

Vergaderjaar 2008–2009

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 44

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 23 december 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 oktober 2008 inzake transitie-experimenten langdurige zorg (Kamerstuk 30 597, nr. 33).

De op 21 november 2008 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 23 december 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Inhoudsopgave

blz.

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de staatssecretaris	4

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben naar aanleiding van de brief van de staatssecretaris de volgende vragen.

- Er is in 2007 al gestart met het Transitieprogramma langdurige zorg (TPLZ); een eerste tranche experimenten is van start gegaan. Kan een toelichting worden gegeven wat voor soort experimenten dit concreet zijn en wanneer de eerste resultaten verwacht worden?
- Zorgaanbieders en zorgkantoren dienen een contract af te sluiten als zij willen deelnemen aan het TLPZ. In hoeverre is geregeld dat elk zorgkantoor werkt met hetzelfde contract of dezelfde overeenkomst?
- Er wordt overwogen een tijdelijke subsidie te verlenen om een vlotte start van het experiment te bevorderen (mits er een overeenkomst is gesloten). Wanneer wordt overwogen om een tijdelijke subsidie te verlenen en wanneer niet? Met andere woorden welke selectiecriteria worden hierbij gehanteerd en kunnen deze op draagvlak rekenen bij de convenantpartijen?
- Er komt een afzonderlijke beleidsregel voor de TPLZ-experimenten. Ook moet de aanbieder openheid van zaken en allerlei informatie geven aan de zorgkantoren. Voorts moeten aanbieders op zoek naar cofinanciering. In hoeverre zullen aanbieders zich laten prikkelen om op deze experimenten in te schrijven aangezien de administratieve lastendruk lijkt toe te nemen? Hoe voorkomt de staatssecretaris een projectenbureaucratie, die ten koste gaat van de doelmatigheid?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris inzake transitie-experimenten langdurige zorg. Deze leden zijn met de staatssecretaris van mening dat zorgvernieuwing belangrijk is om ook op langere termijn doelmatige zorg van goede kwaliteit te kunnen leveren.

Genoemde leden vragen wat bedoeld wordt met het «mobiliseren van hulpbronnen van buiten de langdurige zorg».

Voorts vragen de leden van de fractie van de Partij van de Arbeid of al eerste resultaten bekend zijn van de eerste tranche experimenten. Op welke wijze wordt de voortgang van deze experimenten bewaakt? Kan een overzicht worden gegeven van de geselecteerde experimenten in de eerste en tweede tranche? Hoe zijn deze verdeeld tussen de verschillende zorgvormen en waar worden ze uitgevoerd? Zij vragen waarom de maximale subsidieperiode twee jaar bedraagt, terwijl de maximale experimenteerperiode drie jaar is. Kan het voorkomen dat een experiment door geldgebrek eerder moet stoppen?

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre er sprake is van overlap tussen kortdurende kleinschalige experimenten (KKE) en het TPLZ. Welke criteria die voor het TPLZ gelden, gelden niet voor de KKE en andersom? Kan het voorkomen dat een experiment wordt afgewezen voor het TPLZ en vervolgens toch kan worden uitgevoerd via de KKE?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

- Welke afspraken zijn er gemaakt tussen GGZ Nederland, Actiz, BTN en VGN op het gebied van het opzetten en uitvoeren van een landelijk programma? Hoe is het personeel betrokken bij de plannen van deze werkgeversorganisaties? Wat is er tot nu toe gerealiseerd en in werking gezet?
- Welke waarborgen zijn er voor het creëren en waarborgen van kleinschalig zorgaanbod? Wordt er in de experimenten via het TPLZ rekening mee gehouden dat deze projecten ook geschikt moeten zijn in kleinschalige woon- en leefvormen? Welke eisen zijn daaraan gesteld?
- Zijn er experimenten binnen het TPLZ speciaal gericht op ouderen die minder draagkrachtig zijn en hoe deze (ook) op lange termijn van doelmatige zorg van beschikbare kwaliteit gebruik kunnen maken? Zijn er experimenten gericht op het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen, voedingsproblemen in de thuissituatie en ondersteuning bij medicijngebruik in de thuissituatie? Is de staatssecretaris bereid hiervoor plaats te maken binnen het programma? Wat wordt bedoeld met doelmatig?
- Wanneer informeert de staatssecretaris de Kamer over de concrete plannen en wanneer worden resultaten verwacht? Is het mogelijk om succesvolle experimenten een structurele status te geven?
- Hoe oordeelt de NZa over de experimenten? Mogen deze in een concurrerende zorgmarkt?
- Wat is de rol van de zorgkantoren: wat zijn de rechten en plichten van het zorgkantoor en hoe beoordeelt een zorgkantoor de prestaties van een zorgaanbieder? Wat maakt dat de staatssecretaris er vanuit gaat dat de zorgkantoren over de juiste expertise beschikken of is de rol van de zorgkantoren meer die van een financier? Wie beoordeelt dan de prestaties van het project en wie beoordeelt de activiteiten van het zorgkantoor? Dus hoe worden zorgaanbieders en zorgkantoren begeleid? Is dit de verantwoordelijkheid van de Werkgroep Innovatie of die van de staatssecretaris? Wie is er verantwoordelijk voor de kwaliteitsnormen? Mogen zorgkantoren met bandbreedtes werken, of lenen de experimenten zich daar niet voor?
- De ervaring met experimenten en projecten is dat veel kennis uiteindelijk verloren gaat omdat de uitkomsten niet breed worden gedeeld en verbeteringen niet sectorbreed worden ingevoerd. Hoe draagt het landelijke programma bij tot het breed verspreiden van de opgedane kennis? Hoe wordt de openbaarheid van de experimenten (en de opgedane kennis) gewaarborgd? Hoe wordt goede financiële verantwoording over de experimenten gewaarborgd?

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris, maar hebben hierover nog enkele vragen. Zij onderschrijven het belang van innovatie in de zorg. Deze leden hebben al vaak met het kabinet van gedachten gewisseld over de opvatting dat de belangrijkste belemmering voor innovaties in de zorg in de AWBZ ligt: in de financiële structuur die de inzet van mensen beloont en niet het resultaat. Wat gebeurt er om deze belangrijke innovatieremming op te lossen? Wordt het TPLZ ook uitgevoerd voor andere gebruikers van de AWBZ behalve ouderen?

Genoemde leden vragen ook welke experimenten er tot nu toe zijn geweest en met welk resultaat. Welke nieuwe experimenten zijn in augustus geselecteerd? Is het de bedoeling van ieder experiment om,

wanneer het slaagt, het ook onderdeel te laten worden van de praktijk? Zijn er ook experimenten denkbaar die louter door een andere wijze van bekostiging innovatie de ruimte geven?

In het gekozen subsidiesysteem is het kabinet, in de persoon van de staatssecretaris, dat beslist welke innovaties in de zorg goed zijn en dus verder ontwikkeld mogen worden. Hoe past deze top-down benadering bij het streven van dezelfde staatssecretaris om de professional meer de ruimte te geven?

De leden van de VVD-fractie vragen voorts of ontwikkelaars van hulpmiddelen ook in aanmerking komen voor subsidie. Zo ja, heeft de staatssecretaris hiervan voorbeelden? Zo neen, waarom niet? Kunnen cliënten en/of cliëntenorganisaties ook projecten initiëren? Zo ja, is dat al gebeurd en kan de staatssecretaris voorbeelden geven? Zo neen, waarom niet? Deze leden denken hierbij bijvoorbeeld aan een onderzoek dat in beeld brengt wat de innovatie, die gewenst is door aanbieders of cliënten, nu remt of zelfs blokkeert. In tweede instantie zou deze innovatie wél experimenteel moeten worden toegestaan om het effect hiervan te meten.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Beschrijving van de experimenten

De leden van de fracties van zowel het CDA, de PvdA, de SP als de VVD vroegen een toelichting op het soort experimenten, waar deze plaatsvinden, de beschikbaarheid van de eerste resultaten, de verdeling over de zorgvormen en de doelgroepen (ook andere gebruikers van AWBZ dan ouderen).

Momenteel kent het transitieprogramma 26 experimenten. De eerste 10 zijn in september 2007 van start gegaan en de tweede tranche – met 16 experimenten – in september 2008.

De transitie-experimenten richten zich op één of meer van vier in het TPLZ ontwikkelde inhoudelijke thema's, te weten (1) preventie en herdefiniëring van de zorgvraag, (2) sociale steunsystemen, (3) ketenbedrijfsvoering en (4) zorg en ondersteuning op afstand.

Hoofddoel is om met de experimenten kennis te vergaren die op concrete wijze kan bijdragen aan de beschikbaarheid op lange termijn van doelmatige zorg van voldoende kwaliteit voor het groeiende aantal zorgvragers, ondanks afnemende beschikbaarheid van arbeidskrachten en begrensde financiële mogelijkheden.

Er is een goede spreiding van de projecten over de verschillende AWBZ-doelgroepen en de in het programma geformuleerde innovatiethema's. Ook is er een goede spreiding over het land. In de bijlage worden alle experimenten kort beschreven.

Inhoudelijke voorwaarden, procedure en besluitvorming

De fractie van de PvdA vroeg naar eventuele overlap tussen kortdurende kleinschalige experimenten (KKE) en het TPLZ. Het verschil zit met name in de centrale «sturing» met behulp van onder andere de inhoudelijke thema's en de landelijke begeleiding van experimenten. In het TPLZ moeten de experimenten voldoen aan een centraal geformuleerde inhoudelijke visie en de experimenterende instellingen moeten bereid zijn aan een monitorprogramma mee te werken, kennis te delen en verspreiding van kennis te bevorderen. Deze voorwaarden gelden niet voor instellingen die een beroep doen op de KKE-beleidsregel (Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten). Deze laatste beleidsregel geldt voor nieuwe zorgproducten waarmee een betere prijs/kwaliteitsverhouding in

de zorglevering rondom de patiënt(en) wordt gerealiseerd maar waarvoor nog geen prestatiebeschrijving door de NZa is vastgesteld. Zorginstellingen kunnen samen met een zorgkantoor een beroep doen op de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten met voorstellen die niet door de TPLZ-selectie zijn gekomen, mits deze voldoen aan de voorwaarden die in deze beleidsregel worden gesteld.

De fractie van de SP vroeg naar de afspraken tussen de brancheorganisaties in de langdurige zorg over het opzetten en uitvoeren van een landelijk programma en de betrokkenheid van het personeel hierbij. De opzet van het TPLZ en de innovatiethema's zijn in eerste instantie in overleg met de brancheorganisaties in de langdurige zorg tot stand gekomen, op basis van de afspraken in het AWBZ-convenant 2005–2007. De afstemming over het TPLZ heb ik voortgezet in het bestuurlijk overleg waaraan naast de brancheorganisaties ook de consumentenorganisaties en ZN deelnemen. De partijen vormen samen met ambtenaren van VWS ook de werkgroep innovatie die de uitvoering van het programma direct volgt en daarover adviseert. Het personeel in de zorg is op experimentniveau betrokken bij het programma.

De fractie van de SP vroeg naar waarborgen in het TPLZ voor kleinschalig zorgaanbod, geschiktheid van innovaties voor kleinschalige woon- en leefvormen en naar speciale aandacht in het TPLZ voor minder draagkrachtig ouderen, het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen, voedingsproblemen in de thuissituatie en ondersteuning bij medicijngebruik.

Bij de samenstelling van de tweede tranche experimenten is de programmadoelstelling ongewijzigd gebleven, maar kregen de vier programmathema's een extra focus: logistiek en kleinschaligheid. Specifiek met de focus op kleinschaligheid is gezocht naar experimenten binnen de vier thema's die bijdragen aan de duurzaamheid van de zorgkwaliteit zoals de menselijke maat en huiselijkheid bij wonen en zorg. Bij de selectie van experimenten is het een randvoorwaarde dat zij een bijdrage leveren aan het voor alle burgers duurzaam toegankelijk houden van zorg. Een aantal experimenten werkt specifiek aan de sociaal-maatschappelijke steunsysteemen en de empowerment in wijken en doelgroepen die een lager dan gemiddelde Sociaal Economische Status (SES) kennen. Een aantal experimenten richt zich specifiek op ouderen. Met nieuwe methodes van casemanagement, de inzet van wijkverpleegkundigen, mantelzorgcoaching en slimme domotica worden diverse doelgroepen maximaal ondersteund in hun algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals voeding of medicijngebruik. Door middel van het versterken van buurten en communities trachten experimenten eenzaamheid en depressie te voorkomen of vroegtijdig te signaleren bijvoorbeeld via ontmoetingscentra.

De VVD-fractie vroeg hoe de top-down benadering past bij mijn streven om de professional meer de ruimte te geven. De centrale innovatiethema's conflicteren niet met mijn streven om de ruimte voor de professional te vergroten. Deze ruimte moet vooral worden gezocht in de decentrale organisatie van de zorg, zo dicht mogelijk bij degenen die daaraan behoefte hebben. Verschillende experimenten zoals Buurtzorg en de Twentse aanpak verzorgd wonen, dragen direct bij aan het vinden van mogelijkheden om die ruimte op een verantwoorde wijze te bieden.

Rol NZa, rol zorgkantoren

De SP-fractie vroeg naar de rechten en plichten en de juiste expertise van zorgkantoren, wie de prestaties van het project beoordeelt, de begeleiding van het zorgkantoor, de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsnormen, de financiële verantwoording van de experimenten en het oordeel van de NZa over de experimenten in een concurrerende zorgmarkt.

De verantwoordelijkheden van de NZa en de zorgkantoren zijn in dit programma niet anders dan die bij de normale uitvoering van de AWBZ. De financiële verantwoording vindt plaats volgens de normale procedures. Dat geldt eveneens voor het beoordelen van concurrentieaspecten. Het landelijk programmateam TPLZ, dat in mijn opdracht de landelijke ondersteuning van de experimenten verzorgt, monitort de experimenten. Hiermee wordt de NZa en het zorgkantoor een deel van het voorbereidende werk uit handen genomen. De relatie tussen de experimenterende instelling en het zorgkantoor valt onder de monitor en kan extra aandacht krijgen van de werkgroep innovatie.

De CDA-fractie vroeg in hoeverre geregeld is dat elk zorgkantoor werkt met hetzelfde contract. Door het programmateam is een modelcontract ontwikkeld dat bij het contracteren van de experimenten op vrijwillige basis wordt gebruikt door de betrokken zorgkantoren.

Subsidie

De CDA-fractie vroeg naar de selectiecriteria voor een tijdelijke subsidie en of deze op draagvlak kunnen rekenen bij de convenantspartijen? De PvdA-fractie vraagt waarom de maximale subsidieperiode twee jaar bedraagt en of het kan voorkomen dat een experiment door geldgebrek eerder moet stoppen.

Als een op inhoudelijke gronden geselecteerd experimentvoorstel deels buiten de AWBZ valt, kan ik voor dat deel besluiten subsidie te verlenen als van een (of meerdere) andere verantwoordelijke partij(en) (bijvoorbeeld een gemeente of een ziektekostenverzekeraar), die in de loop van de verdere ontwikkeling van een experiment verantwoordelijkheid zouden moeten dragen vanwege de op hen berustende zorgplicht, redelijkerwijze in de aanvangsfase van een experiment nog geen financiële bijdrage aan deze activiteiten mag worden verwacht.

De subsidie is bedoeld om onnodige vertraging te voorkomen en de instellingen de tijd te geven om de verantwoordelijke potentiële financiers te overtuigen van de waarde van hun innovatie. Anderzijds geeft de periode van maximaal twee jaar aan dat het nadrukkelijk niet mijn bedoeling is om verantwoordelijkheden van andere partijen voor langere tijd over te nemen. Ik ga ervan uit dat de betrokken partijen zich tot het uiterste zullen inzetten om kansrijke projecten goed te laten landen, juist vanwege hun eigen verantwoordelijkheid voor een goede zorg voor de burger zorg te dragen. Bij de begeleiding van de experimenten wordt veel aandacht gegeven aan de structurele inbedding. De brancheorganisaties, het LOC en ZN zijn met deze aanpak akkoord gegaan.

Landelijke begeleiding en kennis delen

De CDA-fractie vroeg over de administratieve lastendruk en spanning met de doelmatigheid. De PvdA-fractie vroeg over de voortgangsbewaking en de SP-fractie over het breed verspreiden van de opgedane kennis en de openbaarheid van de experimenten. Voor het TPLZ wordt gestreefd naar efficiënte verantwoording, ook over de bekostiging uit verschillende financieringsbronnen, met een maximale aandacht voor de inhoud. Veel nadruk ligt in dit kader bij het slim organiseren van kennismanagement. Aan de hand van tien aandachtspunten vindt een aantal keer per jaar een «seizoensgesprek» plaats met de projecten. De experimentteams van de

projecten worden, behoudens de overeengekomen verplichting zich actief in te zetten, voor een groot deel vrijgelaten hoe zij ingaan op deze aandachtspunten. Naast deze individuele benadering per project worden plenaire bijeenkomsten georganiseerd waarbij men in de gelegenheid wordt gesteld om kennis en ervaring uit te wisselen gericht op het samen en van elkaar leren. In themabijeenkomsten worden inhoudelijke dwarsverbanden besproken.

De experimenten in het Transitieprogramma werken toe naar een einddoel dat bestaat uit het beschikbaar stellen van overdraagbare kennis in de vorm van concrete kennisproducten. Tijdens het experiment wordt permanent gestreefd naar het maximaal beschikbaar stellen van ervaringen. Tevens wordt het veld betrokken bij het bespreken van knelpunten en oplossingen. Kortom, kennisoverdracht is een permanent proces.

In de afgelopen maanden is er daarnaast reeds kennis gedeeld door de experimenten op congressen, spreekbeurten, bijeenkomsten en workshops. Andere voorbeelden van opgedane en neergeslagen kennis die gedeeld worden zijn: Factsheets, presentaties, trainingen, folders, nieuwsbrieven, voortgangsrapportages, plannings, handboeken, toolboxes, white-papers, protocollen, functieprofielen, contracten en overeenkomsten met derden, verslagen van conferenties, websites en advertenties, persberichten, (lokale) TV, getuigenissen, procesbeschrijvingen, onderzoeksgegevens.

In het kader van het programma zullen drie themawerkgroepen worden georganiseerd rond onderwerpen die gericht zijn op een «veilige landing» van experimenten en het verspreiden van de opgedane kennis rond dwarsverbanden. Deze themawerkgroepen werken in een half jaar tijd toe naar concrete eindadviezen.

Andere betrokken partijen en structurele inbedding

De PvdA-fractie vroeg wat bedoeld wordt met het «mobiliseren van hulpbronnen van buiten de langdurige zorg». Buiten de langdurige zorg wordt gezocht naar hulpbronnen die van toegevoegde waarde zijn voor de projecten. Hiermee wordt bedoeld op zowel (financiële) middelen als kennis en kunde die een extra impuls geven. De aard en opzet van projecten brengt met zich mee dat er in dit kader nauwe banden zijn met gemeentelijke en provinciale overheden, onderwijsinstellingen, woningbouwcoöperaties, onderzoeksinstituten en het bedrijfsleven.

De SP-fractie en de VVD-fractie vroegen of het mogelijk is succesvolle experimenten een structurele status te geven en/of onderdeel te laten worden van de praktijk. De VVD-fractie vroeg naar het oplossen van de belangrijke innovatieremming in de financiële structuur die de inzet van mensen beloont en niet het resultaat.

Het transitieprogramma is gericht op het praktische antwoord op de vraag hoe de experimenten duurzaam kunnen bijdragen tot het vormgeven van systeemvernieuwingen. De theorie rond transities onderscheidt drie sturingsdimensies:

- Verdiepen (zoveel mogelijk leren in de huidige context)
- Verbreden (leerervaringen in andere contexten toepassen)
- Opschalen (verankeren in landelijke instituties en structuren)

De voortgang van de projecten en de resultaten worden beoordeeld in het licht van deze drie dimensies.

Bijvoorbeeld het wegnemen van institutionele belemmeringen op sectorniveau en het verspreiden van duurzame blijvende voordelen is een fase

die vooral *Buurtzorg Nederland* al aan het verkennen is met het Buurtzorgconcept, productieafspraken en het ontwikkelen van licentiehouder- schap.

In de afgelopen periode zijn er door de experimenten pilots en deel- projecten opgestart, gewijzigd, geëvalueerd, verbeterd, zijn plannen bijge- steld, is er gefocust en weer losgelaten. Lessons learned en best practices worden in verschillend tempo verspreid. In de komende periode zal er ambitieus doorgewerkt gaan worden aan het opschuiven richting opschalen en verduurzamen van de goede ervaringen opgedaan met de experimenten. Op deze wijze krijgen VWS, NZa, de zorgkantoren, de brancheorganisaties en de cliëntenorganisaties vanuit de experimenten steeds meer inzicht in de barrières die het huidige systeem eventueel kent voor innovatieve oplossingen.

Een belangrijk instrument in het transitieproces, waar met alle eerste tranche experimenten momenteel hard aan wordt gewerkt, is de maatschappelijke business case (mBC). De mBC kent drie onderdelen: het cliëntverhaal, het organisatieperspectief en het maatschappelijk perspec- tief. Waar het cliëntverhaal een kwalitatieve beschrijving van de voordelen op cliëntniveau geeft, worden in de twee andere onderdelen de kosten en baten op organisatie en maatschappelijk niveau kwantitatief in kaart gebracht. Hiervoor wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de rekenme- thode Social Return on Investment (SROI).

Door uiteindelijk deze drie perspectieven van cliënt, organisatie en maatschappij in de mBC overzichtelijk bij elkaar te brengen krijgen experiment- instellingen een krachtig gereedschap in handen om de succesvolle onderdelen van het experiment te onderzoeken en te delen en om, samen met financiers, tijdig een oplossing te vinden voor duurzame, structurele financiering. Daarbij zal de aandacht zeker ook gericht zijn op het vinden van resultaatcriteria die betrokken kunnen worden bij afspraken over bekostiging van deze zorgvormen.

De VVD-fractie vroeg of ontwikkelaars van hulpmiddelen ook in aanmer- king komen voor subsidie en of cliënten en/of cliëntenorganisaties ook projecten kunnen initiëren bijvoorbeeld voorafgegaan door een onderzoek naar drempels voor innovaties.

Zorginstellingen hebben na een algemene oproep voor de tweede tranche experimentvoorstellen kunnen indienen. De beperking tot zorginstellingen komt voort uit de overweging dat deze organisaties de (innovatieve) zorg (uiteindelijk) ook moeten uitvoeren en daarover met zorgkantoren afspraken moeten maken voor het AWBZ-deel. De betrokkenheid van andere partijen, zoals ontwikkelaars van hulpmiddelen is mogelijk via de zorginstellingen die experimentvoorstellen hebben ingediend. Wellicht ten overvloede zij daarbij gezegd dat de vergoeding van hulpmiddelen op zich onder de Zorgverzekeringswet valt.

De patiënten/cliënten (organisaties) zijn zowel op landelijk niveau als op experimentniveau bij het programma betrokken.

Het onderzoek naar de drempels voor innovatie wordt naast het TPLZ onder andere opgepakt door ZonMw, de NZa en het CVZ die binnenkort officieel een gezamenlijk voorlichtingsloket rondom zorginnovaties zullen openen. Het doel van die ZorgInnovatieWijzer is om zorgvernieuwers de weg naar bestaande regelingen te wijzen. Daarnaast gaat de ZorgInnova- tieWijzer onderzoeken of bestaande regelingen voldoende ruimte en prik- kels voor vernieuwing bevatten. Bij tekortkomingen zal de ZorgInnovatie- Wijzer adviseren over mogelijke aanpassingen.

Met de signalen over kansen op systeemverbeteringen ten behoeve van innovatie die mij uit onder andere uit het TPLZ en de ZorgInnovatieWijzer

naar verwachting zullen bereiken, hoop ik goede bouwstenen in handen te krijgen voor de discussie over de toekomst van de AWBZ. Ook zal ik zorgen voor een vruchtbare wisselwerking van het TPLZ met het door minister Klink en mij gelanceerde Zorginnovatieplatform (ZIP). Het ZIP zal met de signalen uit het TPLZ veel kunnen betekenen voor het creëren van goede randvoorwaarden voor en het opschalen en breder invoeren van succesvolle innovaties.

Tranche 1, gestart in september 2007

1. WIJS in de wijk: Vijftien Nijmeegse woon-, welzijn- en zorgaanbieders werken samen aan het verbeteren van de leefkwaliteit in de wijk en aan een toekomstbestendig steunsysteem. Het project richt zich op adequaat gebruik van voorliggende voorzieningen, waardoor de zorgbehoefte afneemt. Door een integrale aanpak van wonen, welzijn en zorg op wijkniveau ontstaat efficiency en sociale winst.
2. Videonetwerken, een plan voor opschalen: Met dit experiment wordt zorg op afstand verder doorontwikkeld.
3. Thuis met dementie: Zorggroep Almere werkt aan een innovatieve vorm van transmurale ketenzorg, gericht op het multidisciplinair behandelen, begeleiden en adviseren van mensen met dementie, hun familie en mantelzorgers.
4. Met het STEM-project (Sterven op je Eigen Manier) in de regio Gouda e.o. wordt een bewustwordingsproces gestart tussen zorgverleners en zorgvragers over het bespreekbaar maken van het onderwerp «doodgaan». Het beoogt een dialoog op gang te brengen. Het doel hierbij is dat het een volwaardige plaats krijgt in het gezamenlijke en goed afgestemde aanbod van zorgverleners.
5. Ontmoetingscentrum Prinsenhof te Rotterdam: Woningcorporatie de Nieuwe Unie, Pameijer, een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking en zorgaanbieder Laurens hebben samen vanuit een «civil society» gedachte door de eindgebruikers zelf een ontmoetingsplek laten realiseren. Sinds 2007 is de Prinsenhof geopend voor bewoners uit de directe omgeving. Het accent van deze ontmoetingsplek ligt op senioren en mensen met een verstandelijke beperking, en het betrekken van deze bij de opzet, uitbouw en beheer van het ontmoetingscentrum.
6. Omkeer 2.0: Samen met woningbouwverenigingen, zorgaanbieders, onderwijsinstellingen, ICT-partijen en de verzekeraar, werkt de gemeente Leeuwarden aan een ideaal en sociaal woonsysteem in de woonwijk Bilgaard. Hierbij is aandacht voor de overeenkomsten en de verschillen tussen het platteland en een woonwijk waarbij het gemeenschappelijk ontwikkelen en leren centraal staan.
7. Zorgketen Dementie Eindhoven: Bij dit experiment worden zorgtrajectbegeleiders (ZTB-ers) ingezet om mensen met dementie zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten wonen als dat de kwaliteit van leven ten goede komt.
8. Duurzaam Beter (Noord-Holland Noord): Langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten kunnen met de FACT-methode zorg krijgen in de eigen woonomgeving. Chronische psychiatrische patiënten die ernstig onregelmatig zijn kunnen met steun van multidisciplinaire FACT-wijkteams zelfstandig blijven wonen.
9. Buurtzorg Nederland is een verassend nieuw en eenvoudig concept. Kleine, autonome «buurt-zorgteams» die bestaan uit ervaren en hoogopgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die zorg thuis bieden en nauw samen werken met de huisarts.
10. ACT Jeugd Rotterdam: In Rotterdam worden met een onorthodoxe aanpak jongeren «zonder postcode» begeleid naar een normaler leven. Deze moeilijk bereikbare specifieke groep zware probleemjongeren krijgen hulp middels een nieuwe aanpak, geïnspireerd op Assertive Community Treatment (ACT). De kern van deze methode is de naar buiten geklachte klinische behandeling. Jongeren met ernstige en complexe problemen op psychisch- en psychiatrisch gebied worden actief opgespoord door een ambulante team dat multidiscipli-

naire begeleiding geeft en hen daarna blijft volgen («vinden, boeien en binden»).

Tranche 2, gestart in september 2008

11. De Vrije Teugel, Uden: In het recreatie- en conferentiecentrum De Vrije Teugel slaan een zorgorganisatie voor mensen met een beperking, een onderwijsorganisatie en een commercieel ondernemer de handen ineen, met het doel gezamenlijk meerwaarde te creëren op het gebied van leren, werken, ontmoeten, ontdekken en ontwikkelen.
12. Dorpsgezondheidscentrum Wieringermeer: In het dorp Middenmeer, wordt kleinschalige 24-uurs zorg gerealiseerd door invoering van de functie van Wijkverpleegkundige.
13. Zorg op maat door leefstijlmonitoring, Venray: In dit experiment worden activiteitenpatronen – middels slimme infraroodsensoren – van zelfstandig wonende ouderen met een beginnende dementie, al dan niet met een inwonende mantelzorg, vastgelegd. Op basis van de activiteitenpatronen kunnen zorg en ondersteuning worden ingezet en bijgestuurd.
14. Maatschappelijke leerplaatsen, Eindhoven: In samenwerking met de GGZ, ouderenzorg, het onderwijs (ROC en Fontys Hogescholen), de gemeente, Ergon en het bedrijfsleven worden maatschappelijke leerplaatsen ontwikkeld, waar cliënten met een psychiatrische achtergrond en grote afstand tot de arbeidsmarkt toegang krijgen tot het bieden van dienstverlening in de beschermde woonomgeving van de ouderenzorg.
15. Een zorghuis voor (Islamitische) Turkse en Marokkaanse ouderen, Elde: In dit experiment richt men zich op het ontwikkelen van een zorghuis voor intramuraal wonende allochtone ouderen.
16. Radicale aansluiting van nul tot honderd, Gouda e.o.: De Presentietheorie van prof. A.J Baart wordt in dit project als basisgedachtegoed gehanteerd in de jeugdzorg, de ouderenzorg en de psychiatrie. Met presentiebeoefening wordt hier bedoeld dat men in alle opzichten (qua tempo, doelen, ritme van werken, taal, werkvormen, interesse, rolneming etc.) probeert aan te sluiten bij de cliënt.
17. Werk voor ervaringsdeskundigen, Eindhoven: In dit experiment worden psychiatrische cliënten ingezet als ervaringsdeskundigen in een team van andere hulpverleners.
18. Zorg op afstand voor nieuwe doelgroepen, Amsterdam: Het project «Zorg op afstand voor nieuwe doelgroepen» richt zich op het inzetten van bestaande techniek voor zorg op afstand voor een aantal specifieke doelgroepen: migranten, mensen met een licht verstandelijke beperking en deelnemers aan een RIBW.
19. Verbeelding als werkmethode, Amsterdam: In dit experiment wordt de methodiek van de verbeelding gebruikt om de bejegening en de zorg voor dementerenden en mensen met geheugenproblematiek te verbeteren.
20. Doe minder... bereik meer, Den Bosch: Dit project wil er aan bijdragen dat het arbeidspotentieel voor de zorg voor nu en in de toekomst veilig wordt gesteld, zodat cliënten die moeten leven met ziekte of beperkingen verantwoorde zorg krijgen die hun kwaliteit van leven ondersteunt. Het project is erop gericht de talenten en kwaliteiten van het personeel beter te benutten en te ontwikkelen, professionals de ruimte te geven om in overleg met hun cliënten en hun omgeving zelf hun werk in te delen en systematisch de kwaliteit van de werkprocessen te verbeteren.
21. Eigen regie bij schizofrenie, West- en Midden-Brabant: Er wordt een zorgprogramma Eigen Regie bij Schizofrenie (ERS) ontwikkeld dat beoogt een bijdrage te leveren aan het tegelijkertijd en integraal

- oplossen van (maatschappelijke) problemen voor mensen met schizofrenie. Een belangrijk hulpmiddel voor de uitvoering van het zorgprogramma ERS is een interactief platform (portal).
22. Dementelcoach: In de regio Amersfoort-Leusden worden professionals die werken in de dementiezorg als Telefonische Coach gekoppeld aan mantelzorgers van dementerenden die thuis wonen. Dit zou moeten leiden tot (subjectieve) stressvermindering, een hogere levensverwachting, minder huisartsenbezoek en een lagere medicijninname bij de mantelzorgers.
 23. Mensen maken de buurt, Almere: Doel is een verschuiving te bereiken van zorg voor mensen met een beperking naar ketenbrede, individuele leefarrangementen gericht op persoonlijke ondersteuning op maat. Het gaat hierbij om mensen met een verstandelijke beperking (soms in combinatie met een lichamelijke beperking), maar ook mensen met een psychiatrische achtergrond of hulpbehoevende ouderen kunnen zich aansluiten. Het werken met leefarrangementen wordt in het project gecombineerd met de opzet van een nieuw te bouwen buurt in Almere.
 24. Twentse aanpak verzorgd wonen: Een consortium bestaande uit Carint Reggelanden, TNO, VitaValley, NTGroep en Baalderborg ontwikkelen business modellen om de zorg voor ouderen en gehandicapten beter betaalbaar en mensvriendelijker te maken.
 25. Zingeving als business, Nijmegen: door acht verschillende partijen wordt een nieuw businessmodel oftewel een «*shared service center*» ontwikkeld voor levensvraagstukken. Deze organisatie richt zich op zieken, ouderen en mensen met beperkingen die (onbewust) geconfronteerd worden met fundamentele levensvragen evenals op hun behandelaars en zorgverleners.
 26. Vroeg, Voortdurend, Integraal: Het landelijke experiment Vroeg, Voortdurend en Integraal (VVI) richt zich op ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en ondersteuning voor kinderen met beperkingen én hun ouders.