsvelden, zie figuur 1. Immers, alle beleidsvelden kunnen stimulerend en versterkend inwerken op en bijdragen aan een lokale gemeenschap die sterk en vitaal genoeg is om inwoners die op zorg zijn aangewezen binnen de poorten te houden.

Figuur 1

Beïnvloedingsvelden op dorp- of wijkniveau ten behoeve van politiek – bestuurlijk beleid			
Domeinen	Financieel	Fysiek / mentaal	Existentieel
Gezondheid	Diverse budgetten, waaronder: Zorg (WLZ / WMO / ZV in natura / PGB) GGZ / Schuldhulpverlening	Betekenisvol leven / veerkracht / eigen regie / aanpassingsvermogen	Geluksgevoel / tevredenheid / van betekenis zijn / verantwoordelijk voelen
Leefbaarheid	Samen-werken burgers, corporaties en overheid. Inzet leefbaarheidsbudget.	Aantrekkelijk / geschikt om te wonen (fysieke omgeving / sociale omgeving / veiligheid) Geometrisch centrum wijk of dorp (kerk / muziektent / dorpscafé, etc.).	Relaties / sociale cohesie / herkenning als de eigen wijk, het eigen dorp / veiligheidsbeleving / verenigingsleven Schoon, heel en veilig
Economie	welvaartsniveau	(Lokale) ondernemingen / werkgelegenheid / actieven vs niet-actieven	Persoonlijke aandacht / verbinding met lokale samenleving / sociale functie (samen-werken) / onderscheid tussen verschillende beroepen en groepen burgers). Economische kracht: beschikbare mensen, kennis, kapitaal en ruimte.
Duurzaamheid	Kostenreductie en renovatiekracht niet- duurzame woningen: emissie neutraal /maken van de wijk (zonnepanelen, isoleren) Project 'Nul-op-de- meter' / Platform31	Verhouding, balans: Men.s, Milieu en Economie	Back to basic Eigenaarschap Identiteit en identificatie Gezondheid Aantrekkelijkheid Veiligheid

Beïnvloedingsveld B

Behalve op dorps-, wijk- of buurniveau denken wij op individueel niveau aan beïnvloedingsvelden, die binnen de gemeentelijke context een passend instrument is om adequate aansluiting bij de burger (maatwerk) te bewerkstelligen -zie figuur 2.

Figuur 2

	beïnvloedingsvelden		
Domeinen	financieel	fysiek	existentieel
Woonbehoefte	inkomen / uitgaven	kwetsbaarheid/ zelfstandigheid	fysiek welzijn / sociaal welbevinden
Participatiebehoefte	financiële basis / voorzieningen (toeslagen / subsidies, etc.)	Persoonsgebonden / inrichting openbare ruimte en algemene voorzieningen	van betekenis zijn / er toe doen (erbij zijn en erbij horen)
Zorgbehoefte	spankracht / toename zorgbehoefte = toenemende kosten	vitaal / immobiliteit	aanvaarden / inclusieve samenleving

Het belang van de lokale gemeenschap

De motivatie om zorg binnen de lokale gemeenschap te realiseren raakt het wezen van het bestaan van mensen. Thuis is de belangrijkste plaats in ons leven. Het bevordert onze fysieke en mentale gezondheid. Het is de plek waarmee mensen zich verbonden voelen, waar zij zich terugtrekken, waar zij zich het meest 'in control' voelen. Kortom: thuis is de plaats waar als het ware hun identiteit verankerd ligt.

Vertrouwde omgeving

Dat is waar (ook oudere) mensen naar verlangen: wonen in hun vertrouwde omgeving. Dit raakt het meest relevante, het wezenlijke van het bestaan, waaraan zeker oudere mensen veel waarde hechten, aan mijn (t)huis en aan mijn woonplaats. Daar verlangen zij ook intens naar terug wanneer zij, vaak noodgedwongen, naar elders moesten verhuizen. Hier ligt onze missie en passie: oudere mensen kunnen (blijven) wonen waar hun hart en historie liggen: hun huis en woonplaats. De logica van onze passie is even logisch als eenvoudig; de eenvoud van het normale bestaan is de kracht én de sleutel tot innovatie als het over zo lang mogelijk gezond en comfortabel thuis wonen.

Juist op dat punt ontwikkelt bij hen gaandeweg een zekere angst; ze moeten er niet aan denken om hun huis te verlaten – en al helemaal niet om in deze fase van hun leven te moeten verhuizen naar een andere woonplaats. De eigen woonplaats, de vertrouwde omgeving, het huis waarin veel oudere mensen al decennia wonen, samen vormen ze basale veiligheidsbehoeften. Vooral in de fase van afnemende mentale en fysieke conditie krijgt deze vorm van bestaanszekerheid in deze fase van het leven steeds meer gewicht: eigen haard is platina waard.

Sociaal netwerk

Het sociale netwerk van ouderen vormt een wezenlijk onderdeel van de vertrouwde omgeving. In hun dorp, buurt of wijk is de plaats van ontmoetingen die geen bijvoegsel hebben, waar productieveisen, registratiesystemen of resultaatverplichtingen buiten de deur worden gehouden. De plaats ook waar betekenisvolle relaties zijn gegroeid. Daarin participeren mensen, ieder op eigen wijze. Meedoen en meeleven, kennen en gekend worden, geven en ontvangen, er toe doen, van betekenis zijn, helpen en geholpen worden – kortom: het sociale leven- brengen, hoe minimaal soms ook aanwezig in een wijk of woonplaats, mensen vreugde en voldoening. En ze verminderen of verzachten eenzaamheid. De ene eenzaamheid is de andere niet; er is eenzaamheid en er is existentiële eenzaamheid. Het wegvallen van dierbare personen, onder wie vaak de partner, leidt

(meestal) tot een wezenlijk, niet te compenseren gemis; krimp van het sociale netwerk bijvoorbeeld door afnemende mobiliteit leidt (meestal) tot versralen of droogvallen van relaties, een te compenseren gemis. Vooral in wijken en (dorps)kernen, waarin men in het gemeen niet primair op vermaak en prestatie maar meer op het 'er zijn' is gericht, is er veelal plaats is voor 'negatieve' emotie en aandacht voor elkaar –positieve sociale controle. Deze natuurlijke context tempert, als gunstig neveneffect, medicatie- en zorgbehoefte.

Huisarts

Tot de vertrouwde omgeving behoort ook de (eigen) huisarts, met wie ouderen vaak een jarenlange (vertrouwens)band hebben. In de levensfase van het ouder worden, neemt de betekenis van de huisarts toe, met name op het gebied van wegen en beoordelen van klachten, zorg op maat en management van chronische ziekten en levensloopgeneeskunde. Bovendien fungeren huisartsen vaak ook als praatpaal en uithuilzuil, een niet te onderschatten betekenis. Verlies van de eigen huisarts, wat bijvoorbeeld bij verhuizen naar een andere woonplaats onvermijdelijk gebeurt, grijpt voor oudere mensen dan ook diep in.

Algemene voorzieningen

In dit verband vermelden we verder de algemene voorzieningen die er in de eigen woonplaats zijn, zoals: onderwijs, gezondheid, sport, cultuur, kerk/religie, recreatie en welzijn. Maar ook de openbare ruimte, waaronder integrale toegankelijkheid (samenhang van diverse maatregelen). Bereikbare, beschikbare en toegankelijke algemene voorzieningen vormen een belangrijk onderdeel van het sociale netwerk en stimuleren de sociale cohesie van een woonplaats waarvan ouderen uiteraard onderdeel zijn en waarvan zij evenals andere burgers profijt van hebben. Met andere woorden: ook algemene voorzieningen maken letterlijk en figuurlijk de weg vrij voor ouderenparticipatie.

Diagnose stellen

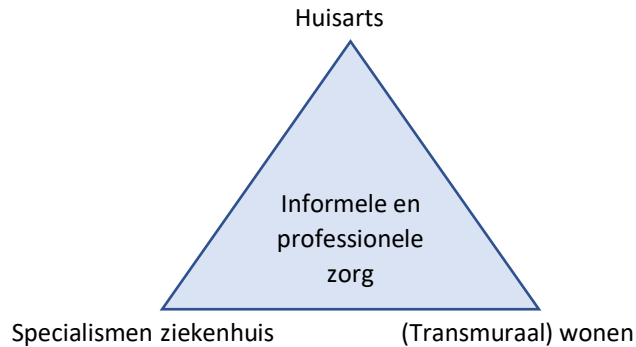
In de 'habitat' van oudere mensen behoort zeker ook de gezondheidssituatie, die bij het ouder worden tot problemen die een barrière op kunnen werpen voor bijvoorbeeld mobiliteit. Tijdig diagnose stellen geeft rust in het gemoed en geeft zicht op tijdige en passende behandeling, vaak in vroeg stadium. Vanuit dat perspectief is het niet verwonderlijk dat oudere mensen beschikbare specialistische hulp (in of vanuit het ziekenhuis) in combinatie en samenspraak met de eigen huisarts, ervaren als onderdeel van hun normale bestaan en hen bevestigt in hun gevoelens van veiligheid en bestaanszekerheid.

Respecteren en investeren in eigen omgeving

Oudere mensen schakelen thuiszorg pas in, als "het echt niet meer gaat". De meesten van hen Overigens zijn meestal niet zij maar hun kinderen die het initiatief tot het inroepen van thuiszorg nemen. Vaak is het zo, dat de kinderen de urgentie van thuiszorg al langere tijd onderkennen, terwijl hun ouders die zo lang mogelijk (proberen) uit te stellen – een emotioneel moment. Thuiszorg inroepen betekent erkennen dat "het niet meer gaat". Dit emotioneel moment wekt in meer of mindere mate en al dan niet onbewust en of onbegrepen ten diepste een existentiële angst op bij mensen; behalve dat thuiszorg nodig is en gewaardeerd wordt, wordt ze niet zelden als een dreigend gevaar ervaren voor verlies van het meest relevante, het wezenlijke van het bestaan, waaraan zeker oudere mensen veel waarde hechten, aan mijn privacy, (t)huis en aan mijn woonplaats. Het RITA-concept pareert het dreigend gevaar, niet alleen door de eigen vertrouwde omgeving te respecteren, maar door daarin te investeren. De unieke toegevoegde waarde van het RITA-concept ligt in de kracht van de intrinsieke waarde van 'eigen huis en mijn woonplaats'.

Voor de uitvoering positioneren we zorg binnen de eigen woonplaats en binnen de driehoek huisarts, specialismen vanuit het ziekenhuis en (Trans)muraal wonen, zie figuur 2.

Figuur 2



In bestuurlijk opzicht is deze opdeling van zorg en ondersteuning tussen respectievelijk de WMO, Zvw en WLZ (zie figuur 3) logisch, maar voor de cliënt betreft het een ingewikkeld systeem en voor de aanbieders een complex speelveld met daarin een diversiteit een separaat zelfstandig opererende financierings- en verantwoordingsystemen.

Figuur 3

Lokale overheid WMO	Privaatrechtelijk Zvw	Landelijke overheid WLZ
<ul style="list-style-type: none"> - ondersteuning bij zelfredzaamheid - ondersteuning bij participatie - beschermd wonen en opvang - ondersteuning mantelzorg - cliëntondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> - wijkverpleging - persoonlijke verzorging - langdurige GGZ met behandeling - extramurale palliatieve zorg - intensieve kindzorg 	<ul style="list-style-type: none"> - recht op zorg met verblijf in instelling - permanent toezicht en 24 uur zorg nabij - integraal pakket aan zorg - zorg voor de meest kwetsbaren

We noteren 14 voordelen van het RITA-concept, te weten:

1. Burgers met ondersteunings- of hulpvragen van welke aard ook, worden te allen tijde direct, adequaat en vlot geholpen.
2. Noodzakelijke bureaucratische kaders zijn tot een verantwoord minimum beperkt. Hier introduceren wij de term 'doorbraakprojecten'. Waar partners projecten noodzakelijk of belangrijk vinden, maar waar wet- en regelgeving uitvoering ervan in de weg staan, de overheid en de overige partners de daadkracht tonen om een doorbraak te forceren; als een vliegtuig door de geluidsbarrière heen breekt, zo ook deze projecten door de wettelijke barrière.
3. Er is een optimale balans tussen gegarandeerde keuzevrijheid van de burger/cliënt en de noodzakelijke schaalgrootte voor vereiste en verantwoorde investeringen door en adequate bedrijfsvoering van overheid en eventueel participerende organisaties.
4. Basis is integrale benadering, dat in de plaats treedt van sectorale benadering vanuit doelgroepenbeleid.
5. Er wordt gewerkt binnen het kader van het consortiummodel.
6. De gemeente is opdrachtgever en bij voorkeur zelfstandig werkende professionals of één preferentie aanbieder die in het dorp of in de wijk reeds op natuurlijke wijze present, actief en in de lokale samenleving geworteld is, is opdrachtnemer. Indien er sprake is van een zorgaanbieder is deze eindverantwoordelijk en tevens regisseur, indien er sprake is van zelfstandig opererende professionals, is dat de organisatie die als coördinator/administratiecentrale optreedt.
7. Er is een verbindende schakel tussen de drie apart opererende stelsels, te weten: de WMO (lokale overheid), de Zvw (ziekttekostenverzekeraars) en de Wlz (landelijke overheid).
8. Er wordt een integraal beleid gevoerd ten aanzien van de domeinen -zie ook figuur 1, onder andere: formele en informele zorg en ondersteuning, welzijn, vervoer, huisvesting, openbare ruimten, (digitale) techniek; zorg op afstand.

9. De totale kosten van het WMO-budget worden doelmatig, goedkoop en adequaat besteed.
10. De basis van dit oplossingsperspectief betreft sec de burger c.q. dorp- wijk- of buurtbewoner met zijn beperkingen en mogelijkheden. De context van ‘bestuurlijk contracteren’ maakt het voor de gemeente mogelijk in dezen als professioneel opdrachtgever op te treden en professionals (verzorgenden, verpleegkundigen, dienstverleners) als professioneel opdrachtnemer, met het resultaat: de burger, c.q. de cliënt is mede-eigenaar van de zorg, ondersteuning, diensten, etc. die hij inschakelt. Dat wil zeggen: niet de doelen, maar de bedoeling van overheidsbeleid en van (zorg)organisaties stellen we centraal. De doelen staan in dienst van de bedoeling.
11. De gemeentelijke overheid en betrokken organisaties stellen de burger c.q. de burger centraal; waarbij de burger als één van de morele eigenaren van zorg en diensten is;
12. De professionals zetten we in hun kracht;
13. We verantwoorden ons tegenover de inspectie, het zorgkantoor en overheden vanuit de betrokkenheid bij de eigen morele doelstelling.
14. Dat betrokkenheid van burgers en medewerkers veel kostenefficiënter is dan de inzet van organisaties en externe adviseurs en consultants.
 - betrokken en participerende burgers (sociale cohesie);
 - tevreden burgers over de beschikbare, bereikbare en toegankelijke zorg en ondersteuning (burgertevredenheid);
 - afname zorgvolume (overheidsdoel);
 - voorkomen van oneigenlijk gebruik van dure of duurdere zorg (preventie). Denk onder andere aan de verkeerde beddenproblematiek in de ziekenhuizen, huisartsen in hun praktijk toename van verwaarloosde, kwetsbare thuisblijvende ouderen op wie minder controle is en ongewenste toestroom naar tweedelijns zorg.

Basispatroon

Het basispatroon bouwen we op met vier bouwstenen. Deze vier bouwstenen betreffen vier heel bekende en vertrouwde thema's, die wij in het RITA-concept anders benaderen en vandaaruit ok anders inhoud geven in een ander perspectief plaatsen. De vier bouwstenen zijn: Positieve Gezondheid, Kwaliteitsvraag, Ketenzorg en Preventie.

Positieve Gezondheid – bouwsteen 1

Het RITA-concept sluit ook goed aan bij Positieve Gezondheid. In Positieve Gezondheid staat een betekenisvol leven centraal. Daarom wordt mensen gevraagd wat zij zélf het liefst willen veranderen. Je spreekt daarmee de bron van veerkracht aan.

In dit verband noemen een belangrijk onderdeel ervan: stel de sleutelvraag. We kennen de sleutelvraag van Positieve Gezondheid aan de zorgvrager: ‘Wat zou jij willen veranderen? Waar word je blij van als het lukt om dat te veranderen?’ Het RITA-concept stelt dezelfde vraag maar dan (ook) met een bredere scope, namelijk: Gezondheid, Leefbaarheid, Economie en Duurzaamheid. Maar waarom wachten tot een burger zorgvrager is? We kunnen deze vraag ook stellen aan de mensen van het dorp, de buurt, de wijk deze vraag sowieso. Bij positief welbevinden zijn derhalve de wijze van vragen belangrijk:

1. Wat ik als zorgverlener/ondersteuner/dienstverlener doe, draagt dat bij aan het leefgenot en (geestelijk) welbevinden van de cliënt (operationeel niveau)?
2. Helpt wat de zorgaanbieder/ondersteuner/dienstverlener doet, de samenleving (bestuurlijk niveau – maatschappelijk, c.q. publieke verantwoording)?
3. Welke criteria noemt de cliënt die als indicaties kunnen worden aangewend waarmee achteraf kan worden beoordeeld of de goede dingen zijn gedaan (interne kwaliteitsverantwoording)
4. Hoe borgen we dat de voorkeuren van de burgers / cliënten belangrijker zijn (of worden) dan professionele indicatoren/bestuurlijke evaluaties?

Kwaliteitsvraag – bouwsteen 2

Het RITA-concept sluit ook goed aan bij de kwaliteitsvraag van de zorg. Er lijkt een mooie omslag gaande in zorgland. De focus wordt steeds meer verlegd van de harde kant van kwaliteit op basis van objectieve kwaliteitscriteria naar de relationele kant van kwaliteit. Denk hierbij aan het programma 'Waardigheid en Trots' of het kwaliteitskader.

Dit klinkt mooi, maar een kritische opmerking lijkt hier op zijn plaats. Zorgorganisaties kennen kwaliteitssystemen, op basis waarvan de kwaliteit van zorg in beeld gebracht wordt. Ze moeten voldoen aan de wet- en regelgeving en verantwoording afleggen aan diverse partijen, omdat zij anders financiering mislopen, imagoschade oplopen, of zelfs onder toezicht worden gesteld. Natuurlijk willen zorgorganisaties zelf ook verantwoorde zorg leveren met bevoegd en bekwaam personeel volgens de geldende richtlijnen en protocollen. Het betreft hier de formele, meetbare kwaliteit, als onderdeel van de systeemwereld.

De drive waarop het RITA-concept is gebaseerd is burger in zijn eigen leefomgeving, die van betekenis wil zijn en dat ook is. Hier arriveren we de merkbare kwaliteit, als onderdeel van de praktijk van alledag, zie figuur 4.

Figuur 4

	Relationele kwaliteit	Organisatorische kwaliteit
Meetbaar	Tevredenheidsonderzoeken Klantervaring websites (ZorgkaartNL)	Normen IGZ. Voldoen aan wet- en regelgeving Keurmerk
Merkbaar	Verhalen van mensen Elkaar kennen Thuis voelen, gerespecteerd worden Praktische uitwerking van kernwaarden Tevreden cliënten Gemotiveerde medewerkers	Veilige omgeving (observatie) Deskundige medewerkers PDCA (continue verbeteren)

Ketenzorg – bouwsteen 3

Ook bij ketenzorg sluit het RITA-concept goed aan. Bij ketenzorg bundelen al de zorgverleners die bij de keten betrokken zijn hun krachten, met één gezamenlijk doel: de kwaliteit van leven van patiënten/cliënten verbeteren. Zorgverleners kijken over de muren van hun praktijk of instelling heen en stemmen de zorg af op de behoeften van de patiënt. Ze werken samen in de organisatie en uitvoering van de zorg en brengen hierin samenhang.

Op een basaal punt benadert het RITA-concept het doel van ketenzorg vanuit een ander perspectief en dat op drie niveaus, te weten integraliteit, multi-morbiditeit en gezamenlijkheid:

1. *Integraliteit*; het RITA-concept zet in op wonen in de eigen vertrouwde omgeving, (positieve) gezondheid, leefbaarheid, economie en duurzaamheid, opent zij hiermee de mogelijkheid om meerdere krachten te benutten om de zelfredzaamheid van burgers te behouden of te verbeteren.
2. *Multi-morbiditeit*; in vroeg stadium de juiste diagnose stellen bevordert gezondheid substantieel. Vooral bij ouderen komt het vaak voor: ruim 70 procent van de Nederlandse ouderen (55 jaar en ouder) met een chronische ziekte, heeft nog één of meerdere chronische ziekten. Deze ouderen vragen zeer veel tijd wanneer ze op de SEH worden binnengebracht. Bijkomend probleem is dat de conditie van ouderen die op de SEH binnenkomen vaak te slecht zijn op ze weer naar huis te sturen, maar te goed om in het ziekenhuis te worden opgenomen. Het belang van tijdige en juiste diagnosestelling, bij grote voorkeur in de thuissituatie, lijkt hiermee evident. Onder andere de (eigen) huisarts en e-healt vanuit het ziekenhuis kunnen alternatieve behandelmethoden die meer comfort bieden en goedkoper zijn mogelijk maken. Het speelt ook in op de wens van ouderen om zorg te ontvangen in de thuissituatie. De thuissituatie draagt krachtig bij aan herstelproces. Niet onbelangrijk aspect is wel, dat de eigen omgeving in veel situaties rijk is aan sociale context.
3. *Gezamenlijkheid*; Wij gaan principiële niet uit van samenwerking tussen instituties (zorg- en welzijnsorganisaties), om vervolgens op basis daarvan projecten uit te voeren. Wij draaien het om: wij willen samenwerking tot stand brengen met mensen en (markt)partijen die de kern van het

RITA-concept, 'Een steun in de rug voor thuis wonen en gezond leven', dienen. Dat doen we door een platform van bereidheid op te bouwen; de gezamenlijkheid vinden we in de collectieve passie. Wij bundelen dus geen organisaties, waarvan elk der schakels van de keten ten dienste en uiteindelijk (heel verklaarbaar en begrijpelijk!) primair het belang van de eigen organisatie prioriteert, maar waar het belang van het gezamenlijk doel centraal staat. Niet de discipline van de organisatie maar de existentiële verbondenheid in combinatie met de aantoonbare toegevoegde waarde is leidend voor meedoen.

Preventie – bouwsteen 4

Het RITA-concept investeert consequent en substantieel in preventie. Hierbij denken wij niet zozeer aan thema's zoals 'inzet van mantelzorg' en 'zo lang mogelijk thuis wonen'. De hiervoor genoemde aspecten -integraliteit, multi-morbiditeit en gezamenlijkheid- impliceren en genereren elk afzonderlijk en in samenhang met elkaar een enorme preventiekracht. We brengen het aspect preventie enigszins (niet uitputtend) hieronder, zie figuur 5, in overzicht.

Zorg kent vele soorten, die we hier zorgsoorten noemen. Daarnaast kent elk van de zorgsoorten uiteenlopende zorgzwaarte en -intensiteit. De optimale situatie lijkt ons die waarin cliënten moeiteloos en traploos kunnen schakelen van licht naar zwaar, van weinig naar veel, van weinig naar vaak, etc. De cliënt heeft dan niet meer de ervaring met meerdere organisaties en een veelheid aan gezichten aan huis en handen aan bed. Het voordeel van traploos is continu functionerend, continu regelbaar, meeflexibelend met de wisselende context van de burger/cliënt. Dat lukt natuurlijk niet (geheel) vanuit het perspectief van ketenzorg maar wel vanuit één regie.

In ons overzicht brengen we, enigszins willekeurig, twaalf zorgsoorten in beeld, die in ideale zin, als schalen naar wens of noodzaak te verstellen zijn in 'niet-zorg' of kleine stapjes in de zorg naar (meer) intensieve zorg. Hierdoor kan men met grotere nauwkeurigheid een bepaalde zorgsoort of -intensiteit behalen. Wij denken hiermee tenminste vijf effecten te kunnen generen, namelijk:

1. behoud en zo mogelijk vergroten van zelfredzaamheid;
2. verhogen van veiligheid;
3. bevorderen van gezond gedrag;
4. stimuleren deelname aan sociale context;
5. in staat stellen om van betekenis te zijn.

Figuur 5

Zorgsoort	Normaal / laag / weinig	... naar...	Bijzonder / hoog / veel / vaak
Zorg	Lichte zorg		Zware zorg
Zorgsector (VV&T, GHZ, GGZ, GZ)	Zorgsector A		Zorgsector B
Thuiszorg - ziekenhuiszorg	thuiszorg		Ziekenhuiszorg
Sociale - medische domein	Sociale domein		Medische domein
zorg op afstand - zorg dichtbij	Zorg op afstand		Zorg dichtbij
Ondersteuning - zorg	Ondersteuning		zorg
Informele - formele zorg	Informele zorg		Formele zorg
Publieke - private middelen	Private middelen		Publieke middelen
Non-profit profit	Profit		Non-profit
Voorzieningen (1): Algemeen – bijzonder	Algemene voorzieningen		Bijzondere voorzieningen
Voorzieningen (2): collectief zonder indicatie collectief met indicatie	Collectieve voorzieningen zonder indicatie-eis		Collectieve voorzieningen met indicatie-eis
WMO, ZVW en WLZ	ZVW / WMO		WLZ

Stel dat een belangrijk aspect uit de verhalen is om in het dorp, de wijk of de buurt met elkaar een 'zorgen-voor-elkaar' meer concreet handen en voeten geven. Een optie zou dan kunnen zijn om wooneenheden te ontwikkelen, in samenspraak met regionale wooncorporatie. De wooncorporatie zou de wooneenheden kunnen realiseren (hofjes – community). Het kan natuurlijk op allerlei andere manieren. Zo kan er in het dorp een zorgcoöperatie worden opgericht naar het volgens het model AnnaZorgt¹. De lijn hierbij is altijd: niet van bovenaf, maar opkomend vanuit de basis, de burger-basis.

Noodzaak tot anders

Recent bracht ACTIZ de belangrijkste trends in beeld die bepalend zijn voor de toekomst van de langdurige zorg in Nederland, zoals de steeds mondiger zorgconsument en toenemende zelforganisatie van burgers (bijlage 2). Deze trends kunnen gezien worden als bedreigingen en ook als kansen. Denkend vanuit kansen ligt het perspectief op goede zorg in de toekomst binnen handbereik is, mits we de komende jaren de Zeeuwse zorg naar ruimer vaarwater loodsen. Nu dreigt het zorgschip, zelfs bij gunstig tij, vast te lopen in de Zorg-Bocht van Bath. Zorgorganisaties komen in de problemen. Het tekort aan zorgmedewerkers neemt toe. De komende decennia zal een deel van de Zeeuwse ouderen vrijwel zeker verstoken raken van voldoende kwalitatief goede zorg en zal het leven van ouderen verschromelen. Voor deze groep mensen ligt een drastisch inleveren op de kwaliteit van het bestaan op de loer. Het roer moet om!

Vier voorbeelden burgerinitiatieven wooneenheden voor ouderen met en zonder zorg



In dit proces van voortgang zetten we stappen naar een uitvoeringshorizon die niet van tevoren vaststaat. Hoe dichterbij we die horizon naderen – hoe concreter het beeld wordt dat zich vormt. Het proces is dus niet in beton gegoten.

Wij pleiten voor een stap-voor-stap-proces vanaf de burger-basis en dat met deskundige begeleiding, een geleide burger-participatie. We pleiten voor gewoon DOEN en GEWOON doen en daarin ligt met name ook het **Andere** in het RITA-concept.

Dit concept kan gezien worden als een voortzetting van een eerder doorlopen route in Zeeland en is in die zin dus niet nieuw. Zeeland zou overigens uitstekend als proeftuin voor de rest van Nederland

kunnen dienen. Daarvoor hebben we twee belangrijke redenen: in Zeeland hebben we al een groot actueel netwerk opgebouwd en de problematiek in Zeeland zoals die in bijlage 3 beschreven staat, is op onderdelen weliswaar regio-gerelateerd maar de complexiteit van de gezamenlijke knelpunten vormt een leerrijke casus. Opgedane ervaring kan aangewend worden als waardevolle input voor initiatieven elders en kunnen lopende of gerealiseerde initiatieven op onderdelen model daarvoor staan.

In 2015 stelde de toenmalige minister van Volksgezondheid, minister Schippers, de commissie Toekomstige Zorg in Zeeland aan (Commissie Slenter). Binnen drie maanden bracht de Commissie Slenter rapport uit. Het rapport werd gedragen door tal van “gewone” Zeeuwen; de aanbevelingen in het rapport waren vooral gebaseerd op input van veel Zeeuwen. Met andere woorden: het genoemde rapport was de stem des volks. De klankbordgroep, een uitwerking van een aanbeveling van de commissie Slenter, kon zich daarom ook omvormen tot een Burgerplatform. De verdere ontwikkeling daarvan leed echter schipbreuk binnen het bestuurlijke onvermogen van de dertien Zeeuwse gemeenten ¹.

Binnen de provincie Zeeland was er inmiddels wel een netwerk van burgerplatform-ambassadeurs ontstaan. Een netwerk van pioniers die overal in de provincie de burgerkracht wisten te lokaliseren en te initiëren onder de naam ‘Zeeuwen in Beweging’ (bijlage 1).

Op dat platform wil het RITA-concept graag verder bouwen. Dat platform brengt mensen samen en genereert een collectieve passie. Juist dat biedt een unieke kans om proeftuinen te creëren door de burgers, voortbouwend op datgene wat zich de afgelopen periode heeft gevormd.

In een eerste omvorming van Platform naar Proeftuin zijn piketpaaltjes noodzakelijk (pijlers/uitgangspunten), we noemen:

1. Samenwerking

In de samenwerking staat de bedoeling van het project centraal ‘*Een steun in de rug voor thuis wonen en gezond leven*’; het gaat om een collectieve passie die de deelnemende partners tot samenwerken inspireert. De partners nemen deel aan het project elk vanuit eigen kracht en met oog en hart voor de kracht van de ander. Men vult elkaar dus aan en versterkt elkaar.

2. Integrale aansturing

Het RITA-concept heeft een brede scope en bestrijkt diverse sectoren, waaronder zorg, welzijn, wonen, onderwijs, economie, infrastructuur, milieu en duurzaamheid. Dit vraagt om openstaan voor veel invloeden, om sterk zijn in het oppikken van signalen en om in staat te zijn de belangen en synergie-effecten voor het project te herkennen te benutten.

Ook is het belangrijk het onderscheid tussen de verschillende domeinen te onderkennen, namelijk:

- a. het onderscheid tussen een formele en een informele sfeer (c.q. zorg),
- b. het onderscheid tussen een op winst en een niet op winst gerichte sfeer en
- c. het onderscheid tussen het publieke en private domein.

Het domein van de staat wordt gedomineerd door hiërarchische mechanismen van inspraak en dwang waarbij de democratisch vastgestelde wet aan de samenleving wordt opgelegd.

Het domein van de markt wordt gedomineerd door mechanismen van prijsprikkels en competitie, waarbij individuen vrijwillig kiezen om een ruilrelatie aan te gaan of te ontlopen.

Het informele domein van gezinnen en families wordt gedomineerd door mechanismen van solidariteit, wederkerigheid en liefde.

Tussen elk van de domeinen bestaan grensgebieden maar het grootste tussendomein is de ‘derde sector’ die gekenmerkt wordt door het vrijwillige, maatschappelijke of het particulier gedragen

¹ <http://toekomstigezorgzeeland.nl/wp-content/uploads/2018/03/CTZZ-eindverslag-LR.pdf>

bestuur. Dit vraagt om specifieke sturingsmechanismen, die vooral als opdracht van nu voor bestuurders en professionals kunnen worden gezien.

3. Huisartspraktijken centraal in een proeftuin

Naast de inwoners/burgers heeft de eerstelijns (met name de huisartspraktijken) een vitale plaats in een proeftuin.

4. Financieel haalbaar en aantrekkelijk voor alle partners

Ook in de experimenteerfase is het noodzakelijk de uitvoering van een proeftuin financieel voor alle partners aantrekkelijk te maken. Partners delen hun financiële belangen met elkaar.

5. Vanuit proeftuinen tot business-case komen

Op basis van de verhalen en bevindingen vanuit de lokale proeftuinen wordt een businesscase ontworpen als belangrijke uitkomst van het gehele project.

In dit alles hebben de twee gangmakers in dit geheel (Jaap van Dijke en Jan Zwemer) de rollen van verkeersregelaar (of loods) en faciliteren daarin de 'oplaadruimte' en 'pleisterplaats'.

Op basis van het vorige willen wij als eindproduct van het project een businesscase overleggen aan de betrokken partijen, waaronder opdrachtgever(s). De businesscase zien wij als het resultaat van het onderzoeksproject en als advies/ voorstel om op alternatieve verantwoorde wijze te investeren in de (ouderen)zorg. Het ontwikkelen van een businesscase kan wat ons betreft dienen voor het ontwikkelen van draagvlak voor een investeringsbesluit.

Wie?

Het opzetten en tot ontwikkeling laten komen van proeftuinen vraagt specifieke begeleiding. Specifiek op het gebied van competenties en netwerk-toegankelijkheid.

Wij - Jan Zwemer en Jaap van Dijke - zijn ervaren Zeeuwse rotten in de wateren van zorg, welzijn en beroepsonderwijs in die sectoren. Wij zijn gedreven leiders. Mannen met passie voor meer menselijkheid in de zorg, maar ook jarenlange live-ervaringen met de weerbarstigheid van zorg- en politieke praktijken. Wij geloven in de kracht van samenwerken, maar dan wel gericht op de mens, op zijn leefwereld, op zijn verhaal, op zijn geluk.

Graag zouden wij ons RITA-concept transponeren naar concreet handelen, waardoor veel mensen en (markt)partijen zich geïnspireerd en uitgedaagd voelen om er aan bij te dragen, waardoor er een collectieve passie groeit voor een nieuw tijdperk (zie bijlage 6).

Waarom Zeeland?

In Zeeland zijn in de achterliggende jaren vele initiatieven ondernomen om de dertien Zeeuwse gemeenten en zorgorganisaties tot samenwerking te bewegen. Deze pogingen zijn echter niet volgroeid omdat de tijd om wortel te schieten in de Zeeuwse kleigrond ontbrak.

Deze grond vraagt om bewerking, bewerking door kenners. Bij droogte is de Zeeuwse klei "knoerhard" en onbewerkbaar. Bij langdurige regen is deze grond taai en plakkerig en om die reden onbewerkbaar. In Zeeland moet je de taal, de cultuur en de verschillen tussen regio's aanvoelen en daarnaar handelen. Dat geeft ingang en toegang. Dan kan een plant in deze kleigrond wortelschieten en blijkt hoe oneindig vruchtbaar deze bodem is.

Hoewel velen menen dat er in Zeeland een bestuurlijke onwil en/of -onvermogen is van bestuurders en politici (er wordt in dit verband zelf gesproken over "de Zeeuwse Ziekte") is het onze overtuiging dat er een groot vermogen ligt in de Zeeuwse (volks)aard.

Zeeuwen wil begrepen en gehoord worden. Zonder gevoelens van teleurstelling, frustratie, boosheid en machteloosheid te negeren willen wij het accent leggen op progressie, groei, innovatie en dat met de slogan wat Zeeuwen aanspreekt:

gewoon DOEN en GEWOON doen !

Wij denken dat een reset nodig is. We moeten weer terug op het pad. Terug naar de basis. Wij pleiten daarom voor een andere, professionele aanvliegroute.

Wij willen a.h.w. de 'gewone' burger warm omarmen en die stap voor stap meenemen in een proces dat hij kan volgen: op lokaal niveau naar de burgers luisteren, met hen in dialoog gaan, waar nodig en nuttig hen informeren en gaandeweg tot inzicht komen welk support aansluiting vindt bij het directe bestaan en de directe leefwereld van de burgers. Na het proces van dialoog en informeren kunnen we werken aan respectievelijk de fase van enthousiasmeren, dan bepalen van de eventuele urgentie om tot activatie te kunnen overgaan.

Het is ons in de verschillende gesprekken met (Zeeuwse) inhoudsdeskundigen rond het formuleren van het RITA-concept, opgevallen dat niemand zich aan de vele formele overlegtafels (waaronder cliënten- patiënten- WMO-raden) vertegenwoordigd voelt (ook niet in het recent ontwikkelde OZO). Over de band-breedte ervaart men de overlegtafels als typisch Haags, als onderdeel van het (starre) systeem dat van bovenaf is geregeld, of (zoals eerder aangegeven): meer als bolwerken dan netwerken.



Voor Zeeland is het bouwen van netwerken vanuit een burger-basis een nieuwe weg.

RITA-route²:

Stap 1 **Planten** – ideefase - ontwerp aan de hand van literatuurstudie, bundeling van eigen ervaringskennis, filteren en hoofdzaken formuleren in START-notitie

Inventariseren en bundelen

Vanuit ervaringen in breed perspectief (zorg, welzijn, onderwijs, economie, duurzaamheid, politiek, bestuurlijk, etc.) bundelen van actuele inzichten van zorginnovatie in Zeeland met een hoge graad van urgentie en potenties op gebied van mogelijkheden en bereidheid. **(gedaan)**.

Inventarisatie voorleggen

Deze inventarisatie voorleggen aan een kritische groep inhoudsdeskundigen. Denk aan: zorgbestuurders, inhoudelijk politiek-deskundigen en zorgvragers **(gedaan)**.

Stap 2 **Voeden** – eerste reflectiefase – deskundigen, zoals bestuurders zorg, ook vanuit onderwijs, onderzoek en burgerparticipanten bevragen en kritisch laten reflecteren op startnotitie

RITA-concept formuleren en deze bespreken langs deze lijnen, te weten:

(RITA-concept is: dit startdocument)

- Zorgbelang Zeeland en Zorgverzekeraar / zorgkantoor.
- Portefeuillehouders leefbaarheid, duurzaamheid, financiën en economie van de Provincie Zeeland.
- De wethouders met sociaal domein in portefeuille van Goes, Terneuzen, Vlissingen en Middelburg en Schouwen-Duiveland.
- Zorgambassadeurs 'Zeeuwen in Beweging', die verspreid zijn over Zeeland.
- Op basis van deze besprekingen zal een verbeterde versie van het RITA-concept zijn ontstaan, ligt er een uitvoeringsopdracht en is een keuze gemaakt voor het opzetten van tenminste twee proeftuinen in Zeeland en die in projectvorm worden uitgevoerd. Hierin

² Deze route hebben we niet geheel af kunnen maken door ernstige familieomstandigheden en later door de Corona-crisis.

wordt het RITA-concept omgezet naar een RITA-project³ wat wordt gefaciliteerd en uitgevoerd in een projectvorm.

Stap 3 **Groeien** – draagvlak-ontwikkelfase - formuleren lokaal/regionaal project (en projectgroep) waarin RITA-concept in termen van visie, urgentie, belangen, planvorming in een communicatief-rijke omgeving worden geplaatst en zaken in (informerend, vooral ook communiceren en verleiden tot participeren).

- Inzamelen en bundelen van verhalen - kwalitatief onderzoek – het verlangen van de burger in beeld brengen – verbeelden of verhalen⁴.

Stap 4 **Snoeien en faciliteren** – keuzes om specifieke burgerinitiatieven op lokaal niveau te faciliteren en met samenwerkende gemeenten in gang te zetten.

- In de twee proefgebieden in Zeeland de verhalen verbijzonderen (naar de lokale situatie
- aldaar), verduidelijken (concretiseren op dusdanige wijze dat een brede groep zich
- uitgenodigd weet tot participatie) en verbijzonderen naar de wijk, het dorp of specifieke
- gemeenschap. (“dit is ons verhaal, met onze wensen en onze mogelijkheden”)
- Door het delen van ervaringen tussen de beide proefgebieden (delen van de successen en leren aan elkaar) kan het project versnellen en verduurzamen.
- Omzetten in concrete activiteiten met direct effect naar de burger en met zo weinig mogelijk bestuurlijke poespas.

Stap 5 **Positioneren en oogsten** het tussenveld burgerinitiatief positioneren tussen overheid en markt laten groeien naar een natuurlijk partnerschap. Vanuit deze conceptie wordt de nieuwe zorg (Toekomst voor de Zorg) langzaamaan zichtbaar.

- Opmaken van de eerste resultaten vanuit de proefgebieden oftewel de effecten inventariseren van het doorkomen van de Bocht van Bath van de Zorgerschelde.
- Rapportage over het voorgaande aan de deelnemers en opdrachtgever en het maken van afspraken over een vervolg.

Bijlagen

1. Zeeuwen in Beweging
2. Trends en toekomstscenario's volgens ACTIZ
3. Zeven nauwe bochten in de ZorgerSchelde
4. Programma Langer Thuis (factsheet)
5. Aanleiding en doel programma Langer Thuis
6. Profiel Jaap van Dijke & Jan Zwemer

³ project: met realiseerbare en realistische doelen, met een begin- en een einddatum en tussentijdse evaluatie

⁴ kwalitatief onderzoek: op enkele plaatsen in Zeeland inrichten van een proeftuin waarbinnen door middel van gesprekken met inwoners/burgers de verlangens naar de aard van de (toekomstige) zorg in beeld wordt gebracht, een plek waar wellicht ook proeven kunnen worden uitgezet met bewoners en zorgpartners (zoals huisarts, welzijnswerk en plaatselijke sociale initiatieven) om vernieuwing uit te proberen. Visie hierbij: gewoon DOEN en GEWOON doen!

Bijlage 1

Zeeuwen in beweging

Zeeuwen in Beweging



Zeeland een gezonde, vitale en aantrekkelijke regio

Zeeland waar de Zeeuwen meedoen, ertoe doen en samenleven met aandacht en zorg voor elkaar!

Augustus 2018
Frans Zwemer
Mieke Reynen

1

Zeeuwen in Beweging

Inleiding

Zeeuwen in Beweging komt voort uit het traject Toekomstige Zorg Zeeland. In dit traject hebben burgers, via de Klankbordgroep, de voorzitter van de Commissie Toekomstige Zorg geadviseerd over het burgerperspectief rond de organisatie van de Zeeuwse zorg (in brede zin) in de toekomst. Deze Klankbordgroep is getransformeerd naar Zeeuwen in Beweging. De stem van de burger wordt nog steeds onvoldoende gehoord en meegenomen in belangrijke besluiten over gezondheid, welzijn, sociale infrastructuur en de leefomgeving. De uitvoering en realisatie van deze besluiten heeft grote impact op de gezondheid en het welbevinden van de Zeeuwen. De stem van de burger willen we graag laten horen, zodat de burger ook echt invloed kan uitoefenen op het beleid rond welzijn, participatie gezondheid en hun woon- en leefomgeving. Zeeuwen in Beweging is daarom met de wortels verankerd in de wijken van de gemeenten en de kernen van de dorpen in Zeeland. De beweging is van onderaf - de wijken en kernen opgebouwd om de regie over de eigen gezondheid, participatie, leefomgeving en sociale samenhang door en voor de burgers ter hand te kunnen nemen en vanuit deze omgeving zelf in dialoog te staan met betrokkenen.

Zeeuwen in beweging gaat ervan uit dat er factoren zijn die de gezondheid positief kunnen bevorderen. Ze zijn hierbij geïnspireerd door het gedachtegoed van Positieve Gezondheid, geïntroduceerd door Machteld Huber in Nederland in 2012. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren, waarbij kwaliteit van leven, zingeving en participatie centraal staat. Dit gedachtegoed is uitgewerkt in een spinnenweb waarbij de zes dimensies een beeld geven van het persoonlijke gezondheidsoppervlak.



Door uit te gaan van deze brede kijk op gezondheid, en niet alleen de afwezigheid van ziekte, ontstaat een perspectief om anders naar gezondheid te kijken en deze te beïnvloeden. Door vanuit de zes dimensies te kijken en uit te gaan van regie over eigen leven en het vermogen of veerkracht om met de uitdagingen van het leven op sociaal, emotioneel en fysiek gebied om te gaan wordt namelijk de focus anders gelegd. Er wordt uitgegaan wat je nog wel kan, de focus ligt niet op de ziekte maar op het hele zijn, zingeving en kwaliteit van leven. Het gaat erom, dat je ertoe doet, meedoet. Zeeuwen in Beweging sluit aan op dit gedachtegoed en vertaalt dit samen met Zeeuwen naar hun eigen invloed op gezondheid, leefomgeving en voorzieningen in de regio. Hoe komen we tot een vitaal en gezond Zeeland waar vitaliteit, kwaliteit van leven, saamhorigheid en samen verantwoordelijk weer centraal staat. In deze notitie zijn de uitgangspunten, doelstelling en werkwijze toegelicht. Zeeuwen in beweging hoopt op deze wijze een bijdrage te leveren aan een gezond, vitaal en leefbaar Zeeland, voor en door Zeeuwen.

Frans Zwemer & Mieke Reynen
Bestuur Zeeuwen in Beweging

2

Bijlage 2

Trends en toekomstscenario's volgens ACTIZ

Er zijn 15 trends als meest belangrijk gekwalificeerd



7

Vier uiteenlopende toekomstbeelden voor de zorg

De langdurige zorg kan zich vele kanten op ontwikkelen



27

Bijlage 3

Zeven nauwe bochten in de ZorgerSchelde

In Zeeland zien we in de zorgsector een bundeling problemen op Zeeuwse zorgmarkt, die bovendien onderling met elkaar verweven zijn. Ons inziens leidt dat tot verschraling van de zorg in het algemeen en specifiek tot een op termijn onhoudbaar-zijn van de ouderenzorg.

Recent sprak de brancheorganisatie Actiz zich hierover in gelijke termen uit:

<https://www.trouw.nl/samenleving/henk-kamp-de-ouderenzorg-moet-fundamenteel-anders~a13a456f/>

Wij onderscheiden problemen die in het algemeen in de zorg parten spelen en die specifiek voor Zeeland gelden. Om die rede zetten we ook de R van regionaal voorop in ons RITA-concept.

Algemene problemen

Economisering; In het algemeen zien we dat economische motieven en belangen dominant worden in de organisatie en uitvoering van de zorg. In afwegingen en bij behandelingen houdt men (vooral) ook rekening met economische overwegingen. Denk aan een andere managementaanpak, marktgericht werken, een ondernemende houding, productiviteit als norm en sturen op afstand. Dit beïnvloedt de zorgethiek.

Ontmenselijking; Regels, procedures, protocollen, controles, kwaliteitsindicatoren, onderhandelen over product en prijs, sturen op prestaties, etc. zetten de menselijke maat onder druk. Al deze regels zijn dermate bureaucratisch, dat ze tot ontmenselijking kunnen leiden. En het is juist de menselijke maat wat de cliënt -een mens- vraagt van zijn zorgverlener.

Specifiek Zeeuwse problemen

Kramp; De infrastructuur van de zorg in Zeeland is bijzonder en kwetsbaar. De afstanden zijn groot en de regio's relatief dunbevolkt. Samenwerking is noodzaak, maar fysieke, culturele en emotionele obstakels staan een goede samenwerking in de weg, zowel op politiek-bestuurlijk niveau als op niveau van de sectoren overheden, (zorg)ondernemingen, onderwijs & onderzoek. Keer op keer komt Zeeland in een bestuurlijke kramp die verlamdend werkt voor de bestuurskracht van deze regio. Exemplarisch hierin is het instellen van commissie die een toekomstvisie voor de Zeeuwse zorg door de toenmalige minister Schippers (Volksgezondheid) in 2015, de doorvertaling ervan naar een Burgerplatform en het vastlopen daarvan in deze bestuurlijke kramp, waardoor dit initiatief in 2018 schipbreuk leed in de ZorgerSchelde.

Krimp; Vooral Zeeuws-Vlaanderen en Schouwen-Duiveland hebben of krijgen te maken met bevolkingsdaling (zgn. krimpgebieden). In Zeeuws-Vlaanderen daalt de bevolking met zestien procent, zo is de verwachting, terwijl op Schouwen-Duiveland door toenemend toerisme het aantal tweede woningen sinds de economische crisis sterk is gestegen, met als gevolg dat veel woningen niet permanent worden bewoond; hoeveel is niet bekend, maar dat het gevolgen heeft voor de leefbaarheid van met name de woonkernen, wordt algemeen als een serieus probleem onderkend, hoewel de lokale politiek het veel moeite kost om een einde te maken aan de groei van het aantal tweede woningen; zeker is wel, dat het aantal tweede woningen de komende jaren niet zal afnemen.

Tekort zorgpersoneel; Landelijk loopt het tekort aan zorgpersoneel op. Er is in Zeeland een steeds grotere categorie die Zeeland verlaat en in de Randstad gaat werken. Neem daarbij de numerus fixus in zorgopleidingen m.n. veroorzaakt door een tekort aan kwalitatief goede stage plaatsen (MBO en HBO). Ook de toename van verpleegzorg leidt tot een gebrek aan verpleegkundigen. Als gevolg van deze

knelpunten geldt het tekort van zorgpersoneel in nog sterkere mate voor Zeeuws-Vlaanderen en Schouwen-Duiveland.

Aanrijtiden; De bereikbaarheid van en aanrijtiden naar cliënten en voorzieningen maken de zorg door de grote(re) afstanden en verbindingen (bruggen en tunnels) duur en kwetsbaar.

Ontgroening; Het aantal jongeren neemt af, niet alleen door afname van het geboortecijfer in het algemeen, maar vooral doordat veel jongeren vertrekken omdat elders betere scholings- en carrièremogelijkheden zijn.

Vergrijzing en grijze druk; Zeeland kent een relatief sterk vergrijsd karakter; de stijging van het aantal ouderen ligt flink boven het landelijk gemiddelde. De grijze druk, de verhouding tussen het aantal ouderen en de beroepsbevolking, ligt fors hoger dan het landelijk gemiddelde.

Bijlage 4

Programma Langer thuis (factsheet)



Eén jaar programma Langer Thuis



Het programma Langer Thuis initieert en versnelt lokale, regionale en landelijke initiatieven op het gebied van ondersteuning en zorg thuis, mantelzorgers en vrijwilligers zorg en welzijn en wonen. Zodat ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven.

Regionale en lokale initiatieven per actielijn

Actielijn 1

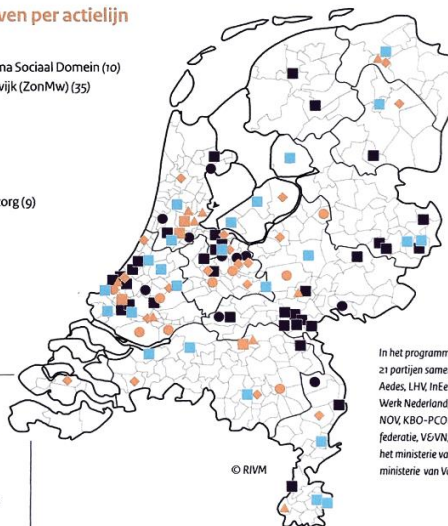
- Pilots versterking basis binnen programma Sociaal Domein (10)
- Netwerken integrale ouderenzorg in de wijk (ZonMw) (35)

Actielijn 2

- Pilots logeerszorg (10)
- Pilots sociale benadering dementie (4)
- ◆ Pilots Samen Ouder Worden (19)
- ▲ Bijeenkomsten bewustwording mantelzorg (9)

Actielijn 3

- Gebiedscoalities innovatie programma Langer thuis- inclusieve wijk (24)



In het programma Langer Thuis werken 21 partijen samen: VNG/ NDSO, ZN, ActiZ, Aedes, LHV, InEen, KNFG, KNMP, PPN, Sociaal Werk Nederland, Verenso, MantelzorgNL, NOV, KBO-PCOB, ZorgthuisNL, Patiëntenfederatie, V&VN, VNO-NCW, MKB Nederland, het ministerie van Binnenlandse Zaken en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

© RIVM

Overige resultaten



Actielijn 1: Ondersteuning en zorg thuis

- In 65% van de gemeenten een netwerk integrale ouderenzorg in beeld.
- Aanpak voor een landelijk dekkend netwerk van regionale samenwerking tussen inkoopers.
- Handreiking 'Ondersteuning en zorg voor kwetsbare ouderen thuis' vastgesteld.
- 90 quickscans en 1 al toegekende aanvraag Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET).
- 14 proeftuinen gegevensuitwisseling (InZicht-regeling).
- Ouderengeneeskunde in de eerste lijn en acute zorg naar 66.000 uur.
- De helft van de regionale coördinatie-functies voldoet al aan de onlangs vastgestelde minimumeisen en 90% coördineert meer zorgvormen dan het eerstelijnsverblif.



Actielijn 2: Mantelzorg en vrijwilligers in zorg en welzijn

- Denktank 'Ontregel de mantelzorg' gestart.
- Landelijke aanjager respijtzorg aan de slag.
- Werk & Mantelzorg gestart voor bewustwording onder werkgevers met 337 mantelzorgvriendelijke bedrijven in Nederland.



Actielijn 3: Wonen

- Kennis- en innovatieprogramma gestart.
- Taskforce Wonen en Zorg van start.
- Ondersteuningsteam Wonen en zorg van start.
- Ouderenhuisvesting opgenomen in twee Woondeals (Groningen en Zuidelijke Randstad).
- Eerste subsidie voor haalbaarheids-onderzoek verleend onder Stimuleringsregeling Wonen en zorg.

Juli 2019

Bijlage 5

Aanleiding en doel programma Langer thuis

Op 2 juli 2019 bracht VWS haar Voortgangsrapportage **Langer Thuis** uit.

Deze rapportage is mede gebaseerd op de een advies van de **Raad van Ouderen**.

De **Raad** werkt in haar advies de volgende uitgangspunten aan:

1. Het gaat ouderen in het bijzonder om zingeving, vitaliteit en sociale relaties.
2. In de hele samenleving is bewustwording nodig over voorbereiden op ouder worden.
3. Naast bewustwording moeten er ook mogelijkheden zijn om voor te bereiden op goed ouder worden.
4. Ouderen hebben als eerste een rol bij bewustwording voorbereiden op ouder worden. Lokale overheden, welzijnsorganisaties, woningcorporaties en anderen kunnen de wensen en initiatieven van ouderen ondersteunen en faciliteren.
5. Een integrale langetermijnvisie is nodig over ouder worden in alle levensdomeinen.

De **minister** geeft als aanleiding en doel van het programma Langer Thuis aan:

We staan met zijn allen voor een enorme uitdaging. Onze samenleving vergrijst.

Het aantal 75-plussers ligt nu rond de 1,3 miljoen. In 2040 zal dit aantal bijna verdubbeld zijn. Steeds meer ouderen wonen zelfstandig: 92% van de 75-plussers. Ongeveer een kwart van de 75-plussers maakt gebruik van (complexe) ondersteuning en zorg uit meerdere domeinen. Er zijn 4,4 miljoen mantelzorgers. 1 op de tien voelt zich onder druk staan.

In de toekomst neemt het aantal potentiële mantelzorgers verder af. 19% van de ouderen geeft aan dat hun woning niet of niet helemaal past bij hun huidige leven en 65% van de 75-plussers ervaart een goede kwaliteit van leven.

Er moet dus flink wat gebeuren om voor de grote en groeiende groep ouderen die zelfstandig thuis wil blijven wonen dit ook in de toekomst te kunnen doen.

Nadere informatie:

https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2019Z14125&did=2019D29041&fbclid=IwAR3WaaeagePvke3D69CIWCRCvsyKcjVjFQEY-8adwDG3hE2bmKnVnYPbsSw

Bijlage 6

Profiel Jaap van Dijke & Jan Zwemer

Wij zijn ervaren in het vak van bestuurder, manager, docent en beleidsadviseur. En dat in het onderwijs, zorg, welzijn en overheid (politiek). Onze passie is: werken aan kwaliteit, die mensen een steun in de rug geeft voor thuis wonen en een gezond leven.

Wij zijn geïnteresseerd in wat mensen vertellen, want in hun verhalen vertellen zij wat er echt leeft en betekenis heeft. We helpen mensen en hun organisaties om de kracht van hun verhalen te benutten in hun leer- en ontwikkelproces.

Ook bieden wij support in teamvorming, samenwerken en formuleren van visie en strategie. Het is onze ambitie om organisaties een helpende hand te zijn in het waarmaken van hun ambities en investering in hun professionaliteit.

Eerder werden we geduid als het loodswezen in zorg, welzijn en onderwijs, een typering die wij Zeeuwen graag overnemen.

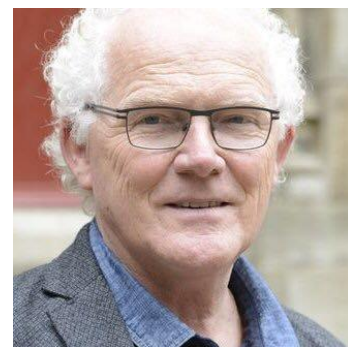
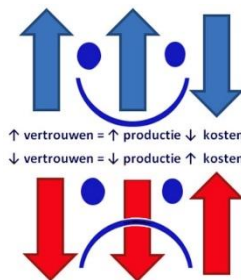
Wij zijn open, confronterend en verbindend. Behulpzaam, doelmatig en soms tegendraads.

Vertrouwen in elkaar zien we als een vitale economische factor. Verantwoordelijk zijn voor je eigen werk vinden we eigen aan professionaliteit.

Onze gegevens :



Jaap van Dijke
jvandijke1@gmail.com
0682414898



Jan Zwemer
j.zwemer@icloud.nl
0613193999

persoonlijk, professioneel en proactief

Domeinen van support:

- **Samenwerking** - managers onderling, managementteam-bestuurders, teams
- **Strategische en functioneel netwerk** - opzetten strategische allianties
- **Managing** - leiden van een organisatie – “de zaak op orde houden”
- **Leading** - vanuit een onzeker heden sturen naar 'n toekomst met vertrouwen
- **Changing** – geleidelijk, methodisch, gezamenlijk 'n gedragen verandering ingaan