

# Kaderstellend plan van aanpak Project ‘Toekomst Thuis’

## Leeswijzer

Voor u ligt de aanpak voor het project Toekomst Thuis. Met dit project wil de provincie Utrecht de komende drie jaar een krachtige impuls geven aan combinaties van technologie en zorg waardoor mensen die zorg nodig hebben langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

In mei 2004 hebben Provinciale Staten het college gevraagd om met een voorstel voor het stimuleren van domotica, waaronder ICT in de zorg, te komen. In september 2004 is de eerste uitwerking besproken in Gedeputeerde Staten en in oktober 2004 in de commissie Zorg, Cultuur en Welzijn. Op basis van deze besprekingen is het voorstel verder uitgewerkt en bijgesteld in een plan van aanpak. Hiervoor zijn onder andere gesprekken gevoerd met experts, projecten elders in het land, andere provincies en het zorgkantoor. Een concept-plan van aanpak is besproken met de klankbordgroep van *Wel thuis!*. Het plan bestaat uit drie delen:

- I. De opdracht die de provincie zich stelt. Hierin wordt ook ingegaan op technologische en beleidsmatige ontwikkelingen.
- II Deelproject 1: de implementatie van zorg op afstand.
- III Deelproject 2: de innovatie van nieuwe technologie met slimme sensoren.

## Samenvatting

### *Waarom gaan we het doen*

Domotica biedt grote mogelijkheden voor de toekomst van de zorg. Het kan mensen met een zorgvraag ondersteunen bij het langer zelfstandig wonen. Hoewel er al wel de nodige ervaring is opgedaan met de eerste generatie domotica (bijvoorbeeld personenalarmering en automatische verlichting), ontbreekt de ervaring om ook de tweede generatie domotica toe te passen. Juist die tweede generatie, die gebruikt maakt van breedbandtechnologie, biedt mogelijkheden voor de zorg. Het maakt persoonlijk contact tussen klant en hulpverlener mogelijk via een beeld- en geluidsverbinding, waardoor makkelijker ingespeeld kan worden op vragen, een noodsituatie of de mantelzorg kan worden ontlast. Ook kunnen er diensten aan worden gekoppeld: van een ‘goedemorgen-service’ tot en met informatie over activiteiten in de buurt of een boodschappendienst. Voor mensen met een zorgvraag – ouderen, mensen met een handicap of chronisch zieken – is juist een combinatie van eerste en tweede generatie domotica gewenst. De eerste generatie zorgt voor veiligheid en comfort, de tweede generatie domotica maakt het mogelijk zorg op afstand te verlenen. Het komt er vervolgens op aan domotica op maat te leveren, toegesneden op de behoeften van de klant. Daarbij moet voorkomen worden dat de techniek overheersend is: de domotica is en blijft een hulpmiddel en is geen doel op zich. De combinatie van verschillende soorten technologie en de juiste mix van technologie en zorg: daar schort het nog aan. Dit is nog dermate ingewikkeld dat de verwachting is dat zorgaanbieders en woningcorporaties dat voorlopig niet op eigen kracht kunnen realiseren. Met dit project zorgen wij er voor dat er een belangrijke impuls wordt gegeven aan domotica voor mensen met een zorgvraag in de provincie Utrecht.

### *Wat gaan we doen*

De extra stimulans gaan op we drie manieren geven. Door:

- Het ondersteunen van twee tot vier concrete projecten bij de invoering van zorg op afstand in combinatie met andere vormen van domotica. Hiervan is zal er in ieder geval één in een plattelandsgebied en één in een verstedelijkt gebied plaatsvinden. In totaal gaat het om 200 tot 250 cliënten gaan.
- De vliegwielerwerking stimuleren. De invoeringsprojecten staan niet op zich. Het is bedoeling dat Utrecht klaar wordt gemaakt voor zorg op afstand en er binnen tien jaar 500 tot 1000 mensen zorg op afstand krijgen. Om dit te kunnen bereiken zullen we tijdens de looptijd van het project veel aandacht besteden aan het realiseren van randvoorwaarden (waaronder structurele financiering) en zorgaanbieders en woningcorporaties die willen aanhaken ondersteunen.

- Een innovatief project met slimme ‘camera’s’<sup>1</sup> ondersteunen. De technologische ontwikkelingen gaan door en komen soms moeilijk van de grond, zeker als het gaat om specifieke doelgroepen. Daarom wil de provincie een vernieuwend project ondersteunen. In dit project gaat het om slimme sensoren die noodsituaties kunnen signaleren. Als er sprake is van een noodsituatie kan een hulpverlener met behulp van camera’s in de woning zien wat er aan de hand is en via een spreek/luisterverbinding contact leggen met de cliënt. Indien nodig komt er meteen hulp. Het project richt zich op thuiswonende cliënten met zware zorg in een kwetsbare situatie.

#### *Hoe gaan we doen*

Het zijn de zorgaanbieders en corporaties die de zorg verlenen en faciliteiten beschikbaar stellen. Zonder die verantwoordelijkheid over te nemen, wil de provincie meesturen op de resultaten van het project. Hiervoor is een aantal redenen. Het gaat om complexe materie die voor zorgorganisaties en corporaties ook vaak nieuw is. Zonder goede sturing is het gevaar dat de techniek in plaats van de vraag van de klant leidend wordt. Bij zorg op afstand zijn faciliteiten betrokken, zoals een meldcentrale en mobiele teams, waarvan het waarschijnlijk doelmatiger is om ze delen met meerdere organisaties. Beslissingen hierover kunnen niet alleen op projectniveau genomen worden. Ook willen we er voor zorgen dat zoveel mogelijk wordt geleerd van de projecten voor de rest van de provincie. Verder is het nodig om samen met de projecten de randvoorwaarden voor implementatie op grote schaal te ontwikkelen. Daarbij gaat het vooral om een basis voor structurele financiering en een goede infrastructuur voor zorg op afstand in de provincie. Om deze redenen kiezen we er voor een samenwerkingscontract en –traject met de invoeringsprojecten aan te gaan, in plaats van een subsidierelatie, zijn eisen aan projecten gesteld die gehanteerd worden bij de selectie en stelt de provincie een extern projectleider voor de invoeringsprojecten beschikbaar.

In de aanpak is veel aandacht voor het vliegwieleffect. Dit krijgt onder meer invulling door informatiebijeenkomsten, het realiseren van goede randvoorwaarden en een stimuleringsbijdrage voor organisaties die op basis van de ervaringen met de projecten en in aansluiting hierop ook willen gaan starten. Ook zal het project worden begeleid door evaluatie-onderzoek.

Het pilotproject met slimme sensoren is in principe startklaar en richt zich op mensen die zelfstandig wonen en een zeer intensieve zorgvraag hebben. Het gaat er om te onderzoeken of deze technologie zinvol en toepasbaar is. Succes is daarom niet verzekerd.

#### *Hoeveel gaat het kosten* (vertrouwelijke bijlage)

#### *De klant bepaalt*

Domotica kan een rol spelen bij de doelmatigheid van de zorg, zeker nu er op langere termijn steeds meer problemen zullen ontstaan om voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel te vinden. Toch is dat niet het eerste doel van het project. Voorop staat dat diegene waar het allemaal om draait, de klant, er beter van wordt. Die klant zal dus bepalen óf hij mee wil doen aan een domoticaproject en zo ja, wat de behoefte is. Het mag duidelijk zijn dat, zeker waar het gaat om kwetsbare mensen, de manier waarop en de mate waarin domotica wordt toegepast met de grootste zorgvuldigheid moet plaatsvinden. Klanten worden dan ook nadrukkelijk bij de voorbereiding betrokken (bijvoorbeeld via klantenpanels), privacy-wetgeving wordt toegepast en er zal een evaluatieonderzoek plaatsvinden om na te gaan wat dit projecten de klanten en de zorg oplevert.

#### *Procedure en politieke besluitvorming*

De selectie en uitwerking van de regionale projecten moet nog plaatsvinden, daarom is nu sprake van een aanpak dat als kader en kaderstellend stuk fungeert. In het Plan van Aanpak zijn de inhoudelijke en financiële bandbreedtes opgenomen waarbinnen de provincie het project zal uitvoeren. Om voldoende voortgang te houden is de selectie van projecten inmiddels gestart, waarbij duidelijk wordt gecommuniceerd dat Provinciale Staten nog definitieve goedkeuring moet geven.

Voor de selectie van regio’s/projecten is een procedure ontworpen. Eind juni is duidelijk welke regio’s/projecten zijn geselecteerd. Deze projecten krijgen ondersteuning van een extern projectleider

---

<sup>1</sup> In feite gaat het om slimme sensoren, die camera’s activeren als sprake is van een noodsituatie.

om de projectvoorstellen verder uit te werken. Het is de bedoeling dat de projecten in december uitgewerkt zijn en de samenwerkingsovereenkomsten met de regio's/projecten getekend kunnen worden. Vanaf dat moment krijgen projecten gelden ter beschikking voor de uitvoering. Dit betekent dat een definitief bestedingsvoorstel voor de invoeringsprojecten in december gereed is (en ter goedkeuring aan GS zal worden voorgelegd).

Gedeputeerde staten worden verzocht om op 24 mei:

1. In te stemmen met het ontwerp statenvoorstel voor het Plan van Aanpak Toekomst Thuis, waarbij:
  - Maximaal 3 miljoen euro beschikbaar wordt gesteld voor de uitvoering van het Plan van Aanpak Toekomst Thuis, waarvan in 2005 5 ton beschikbaar wordt gesteld voor voorbereidingskosten, het innovatieve project en extern projectleider (onder voorbehoud van instemming van PS met dit Kaderstellend Plan van Aanpak)
  - Gedeputeerde Staten te mandateren hiervoor nadere bestedingsvoorstellen vast te stellen in 2005, onder voorbehoud van instemming van Provinciale Staten met het Plan van Aanpak, en deze tezijntijd ter kennisname voor te leggen aan de commissie ZCW.
2. Het Presidium te verzoeken om dit ontwerp-statenvoorstel ter advisering te agenderen voor de vergadering van de commissie Zorg, Cultuur en Welzijn van 13 juni 2005 en ter vaststelling voor te leggen aan de vergadering van Provinciale Staten van 27 juni 2005.
3. Het project vooruitlopend op de uitvoering vast voor te leggen aan de Europese Commissie in het kader van een toets op staatssteun.

Het grootste deel van de financiële middelen zal worden ingezet via een samenwerkingscontract met de regionale projecten en voor het vliegwieleffect. Voor deze middelen volstaat een toevoeging aan het budget van Wel thuis!. Voor de offertes die in dit kader door de provincie worden gevraagd zal de provinciale aanbestedingsprocedure gevolgd worden.

Bij het innovatieproject gaat het om een subsidie. Een subsidie moet een juridische basis hebben. De subsidie zal beschikbaar worden gesteld op basis van artikel 4 lid 2 van de Algemene Subsidieverordening provincie Utrecht 1998.

Uit de Europese regelgeving volgt dat er een verbod is op steun van overheidswege aan ondernemingen die de mededinging kan vervalsen. Het is niet ondenkbaar dat de financiering van het project gezien kan worden als staatssteun aan zorginstellingen. Immers: de zorg wordt meer en meer een vrije markt, waarin sprake is van concurrentie. Financiële ondersteuning aan deelnemende zorgorganisaties zou gezien kunnen worden als bevoordeling ten opzichte van anderen. Het project is echter vooral een onderzoek&ontwikkelingsproject, waarvoor waarschijnlijk goedkeuring verleend wordt. Het project zal worden voorgelegd aan de Europese Commissie.

De gedeputeerde A. Kamp zal optreden als politiek opdrachtgever en heeft de verantwoordelijkheid het project binnen de gestelde kaders uit te voeren. Op basis van de verdere uitwerking van de geselecteerde projecten zal een samenwerkingsovereenkomst met de regionale projecten en een bestedingskader voor de invoeringsprojecten en het vliegwieleffect worden gemaakt en voorgelegd aan GS. De planning hiervoor is begin december. Als bijlage zullen de projectvoorstellen van de geselecteerde regio's/partijen bijgevoegd worden.

# Deel 1: De opdracht.

## 1. Aanleiding.

De meeste mensen die zorg nodig hebben willen zelfstandig blijven wonen. Vermaatschappelijking van de zorg en extramuralisering staan daarom hoog in het vaandel. Door de vergrijzing zal de vraag naar passende woonzorgarrangementen toenemen. Techniek kan een belangrijke rol spelen bij het langer zelfstandig wonen. De afgelopen jaren is veel ontwikkeld op het gebied van domotica. Deze producten zijn vooral gericht op veiligheid en comfort. Het gaat dan bijvoorbeeld om personenalarmering, inbraak- en brandalarmering en het automatisch aangaan van het licht bij het verlaten van het bed of het binnenkomen van de badkamer. Sinds kort wordt een nadrukkelijker relatie met zorg gelegd. Door slimme combinaties van (breedband)technologie en zorg en dienstverlening kunnen mensen 24 uur per dag via een beeldscherm contact hebben met een hulpverlener. Zorg op afstand is geboren. Als het nodig is, gaat de hulpverlener naar de klant. Behalve de bijdrage aan het zelfstandig wonen van mensen en de kwaliteit van leven, kan het ook leiden tot doelmatigheidswinst in de zorg. Hulpverleners hoeven minder vaak naar de bewoner toe.

De laatste twee jaar zijn er op een paar plekken in Nederland pilotprojecten geweest met zorg op afstand. Voorbeelden daarvan zijn Viedome in Brabant, Camcare in Gelderland en ThuiszorgOnline in Delft. Invoering op grote schaal verloopt echter moeizaam. De markt werkt nog niet. De techniek is nog (te) duur, de zorgorganisaties en gebruikers zijn niet gewend aan technologie en de organisatie en financiering van de zorg zijn nog niet op afgestemd op deze nieuwe werkwijze. De baten komen niet terecht bij degenen die de kosten maken. Doordat technologische ontwikkelingen ook nog eens snel gaan, kijken veel zorgorganisaties en woningcorporaties de kat uit de boom. En zo ontstaat een vicieuze cirkel: iedereen wacht op elkaar, waardoor er weinig van de grond komt en men *blijft* wachten. Kortom: er is een impuls nodig. De provincie Utrecht wil die impuls graag geven.

## 2. Doelstelling en resultaat.

Het doel voor de provincie is het op grotere schaal stimuleren en implementeren van zorg op afstand, in combinatie met andere vormen van domotica. Hiermee wil de provincie bereiken dat mensen (langer) zelfstandig kunnen blijven wonen. Nevendoelstelling is dat de zorg doelmatiger geleverd kan worden. De focus ligt op mensen met een zodanige zorgvraag, dat de combinatie van techniek/domotica en zorg/diensten het verschil tussen thuis wonen en verhuizen naar een instelling kan betekenen. Het kan gaan om chronisch zieken, mensen met een lichamelijke handicap, een verstandelijke handicap of ouderen met functiebeperkingen. Omdat van de groep mensen die zorg nodig heeft ouderen verreweg de grootste groep vormen, zal het voor een aanzienlijk deel om ouderen (moeten) gaan. De zorg zal grotendeels betrekking hebben op AWBZ-zorg.

Het concrete resultaat dat ons voor ogen staat is dat de komende tweeënhalf jaar 200 tot 250 mensen gebruik gaan maken van zorg via een beeldscherm. Het is echter de bedoeling dat het project een vliegwieleffect heeft en in tien jaar tijd het aantal gegroeid is tot 500-1000 mensen.

Het project sluit goed aan bij het programma *Wel thuis!* en zal hier ook onderdeel van zijn. *Wel thuis!* heeft als centrale doelstelling dat er in de provincie 25.000 zorgwoningen bijkomen. Technologie in combinatie met zorg kan belangrijk zijn om mensen ook in zorgwoning te laten wonen. Bovendien wil en kan niet iedereen naar een zorgwoning verhuizen.

## 3. Ontwikkelingen technologie, domotica en zorg.

Als het gaat om technologie en domotica ter ondersteuning van het (langer) zelfstandig wonen van ouderen en andere doelgroepen van zorg, wordt gesproken<sup>2</sup> over twee generaties.

### 3.1. De eerste generatie domotica.

In de eerste generatie is vooral sprake van woninggebonden technologie, gericht op veiligheid en comfort, welke bestaat uit vier onderling verbonden bouwstenen:

- Actieve personenalarmering; met een druk op een knop wordt verbinding gemaakt met een alarmcentrale of zorgcentrale.

---

<sup>2</sup> Door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, dat expert is op dit gebied.

- Een elektrisch slot; de voordeur en/of centrale toegangsdeur van een complex kan op afstand geopend worden na een personenalarm.
- Video-deurtelefonie, Door middel van een beeld- en spreek-luisterverbinding is het mogelijk te verifiëren wie zich voor de toegang van de woning of het wooncomplex bevindt en kan de centrale toegang/deur op afstand worden geopend door de bewoner.
- Een huisautomatiseringssysteem; een computer in de meterkast die in ieder geval alle schakelaars en stopcontacten in een woning aanstuurt. Hiermee wordt een groot aantal functies mogelijk zoals bijvoorbeeld automatische verlichting bij het uit bed stappen en binnengaan van de badkamer. Het huisautomatiseringssysteem is ook wel bekend als E-domotica.

Door een combinatie van een huisautomatiseringssysteem en personenalarmering kunnen extra functies ontstaan, zoals:

- Passieve personenalarmering; als sensoren binnen een bepaalde tijd geen activiteit in de woning is meten gaat er automatisch een alarmsignaal naar de centrale.
- Inbraaksignalering; als sensoren een inbraak signaleren gaat er automatisch een signaal naar de centrale.

Communicatie naar de buitenwereld (de centrale) verloopt via de telefoonlijn.

De meest toegepaste functie van de eerste generatie domotica is de personenalarmering, in toenemende mate in combinatie met een elektrisch slot. Als er meer domotica toegepast wordt, werden door woningcorporaties tot voor kort vooral totaalpakketten aangeboden: alles of niets. Sinds kort is een begin gemaakt met een meer vraaggerichte aanpak en is het technisch ook mogelijk alleen te leveren wat nodig is<sup>3</sup>. Hiermee zijn de kosten ook flink gedaald. Bij afname van alle functies gaat het om een bedrag van 3.000 – 3.500 euro exclusief BTW. De eerste generatie domotica is nog steeds in ontwikkeling. De techniek en betrouwbaarheid verbeteren nog steeds. Het is alleen nog niet gelukt een betrouwbare passieve personenalarmering te ontwerpen.

Bij de eerste generatie domotica gaat het vooral om ouderen. Ook in de gehandicaptensector wordt domotica toegepast. Het meest bekende voorbeeld zijn de zogenaamde Fokuswoningen/ADL clusters: 12 tot 18 aangepaste woningen met een hulppost. De woningen staan verspreid in een woonwijk. Bewoners beschikken over een alarm- intercomsysteem, waarmee een spreek/luisterverbinding mogelijk is met de hulppost. In geval van nood gaat er alleen een signaal naar de hulppost en komt er direct een hulpverlener. Het systeem kan ook gebruikt worden om de voordeur automatisch te openen.

### **3.2. Tweede generatie domotica: virtuele zorg of afstand.**

De tweede generatie domotica heeft een totaal andere technische opzet en is ook wel bekend als ICT-domotica. ICT-domotica leunt sterk op de communicatie naar buiten via breedbandinternet. Functies die (nu) mogelijk zijn:

- Een tweeweg beeld- en geluidsverbinding. Met een druk op de knop kan een bewoner een beeldverbinding maken met een hulpverlener (of bijvoorbeeld een familielid). De bewoner en hulpverlener zitten voor een beeldscherm, waaraan een camera is verbonden.
- Remote monitoring. In een of meer vertrekken van een woning zijn camera's opgesteld waarmee een hulpverlener een éénwegbeeldverbinding tot stand kan brengen en de situatie van de bewoner/cliënt kan checken.

Bij zorg op afstand gaat het om deze twee technologische functies.

In ontwikkeling zijn de zogenaamde slimme sensoren: sensoren die zelf constateren of er sprake is van een noodsituatie en in dat geval een centrale of hulpverlener alarmeren.

Naast breedbandinternet zijn een aantal andere technische voorzieningen nodig, waaronder een open ICT-platform in of nabij de meterkast (internationaal een residential gateway genoemd). Dit is een slim kastje dat de breedband naar de woning verbindt met alle apparatuur in de woning. Een residential gateway kan enigszins gezien worden als de hardware van een Personal Computer waarop allerlei software kan functioneren.

Er zijn momenteel minstens vier organisaties die de techniek voor zorg op afstand kunnen leveren en vooral gericht zijn op zorg: Viedome, Camcare, Thuiszorg-Online en Camea. Zij ondersteunen en

---

<sup>3</sup> Uitgezonderd passieve personenalarmering. Dat is technisch niet mogelijk zonder huisautomatiseringssysteem. Een huisautomatiseringssysteem is in de vraaggerichte aanpak niet nodig.

faciliteren zorginstellingen bij de invoering van zorg op afstand en hebben allerlei software specifiek voor de zorg gemaakt. Camcare en Thuiszorg-Online richten zich voornamelijk op de tweeweg beeld- en geluidsverbinding. Viedome biedt een totaalpakket: het kan ook meerdere camera's plaatsen én de functies van de eerste generatie domotica. Op onderdelen zijn de functies van de eerste en tweede generatie domotica geïntegreerd. Viedome heeft als belangrijk nadeel dat het een bedrijfsgebonden product is. Dat geldt zowel voor de breedbandinfrastructuur (residential gateway en software) als de eerste generatie domotica die wordt toegepast. Organisaties die overstappen op Viedome zullen doorgaans alle domotica moeten vervangen. In Limburg loopt een pilot met remote monitoring voor een paar specifieke doelgroepen. Camea wordt nu uitgetoetst in Lelystad. Hierover is nog geen nadere informatie beschikbaar.

Er zijn de afgelopen tijd op kleine schaal pilots geweest met Viedome, Camcare en Thuiszorg-Online. De pilots zijn met behoorlijke subsidie van de grond gekomen, waarbij cliënten zelf niets hoeven te betalen. In de provincie Utrecht loopt een proefproject met Thuiszorg-Online (Thuiszorg Stad Utrecht, vanaf februari met voornamelijk 20 cliënten) en er is een project in voorbereiding (met andere leveranciers).

De implementatie op grotere schaal is niet zomaar een kwestie van invoeren elders. Er is nauwe samenwerking en afstemming nodig tussen zorginstellingen en leveranciers over de doelgroepen die geholpen zullen gaan worden en de toepassing van de techniek bij de bewoner/cliënt en zorgorganisatie. Zorg op afstand via beeldcommunicatie vraagt om behoorlijke aanpassing van de logistiek en werkwijze van zorgorganisaties. Hulpverlening via een beeldscherm is anders dan hulp aan huis, er moet altijd een hulpverlener beschikbaar zijn achter het beeldscherm en er wordt een groter beroep gedaan op mobiele teams voor de onplanbare zorg. Ook de financiering is een punt. De kosten voor zorg op afstand zijn nog behoorlijk. Een aansluiting op Thuiszorg-Online kost bijvoorbeeld 180 euro per maand per cliënt ofwel 2160 euro per jaar (exclusief de zorg). De faciliteiten voor de tweeweg beeldverbinding van Viedome worden geschat op 2200 euro exclusief de centrale, personele bezetting centrale, zorgkosten en abonnement op breedband.

### **3.3. Telemedicine.**

Ons project richt zich vooral op ouderen en mensen met een handicap waarbij de combinatie van technologie en zorg kan helpen om (langer) zelfstandig te wonen. Vergelijkbare ICT-ontwikkelingen zijn gaande in de curesector. Voorbeelden zijn het begeleiden van astmapatiënten via videoconferentie, het monitoren met camera's bij thuisdialyse van nierpatiënten en consultatie tussen artsen via beeldschermen. Wij zullen de ontwikkelingen in de curesector volgen en zonedig en mogelijk hiermee afstemmen.

### **3.4. Meerwaarde virtuele zorg.**

Zeker omdat de kosten voor breedbandtoepassingen voornamelijk hoog zijn, zullen ze een toegevoegde waarde moeten hebben ten opzichte van wat er al mogelijk is. Een belangrijke meerwaarde is dat er voor de cliënt/bewoner altijd een verzorgende of verpleegkundige bij de hand is, te vergelijken met als iemand in een instelling verblijft. In plaats van in het echt, is de hulpverlener virtueel aanwezig (direct op te roepen via het beeldscherm). Dit vergroot het gevoel van veiligheid en zekerheid en als het nodig is, kan er een hulpverlener komen. In principe kan voor een aantal functies ook de telefoon worden gebruikt. De communicatie verloopt echter een stuk makkelijker als mensen er een gezicht bij zien. Toepassingen van virtuele zorg zijn bijvoorbeeld:

- Informatie en advies. Vooral geschikt voor cliënten die veel vragen hebben en/of zich onzeker voelen. Bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke handicap die zelfstandig wonen of een oudere met vragen over medicijngebruik. De cliënt kan de medicijnen via het beeldscherm laten zien.
- Inroepen onplanbare zorg. Bijvoorbeeld als de cliënt naar bed wil en daar hulp bij nodig heeft.
- Begeleiding bij zelfzorg (planbare zorg). Bijvoorbeeld zelf een wond verzorgen onder begeleiding van de virtuele verpleegkundige.
- Ondersteuning van mantelzorg. De mantelzorg kan contact opnemen als de zorg bijvoorbeeld even te veel wordt en er geen familielid of vriend bereikbaar is of voor informatie en advies bij de zorg voor hun naaste. Eventueel is het mogelijk om met camera's toezicht in de woning te houden als de mantelzorg van een zwaar zieke of dementerende weg wil en er geen andere opvang mogelijk is. Ook is lotgenotencontact tussen mantelzorgers mogelijk.

- Ondersteuning bij personenalarmering. Er worden meerdere camera's in de woning geplaatst. Als er bij de centrale een personenalarm binnenkomt kunnen de camera's zien waar de bewoner zich bevindt en hoe die er aan toe is.
- Check of alles in orde is en aandachtszorg. Er is dagelijks een kort contact om te checken of alles goed is en of er bijzonderheden zijn (te vergelijken met de telefooncirkel).
- Sociaal contact. Contact met familie ver weg via beeldschermen, met een vrijwilliger of een hulpverlener. Belangrijk is dan wel te voorkomen dat cliënten/bewoners door zorg op afstand minder vaak hun huis uitkomen of echt contact met anderen hebben.
- Een consult met de huisarts via het beeldscherm

Het kan dus gaan om het op een andere manier verlenen van 'echte' zorg, het voorkomen van zorg en een aanvulling op de reguliere zorg. Daarnaast is het mogelijk om allerlei (comfort)diensten te verlenen, zoals een boodschappendienst, aanvragen van klussen, het programma van het steunpunt. Hiervoor zijn ook andere communicatiemiddelen beschikbaar en heeft daarom geen prioriteit van de provincie. Als het niet leidt tot verplichte extra kosten voor de klant heeft de provincie er ook geen bezwaar tegen.

### **3.4. Verschillen eerste en tweede generatie domotica.**

Tussen de eerste en tweede generatie bestaan, naast de andere technische opzet, een aantal belangrijke verschillen:

- De eerste generatie domotica is vooral woongebonden, de tweede generatie meer persoonsgebonden. Dit is bijvoorbeeld te merken aan het feit dat bij de eerste generatie eigenlijk altijd woningcorporaties zijn betrokken, bij de tweede generatie hoeft dat niet. Hier draait het vooral om de zorgorganisaties. Omdat Viedome beide vormen van domotica aanbiedt zijn hier woningcorporaties en zorgorganisaties bij betrokken. Bij Camcare en Thuiszorg-Online niet.
- De eerste generatie domotica richt zich vooral op ouderen, de tweede generatie is in principe universeel. Zo is er bijvoorbeeld ook onderwijs op afstand. De tweewegbeeldverbinding is in principe te maken met een pc, een webcam en een aansluiting op breedbandinternet. Er komen inmiddels meer leveranciers die dit product voor de zorgmarkt kunnen leveren. Hoewel de techniek dus relatief simpel is, is de crux wel de goede koppeling met zorg. De drie genoemde systemen hebben daar ervaring mee, maar anderen leren snel. Ook het slimme kastje in de meterkast is een universeel product. Hierop kunnen allerlei diensten worden aangesloten, zoals bijvoorbeeld energimanagement in huis. Je ziet dan ook dat breedbandaanbieders en woningcorporaties zich momenteel oriënteren hoe ze breedband en residential gateways op grote schaal kunnen 'uitrollen', waarbij ook gekeken wordt naar de mogelijkheden om zorg en diensten hieraan te koppelen<sup>4</sup> Voorbeelden in Utrecht zijn Casema (zorgnetwerk) en Portaal (via glasvezel).
- De eerste generatie domotica is aardig ontwikkeld, de tweede generatie zit nog aan het begin van de innovatiecyclus. Het product wordt nog steeds verder ontwikkeld, zowel qua techniek als qua zorg- en dienstenarrangementen die er aan gekoppeld zijn. De provincie Utrecht is in feite een 'early adaptor'.

Voorlopig vullen de eerste en tweede generatie domotica elkaar vooral aan. In de projecten zal het daarom ook moeten gaan om een combinatie.

## **4. Beleidsontwikkelingen.**

### **4.1. Landelijk beleid.**

Vanuit de landelijke overheid wordt de toepassing van domotica gestimuleerd.

Het ministerie van VWS en VROM hebben in november 2003 het Actieplan Wonen met zorg uitgebracht. Hierin is ook aandacht besteed aan domotica. Concreet houdt de actie in dat de ministeries samen met Aedes en een aantal woningcorporaties een onderzoek hebben laten doen naar het bevorderen van een brede implementatie van domotica voor mensen met een beperking. Dit onderzoek

---

<sup>4</sup> Overigens worden voor Viedome, Camcare en Thuiszorg-Online nu aparte breedbandaansluitingen gemaakt. Daardoor is in feite sprake van een gesloten systeem en niet van een universele aansluiting waarop naast andere diensten ook zorgdiensten op aangesloten kunnen worden.

is in september 2004 verschenen.<sup>5</sup> Een belangrijke conclusie van het rapport is dat investeren in ICT technologie en domotica voor corporaties alleen interessant is als ze een brede doelgroep kunnen bedienen. Het rapport heeft nog geen concreet gevolg gekregen. Wel is een aantal corporaties, waaronder een Utrechtse, aan de slag gegaan met het 'uitrollen' van breedband en een oriëntatie op zorgdiensten via breedband. Tevens is een aantal corporatie-organisaties nog met elkaar in overleg over het grootschalig uitrollen van breedbandinternet inclusief een complete universele infrastructuur voor ICT-domotica. Hierbij is zover bekend geen Utrechtse woningcorporatie bij betrokken.<sup>6</sup> In december 2004 is het Landelijk Dementieprogramma van start gegaan. Het ministerie van VWS faciliteert dit. Een speerpunt van het programma is technologische innovatie. In dit kader is het voornemen twee onderzoeken te ondersteunen, waaronder een onderzoek naar de effecten van beeldcommunicatie op mensen met dementie. Het betreft evaluatieonderzoek van de pilot van zorgpalet Baarn/Soest (deelproject II).

Het Kabinet heeft de ambitie dat Nederland in 2010 koploper is als het gaat om breedband. In dit verband heeft het ministerie van Economische Zaken aangekondigd dat er begin 2005 een actieplan ICT in onder andere de sector zorg komt, in samenwerking met het ministerie van VWS. Dit actieplan is er nog niet. We zullen de ontwikkelingen blijven volgen voor eventuele aanknopingspunten met het provinciaal project.

De Landelijke Vereniging Thuiszorg heeft een platform voor zorg op afstand. Hierin zitten onder andere Viedome, Thuiszorg-Online en Camcare. Het doel van het platform is om zorg op afstand te stimuleren, waaronder de financieringsbasis (zie bij 4.2.). We zullen nauw contact houden met de LVT.

#### **4.2. Financiering.**

De financiering van domotica is nu vooral een kwestie van houtje-touwtje. Deze paragraaf geeft een overzicht.

##### *Van de techniek/apparatuur*

De financieringsbasis voor de techniek en apparatuur heeft vooral betrekking op de eerste generatie domotica. Betrokken hierbij zijn:

- Woningcorporaties. Het ministerie van VROM verwacht dat ook corporaties bijdragen aan de kosten van domotica, in het bijzonder woninggebonden domotica. Basis hiervoor is het zesde prestatieveld BBSH dat gaat over wonen en zorg. Er zijn wel grenzen aan wat corporaties kunnen betalen. Het Ministerie van VROM heeft corporaties aangeschreven dat delen van personalarmering niet behoren tot de reikwijdte van het zesde prestatieveld. Mogelijk dat corporaties ook een rol kunnen spelen bij de financiering van breedbandaansluitingen en residential gateways. Ook hier gelden restricties. Het ministerie van EZ heeft duidelijk gemaakt dat geen sprake mag zijn van marktvervalsing.
- Overgangsregeling kapitaalslasten extramurale zorgverlening. Met deze tijdelijke regeling is vergoeding mogelijk van woontechnologie (domotica) die het mensen met een verblijfsindicatie mogelijk maakt om zelfstandig te wonen. Per woning geldt een maximum van €2270. Voorwaarde is dat het om nieuwbouw gaat. De aanvraag kan alleen gedaan worden door een zorgaanbieder met een AWBZ-toelating. Ook komen kosten voor faciliteiten voor domotica in een steunpunt in aanmerking voor financiering.
- De Ziekenfondswet; medisch geïndiceerden krijgen een vergoeding voor de apparatuur voor personalarmering.
- De gemeente. Een aantal gemeenten geeft een bijdrage voor personalarmering voor mensen met een sociale indicatie. De bijdrage is veelal inkomensafhankelijk. Soms geven gemeenten een subsidie aan een organisatie die personalarmering aanbiedt, waardoor de prijs laag gehouden kan worden.
- Subsidies. Er zijn diverse stimuleringsprogramma's (geweest) om de eerste generatie domotica te stimuleren. In de provincie Utrecht bijvoorbeeld kunnen organisaties een beroep doen op de woonzorgstimuleringsregeling. Deze regeling loopt dit jaar af en zal in 2006 en 2007 nog in

---

<sup>5</sup> Businesscase grootschale uitrol domotica-diensten. Samen voor kwaliteit en betaalbaarheid in de keten! EBM-consult B.V., september 2004.

<sup>6</sup> Wel Woonzorg Nederland, die ook bezit in Utrecht heeft.



afgeslankte vorm worden voortgezet. Ook bijvoorbeeld de provincie Overijssel heeft sinds enige tijd een regeling. De provincie Limburg heeft zich specifiek gericht op het op grote schaal implementeren van personenalarmering en vernieuwende technologie (remote monitoring, zie paragraaf 3.2.).

- Eigen bijdrage van bewoners. Veelal wordt ook een eigen bijdrage aan bewoners gevraagd. Onderzoek leert dat bewoners gemiddeld niet meer dan 25 euro per maand aan domotica (inclusief personenalarmering) willen betalen.

#### *Van de zorg*

- De AWBZ. De AWBZ vergoedt tegenwoordig in principe alleen de zorg achter de voordeur (face to face contact). Daarnaast is vorig jaar is een toeslag mogelijk voor de zogenaamde beschikbaarheidsfunctie (onproductieve tijd om beschikbaar te zijn voor zorg op afroep). De zorgvernieuwingsgelden, waarmee vernieuwingsprojecten konden worden gefinancierd is per 1 januari 2005 vervallen. Zorg op afstand via beeldcommunicatie valt niet onder het face to face contact. Vanaf januari 2005 is het wel mogelijk het zogenaamde screen to screen contact te vergoeden. Hieraan zijn wel een aantal voorwaarden verbonden. Cliënten moeten een indicatie verpleging hebben (het moet dus gaan om verpleging, waaronder instructie en advies aan onder andere informele zorgverleners), het moet gaan om ernstig chronisch zieken die meerdere keren per week verpleging nodig hebben en het screen-to-screen contact moet het face-to-face contact vervangen. Dit betekent dat dus dat niet alle screen-to-screenzorg vergoed wordt, omdat niet alle cliënten aan de voorwaarden voldoen of slechts voor gedeeltelijke financiering uit de AWBZ in aanmerking komen. Het is mogelijk dat er in 2006 een verbreding van de financiering komt. De LVT en ZN zijn verzocht een nadere onderbouwing te geven van de investeringskosten, onderhoudskosten en schaalgrootte. Ook is het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. van plan vanaf juli een aantal experimenten financieel te gaan faciliteren. Waarschijnlijk is dit te vroeg voor onze provincie, maar de mogelijkheden om hierop aan te haken worden verkend.
- De subsidieregeling Diensten bij Wonen met Zorg. Jaarlijks kunnen organisaties bij het zorgkantoor subsidie aanvragen voor projecten die er aan bijdragen dat mensen met een verblijfsindicatie zelfstandig kunnen blijven wonen. Per cliënt geldt een maximaal bedrag van 2.000 euro. De diensten die uit deze regeling kunnen worden vergoed zijn niet limitatief. In een aantal regio's komt alarmeringsapparatuur en de beschikbaarheidsfunctie (onder andere voor alarmopvolging). Hoewel hier ook een AWBZ vergoeding voor is, wordt deze algemeen als onvoldoende beschouwd. Met de subsidieregeling kan het gat worden gedicht. De regeling loopt in principe tot 2006 en zou dan over moeten gaan in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Een knelpunt in de regeling is dat het om mensen met een verblijfsindicatie moet gaan. Mensen die een dergelijke indicatie kunnen krijgen, maar aangeven dat ze zelfstandig willen blijven wonen krijgen deze indicatie tegenwoordig niet meer.
- De ziektekostenverzekeraar. Een aantal ziektekostenverzekeraars investeert in de ontwikkeling van telemedicine.

#### **5. Inhoud project.**

Zorg op afstand via een beeld- en geluidsverbinding kan een belangrijke rol spelen bij het zelfstandig wonen, de kwaliteit van het leven en de veiligheid. De afgelopen jaren zijn een aantal kleine pilots geweest. Een impuls voor de implementatie en verdere ontwikkeling is echter nodig. Gegeven de stand van zaken, de technische- en beleidsontwikkelingen wil de provincie:

- De implementatie van zorg op afstand, in combinatie met andere vormen van domotica realiseren door in minimaal twee en maximaal vier regio's invoeringsprojecten te ondersteunen. In totaal moet het om 200 tot 250 cliënten gaan. Verwacht wordt dat minstens twee projecten nodig zijn om dit aantal te halen. Voor maximaal vier projecten is gekozen vanwege de complexiteit en het feit dat de provincie liever een paar projecten goed realiseert dan veel projecten half. Verder willen we in ieder geval een project in een plattelandsgedebied en een project in een verstedelijkt gebied.
- De vliegwielerwerking stimuleren. De implementatieprojecten staan niet op zich. Het is bedoeling dat Utrecht klaar te maken voor zorg op afstand en er binnen tien jaar 500 tot 1000 mensen zorg op afstand krijgen.

- Een innovatief project met slimme sensoren ondersteunen. Het investeren in nieuwe technologieën komt alleen van de grond met behulp van subsidies.

In deel II is opgenomen hoe we de implementatie en vliegwielwerking voor zorg op afstand willen realiseren. Deel III gaat over het innovatieve project met slimme sensoren.

## Deel II: Invoering van zorg op afstand.

### 1. Uitgangspunten.

De provincie wil twee tot vier projecten ondersteunen die zorg op afstand gaan realiseren en het vliegwieleffect stimuleren. Bij de projectaanpak is leidend geweest dat de provincie niet zonder meer invoeringsprojecten wil ondersteunen, maar ook wil sturen in de manier waarop zorg op afstand invulling krijgt. Het gaat daarbij om:

- a) De doelgroepen waar de projecten zich op richten en de domotica die beschikbaar wordt gesteld. Bij de bewoners/cliënten moet het grootste deel bestaan uit mensen waarvoor technologie het verschil kan maken tussen zelfstandig wonen of verhuizen naar een instelling. In ieder geval moet de tweewegbeeld- en geluidsverbinding mogelijk zijn. Deze techniek staat echter niet op zichzelf. Ook andere vormen van domotica kunnen nodig zijn en moeten dus geboden kunnen worden. Gezien de doelgroep is bijvoorbeeld ook personenalarmering belangrijk. Op grond hiervan worden inhoudelijke eisen aan de projecten gesteld (zie programma van eisen).
- b) De klant centraal. Domotica kan een rol spelen bij de doelmatigheid van de zorg, zeker nu er op langere termijn steeds meer problemen zullen ontstaan om voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel te vinden. Toch is dat niet het eerste doel van het project. Voorop staat dat diegene waar het allemaal om draait, de klant, er beter van wordt. Die klant zal dus bepalen óf hij mee wil doen aan een domoticaproject en zo ja, wat de behoefte is. De uitvoering van projecten moet met de grootste zorgvuldigheid moet plaatsvinden. Klanten worden dan ook nadrukkelijk bij de voorbereiding betrokken (bijvoorbeeld via klantenpanels) en privacy-wetgeving wordt toegepast.
- c) Betaalbaarheid voor de klant. Uit onderzoek is gebleken dat cliënten/bewoners gemiddeld 25 euro willen betalen voor domotica. Om mensen voor projecten te interesseren zal dit de maximale eigen bijdrage moeten zijn voor noodzakelijke domotica en zorg/diensten. Zeker voor mensen met een smalle beurs.
- d) De organisaties die in aanmerking komen voor financiële steun. We kiezen er voor om in principe zorgorganisaties, waar mogelijk in een samenwerkingsverband met een corporatie, te ondersteunen. Hiervoor is een aantal redenen. We willen de implementatie in de provincie ondersteunen. Het ligt dan het meest voor de hand om het aangrijpingspunt te zoeken bij Utrechtse organisaties en hen over de drempel te helpen. Een alternatief is ondersteuning van leveranciers. Er zijn echter meerdere leveranciers die de producten kunnen leveren, en er komen er waarschijnlijk nog meer op de markt. Het ligt meer voor de hand om de keuze bij de betreffende zorgaanbieder/corporatie te leggen (met goede ondersteuning om de juiste leverancier te kiezen, zie ook e). Veel zorgorganisaties en corporaties doen bovendien al zaken met technologieleveranciers, die wellicht in staat zijn om, eventueel via een samenwerking met een andere leverancier, ook de gevraagde beeld- en geluidsverbinding te leveren.
- e) De realisatie van een infrastructuur binnen Utrecht voor zorg op afstand. Zorg op afstand vraagt om een aantal faciliteiten bij zorgorganisaties: er moet een centrale zijn die 24 uur per dag bemand is en waar bekwame hulpverleners beschikbaar zijn voor de beeld- en geluidsverbinding. Daarnaast moet er 24-uurs zorg op afroep binnen 20 minuten worden geboden in het geval er hulp nodig is. Dit komt voor een deel overeen met de infrastructuur die nodig is voor personenalarmering met professionele opvolging. In Utrecht is nagenoeg overal personenalarmering beschikbaar. Het is wel heel verschillend georganiseerd: soms komen meldingen binnen bij de receptie of een hulpverlener van een verzorgingshuis en in andere gevallen is hiervoor een professionele meldcentrale ingehuurd. Verder is er nog niet overal 24 uur per dag onplanbare zorg mogelijk. Ook is de organisatie van de personenalarmering en de opvolging tussen organisaties niet altijd goed op elkaar afgestemd. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat in één dorp drie zorgaanbieders een mobiele hulpverlener paraat hebben, die ieder apart te weinig heeft te doen. Het realiseren hiervan is ook niet eenvoudig. Als iedere zorgorganisatie de infrastructuur voor zichzelf organiseert, is dat niet doelmatig. Aan de andere kant willen veel zorgorganisaties wel graag de alarmmeldingen zelf binnenkrijgen en de alarmopvolging doen vanwege de klantenbinding en de kennis van de klant, die bij bewoners/cliënten met ingewikkelde problematiek nodig is. Ook is de vraag of de infrastructuur het beste per deelgebied (woonzorgzone's/dorp) ontwikkeld of op een grotere schaal. Een goede infrastructuur voor zorg op afstand zal in nauwe samenwerking met het zorgkantoor en de deelnemende projecten moeten

worden overeengekomen, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de bestaande infrastructuur. Daarbij zijn ook de netwerken voor sociale alarmering van belang.

- f) De realisatie van een goede financieringsbasis. Inzet is dat de projecten na de projectfase zelfstandig door kunnen functioneren en dat voor nieuwe projecten een goede reguliere financiering is. Dit vraagt om een goede afstemming met het zorgkantoor, het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. en het ministerie van VWS. Hieraan zullen we veel aandacht besteden.
- g) Het goed verlopen van projecten. Om diverse redenen willen we de projecten een projectleider ter beschikking stellen, in ieder geval voor de voorbereidingsfase van de projecten. De realisatie van zorg op afstand vraagt een nauwe samenwerking met de technologieleveranciers om een pakket op maat te maken. Zorgorganisaties en woningcorporaties hebben hierin vaak een kennisachterstand, waardoor de technologie snel leidend is in plaats van de vraag van de cliënt en de zorg. Bovendien beloven technologieleveranciers vaak meer dan ze kunnen waarmaken. Een inhoudelijk deskundig projectleider heeft dit door. We vinden het belangrijk dat projecten niet allemaal zelf het wiel hoeven uit te vinden en bijvoorbeeld gezamenlijk onderzoeken welke zorgarrangementen mogelijk zijn. De projectleider kan ook de brug vervullen tussen het algemene belang (realiseren van een infrastructuur voor zorg op afstand, beschikbaar stellen van ervaringen en producten voor vliegwielerwerking) en het eigen belang (domotica voor de eigen klanten en het organisatiebelang). Goede afspraken hierover zijn nodig. Ervaringen met de pilotprojecten van Viedome, Camcare en Thuiszorg-Online laten namelijk zien dat de leveranciers én deelnemende zorgorganisaties niet erg toeschietelijk zijn met het beschikbaar stellen van inside-informatie.<sup>7</sup> Overigens blijven de instellingen zelf verantwoordelijk voor het project.
- h) Voldoende aandacht voor het vliegwieleffect. Ondersteuning van een paar projecten is in feite maar een deel van de implementatiestrategie van de provincie. Bedoeling is dat steeds meer zorgaanbieders (en corporaties) overgaan tot zorg op afstand en andere vormen van domotica. Om dit mogelijk te maken moet hier al tijdens de projectfase voldoende aandacht voor zijn en moeten hier voldoende middelen voor worden gereserveerd.

## 2. De selectie van regio's/projecten.

Om kansrijke projecten op te sporen en alle serieus geïnteresseerde zorgorganisaties en woningcorporaties de gelegenheid in aanmerking te komen, is de volgende procedure ontworpen voor de selectie van projecten c.q. regio's.

Stap 1: Een oproep aan alle zorgorganisaties en corporaties.

Alle zorgorganisaties en corporaties krijgen een brief, waarin ze worden geïnformeerd over het project *Toekomst Thuis*<sup>8</sup> en opgeroepen worden zich te melden als ze serieuze belangstelling hebben. In de brief zijn tevens de hoofdvormen genoemd om in aanmerking te komen voor een project. Deze brief is inmiddels verzonden. De sluitingsdatum voor aanmelden was 8 april. Zie de bijlage voor de tekst.

Stap 2: Gesprekken met partijen die zich aangemeld hebben.

Met alle aanmelders wordt een gesprek gevoerd. Doel van dit gesprek is om duidelijkheid te krijgen welke en hoeveel organisaties/regio's in aanmerking (willen) komen. Tijdens het gesprek geeft de provincie een nadere toelichting op het project *Toekomst Thuis*, de voorwaarden van de provincie alsmede de procedure. De aanmelders geven toelichting op hun ideeën, plannen, ervaringen en de wijze waarop ze aan de voorwaarden van de provincie willen voldoen. Op basis van dit gesprek beslist de provincie welke aanmeldingen in principe in aanmerking komen. Ook aanmelders zelf kunnen beslissen wel of niet door te gaan in de procedure.

In totaal zijn er ongeveer 15 initiatieven gemeld. Tussen 21 april en 26 april hebben de gesprekken plaats.

<sup>7</sup>Dit is op zich wel begrijpelijk, omdat deze organisaties veel geïnvesteerd hebben in de pilots.

<sup>8</sup>De oorspronkelijke werktitels van het project waren 'Virtueel verzorgings- en verpleeghuis' en 'Virtuele zorg in het echt.' Omdat deze namen de lading niet dekten, heeft het project een andere naam gekregen.

**Stap 3: Partijen stellen position paper op.**

De partijen/projecten die overgebleven zijn na stap 2 stellen een position paper op. Acht initiatieven zijn uitgenodigd een position paper te maken. Hierin komen aan de orde: de doelen en resultaten van het project, een omschrijving van de doelgroepen, de domotica die men wil gaan aanbieden (waaronder in ieder geval zorg op afstand en personenalarmering), het potentieel aan cliënten, het draagvlak binnen de organisatie en de mogelijkheden van de organisatie om aan het programma van eisen te voldoen, een globale indicatie van de kosten, de eigen investeringen in tijd en geld, de gevraagde ondersteuning in hoofdlijn, de verwachte planning en de ervaringen met domotica/techniek. De partijen krijgen begin mei een format voor het position paper en moeten dit uiterlijk 15 juni indienen.

Om organisaties te ondersteunen bij het opstellen van het position paper worden in mei een paar werkbezoeken georganiseerd aan pilots elders in het land. Hierdoor krijgen organisaties meer inzicht wat er bij een dergelijk project komt kijken.

**Stap 4: Selectie op basis position paper**

De partijen krijgen gelegenheid hun position paper mondeling toe te lichten en eventuele vragen te beantwoorden. De provincie beoordeelt vervolgens en beslist op basis van de volgende criteria: de spreiding (stedelijk gebied en platteland), de kwaliteit (de mate waarin is voldaan aan het programma van eisen van de provincie), de haalbaarheid (op welke termijn projecten kunnen starten, financiële haalbaarheid) en investeringen door de organisaties zelf (in tijd en geld). Het zorgkantoor heeft een adviserende rol.

Planning: 25 juni.

**Stap 5: Intentieovereenkomst met geselecteerde partijen.**

Met de geselecteerde partijen wordt een intentieovereenkomst afgesloten. Doel hiervan is het commitment aan elkaar te tonen en procedurele afspraken over de projecten te maken. Hierna start de voorbereidingsfase, waarin partijen de projecten verder gaan uitwerken en de provincie verdere voorbereidingen treft (zie paragraaf 4).

Planning: augustus/september 2005.

**3. Programma van eisen/voorwaarden aan projecten.**

Organisaties die in aanmerking willen komen voor een project zullen aan een aantal voorwaarden moeten (kunnen) voldoen. In feite gaat het tegelijk om een programma van eisen in hoofdlijn. Er zijn drie soorten voorwaarden/eisen:

- Algemene eisen aan de techniek;
- Functionele eisen aan de techniek;
- Eisen aan de deelnemende organisaties.

*Algemene eisen aan de techniek*

- a) De domotica die geleverd wordt is vraaggericht. Dat wil zeggen dat alleen domotica wordt aangelegd of beschikbaar gesteld waar de bewoner behoefte aan heeft. De cliënt en de zorg zijn uitgangspunt, niet de techniek.
- b) Zo min mogelijk sterk woninggebonden technologie. Bewoners kunnen verhuizen of overlijden of sommige functies zijn maar tijdelijk nodig. De domotica kan dan weer elders worden ingezet.
- c) Zoveel mogelijk domotica via een open systeem. Dat wil zeggen dat de levering van domotica niet afhankelijk is van één leverancier. Om een voorbeeld te noemen: op de alarmcentrale kan personenalarmeringsapparatuur van alle merken worden aangesloten, niet slechts van één merk.
- d) De techniek die toegepast wordt is zo flexibel mogelijk. Technologische ontwikkelingen gaan snel. Up- en downgraden en vervangen van technologie moet relatief makkelijk mogelijk zijn.

- e) Een systeemintegrator bij meerdere leveranciers/onderaannemers. De meeste domoticaleveranciers kunnen niet alle functionaliteiten leveren. Dat geldt zeker voor de nu op de markt aanwezige ICT-domotica (tweeweg beeldverbinding). Het is daarom noodzakelijk dat er één partij is die optreedt als systeemintegrator en verantwoordelijk is voor de afstemming van de verschillende onderdelen.

#### *Functionele eisen*

Het NIZW heeft voor de provincie uitgewerkt welke domoticafuncties beschikbaar zouden moeten zijn en waaraan die moeten voldoen. We maken een onderscheid tussen functies die de projecten in ieder geval moeten kunnen bieden en opties: functies die gewenst zijn of kunnen zijn, maar die we niet opleggen aan de organisaties. Hetzij omdat ze duur zijn en er in de praktijk weinig vraag naar is (bijvoorbeeld een huisautomatiseringssysteem), hetzij ze alleen bestemd zijn voor heel bijzondere doelgroepen (meerdere camera's in de woning) of omdat ze andere partners vragen (bijvoorbeeld consultatie van de huisarts via een beeldverbinding).

De essentiële functies zijn:

- a) Een tweeweg beeld/spraakverbinding tussen cliënt en hulpverlener. De bewoner kan door middel van een druk op een knop een tweeweg beeld- en geluidsverbinding leggen met een 24 uren bemende centrale. Indien vooraf afgesproken en vastgelegd, kan de centralist in omschreven situaties contact leggen met de bewoner. De centralist en bewoner kunnen elkaar zien en horen. De centralist heeft een relevante opleiding op HBO-niveau.
- b) Actieve personenalarmering: de bewoner kan met een druk op de knop bij het beeldscherm, alarmeringsapparaat, de halszender of via een trekkoord bij een noodsituatie een alarmsignaal verzenden. Dit wordt opgevangen op een alarmcentrale. De centralist ziet automatisch de gegevens van de bewoner. De centralist kan een spreek-luisterverbinding tot stand openen met bewoner.
- c) De functionaliteiten tweeweg beeld/spraakverbinding en personenalarmering zijn functioneel gekoppeld. Dat wil zeggen dat de functionaliteiten aangesloten zijn bij dezelfde centrale en er gegevensuitwisseling mogelijk is tussen de beeld/spraakverbinding en de personenalarmering.
- d) Automatisch openen van deuren, de voordeur en/of de centrale toegang. Vanaf de centrale kan na een tweeweg beeld/spraakverbinding of personenalarmering de voordeur van een woning of wooncomplex automatisch geopend worden. Voor de bewoner zelf kan deze functie nodig zijn voor het geval de bewoner zelf deuren niet kan openen.
- e) Video-deurtelefonie/toegangscontrole. Door middel van een beeld- en spreek-luisterverbinding is het mogelijk te verifiëren wie zich voor de toegang van de woning of het wooncomplex bevindt en kan de centrale toegang/deur op afstand worden geopend.
- f) Brandalarmering. Rookmelders op diverse plekken in de woning geven bij brand een alarmsignaal af naar de centrale voor personenalarmering. De centralist kan de situatie verifiëren via de spreek/luisterverbinding.
- g) Inbraakalarmering. Inbraakalarmering die voldoet aan het Politie Keurmerk Veilig Wonen. Doormelding vindt plaats naar een centrale voor personenalarmering of een ander type alarmcentrale (die gericht is op beveiliging). De centralist kan de situatie eventueel verifiëren via de spreek/luisterverbinding.
- h) Nachtorientatieverlichting in de slaapkamer. Bij het opstaan uit bed gaat automatisch een lamp branden.
- i) Automatisch aangaan van verlichting in de badkamer. Bij het betreden van de badkamer gaat er automatisch een lamp branden.

#### *Eisen aan de organisaties*

Het realiseren van zorg op afstand is uitdagend en complex. Hoewel er elders in het land enige ervaring is opgedaan is er nog geen sprake van gebaande wegen. Bovendien blijft het maatwerk. Willen projecten en slaagkans hebben, zullen de betrokken zorgorganisaties en woningcorporaties aan een aantal voorwaarden moeten voldoen:

- a) Een substantiële tijdsinvestering voor de ontwikkeling en invoering van het project;
- b) Een substantiële financiële investering van woningcorporaties in de technologie en eventueel aanpassingen aan de woning;

- c) Een infrastructuur voor (ongeplande) zorg van de zorgaanbieders. Dit omvat in ieder geval de beschikbaarheid van een zorgcentrale (dit kan een aansluiting bij een bestaande centrale zijn) en een mobiel team die 24 uur per dag operationeel zijn. Als de organisatie hier nog helemaal niet over beschikt, kost het teveel tijd voordat een project in uitvoering kan.
- d) De organisatie moet beschikken over een systeem van personenalarmering met professionele alarmopvolging of over een systeem voor akoestische bewaking met zorgopvolging zoals dat wordt toegepast voor verstandelijk gehandicapten. Professionele opvolging is binnen 20 minuten aanwezig.
- e) Dat zij minimaal 40 potentiële deelnemers en/of woningen voor het project hebben en bij voorkeur minstens 100.
- f) De organisaties moeten enige feeling hebben met technologie en er moet voldoende draagvlak binnen de organisatie zijn.
- g) Zorg op afstand moet beschikbaar zijn voor alle cliënten van de deelnemende zorgorganisatie.
- h) De organisaties moeten bereid zijn hun ervaringen te delen en beschikbaar te stellen in verband met het beoogde vliegwieleffect.
- i) De organisaties moeten bereid zijn om te werken met een door de provincie aangestelde projectleider (zie uitgangspunten).
- j) De organisaties moeten binnen een jaar kunnen starten.

We realiseren ons dat we een uitgebreid verlanglijstje hebben. In essentie gaat het er om dat het er om gaat kansrijke projecten te selecteren, die binnen ongeveer een jaar kunnen starten en waarbij in ieder geval zorg op afstand wordt gerealiseerd. We willen projecten selecteren die zoveel mogelijk aan de eisen voldoen.

#### **4. De verdere voorbereiding en uitvoering.**

Hoe de verdere voorbereiding van de projecten gaat verlopen is niet exact te voorspellen. Er kunnen in hoofdzaak twee soorten projecten komen:

- Projecten waarbij nog geen tweeweg beeld- en geluidsverbinding is en nog geen voorbereidingen zijn getroffen. Eventueel kan de organisatie, naast personenalarmering, ook al andere vormen van domotica bieden;
- Projecten die op kleine schaal een tweeweg beeld- en geluidsverbinding uitgetoetst hebben en dit op grotere schaal willen gaan toepassen of uitbouwen. Of projecten die reeds voorbereidingen hebben getroffen.

Gezien de aanmeldingen is het realistisch dat er van beiden minstens een project is. Hieronder wordt in hoofdlijn geschetst hoe de voorbereiding en realisatie zal verlopen. Een en ander zal ook in nauwe samenwerking met de geselecteerde projecten plaatsvinden. Dat geldt trouwens ook voor de projectorganisatie.

#### **4.1. Project(en) voor wie zorg op afstand nieuw is.**

In de projectfasering onderscheiden we de voorbereiding, het startklaar maken van de organisaties, de feitelijke invoering en de nazorg.

##### **4.1.1. De voorbereiding.**

Bij de voorbereiding van de invoering worden vijf stappen gezet:

- De zorgarrangementen.
- De technologie.
- De kosten.

*De zorgarrangementen (medio augustus tot en met december 2005)*

Bij het maken van zorgarrangementen gaat het om het nader formuleren van doelgroepen, de zorg en diensten die voor deze doelgroepen worden ingezet, de logistieke zaken (bijvoorbeeld organisatie van de beeldcommunicatie en de 24 uren opvolging van zorg) en medisch/ethische aspecten.

De resultaten zijn:

- Een protocol welke zorg aan wie, op welke momenten en op welke manier geleverd wordt, inclusief de logistiek van de zorgorganisatie, medisch/ethische aspecten;
- Een standaard zorgovereenkomst met cliënten/gebruikers

*Vaststellen in te zetten technologie (medio augustus tot en met december 2005).*

Het programma van eisen (paragraaf 3) zal geconcretiseerd moeten worden voor de projecten op basis van de doelgroepen die binnen het project gaan vallen. Dit geldt zowel de technische functies op zich, de eisen die hieraan gesteld worden en het formuleren van de technische specificaties wat betreft de technische apparatuur thuis en bij de zorgcentrale.

De resultaten zijn:

- Een document met de functies en eisen hieraan.
- Document met technische specificaties apparatuur thuis en bij zorgcentrale.

Het is belangrijk om bij het maken van de zorgarrangementen en de definiëring van de techniek cliënten en bewoners te betrekken, door bijvoorbeeld een panel met (potentiële) gebruikers.

*De kosten en financiering (medio augustus tot en met december 2005).*

Het is belangrijk om een nadere specificatie te maken van de kosten van en mogelijke financieringsbronnen voor de projecten. Bij de kosten gaat het om kosten voor de technologie, de infrastructuur (zoals aansluiting op een centrale), zorgkosten en projectkosten. Bij de financiering om de mogelijke bijdragen van woningcorporaties, AWBZ, de cliënten/bewoners, eventueel gemeenten en de provincie.

Het resultaat van deze activiteit is:

- Een financieringsplan voor het project.

Aan het einde van de voorbereidingsfase kunnen de regionale partijen/projecten een definitief projectplan maken en de provincie een bestedingsplan voor de middelen die door de provincie beschikbaar worden gesteld.

#### **4.1.2. Het startklaar maken van de organisaties en cliënten (januari tot en met juni 2006).**

Bij het startklaar maken gaat om het aanbesteden van de techniek, de organisatorische voorbereiding bij de organisaties en het werven van cliënten/bewoners.

*Aanbesteden techniek (januari tot en met maart)*

Op basis van de documenten voor de technische functies en eisen wordt een bestek gemaakt en een aanbestedingsprocedure gestart. Met de geselecteerde leverancier worden afspraken gemaakt over de organisatorische voorbereiding bij de organisaties. Mocht de organisatie al over een leverancier beschikken die de gevraagde apparatuur kan leveren, dingt deze leverancier mee.

Resultaat: contract met leverancier.

*Maken draaiboek voor de invoering (januari tot en met maart)*

Er wordt een draaiboek gemaakt wat er allemaal nodig is om te starten. Onderdelen zijn bijvoorbeeld de bemensing van de centrale, de rol van de corporatie bij installeren en onderhoud techniek, hoeveel tijd nodig is voor de technische installatie per cliënt c.q. hoeveel tijd nodig is om het beoogde aantal cliënten aan te sluiten.

Resultaten:

- Draaiboek voor de invoering;
- Informatiebrochure voor medewerkers en cliënten/bewoners.

*Voorbereiden medewerkers en organisatie (maart tot en met juni 2006)*

Nadat het draaiboek gereed is starten de praktische voorbereidingen.

Resultaten:

- Cursus/training medewerkers is gegeven;
- Techniek bij zorgaanbieders is geïnstalleerd.



*Voorbereiden en selectie van deelnemers/bewoners (maart tot en met juni 2006).*

De deelnemende organisaties brengen het project onder de aandacht van cliënten en werven actief cliënten die binnen de doelgroep vallen. Tevens wordt een demonstratiewoning ingericht. Geïnteresseerde cliënten kunnen hier een kijkje komen nemen en de techniek uitproberen. De demonstratiewoning kan ook gebruikt worden voor de training en informatie van cliënten/bewoners en medewerkers.

- Demonstratiewoning.
- Minstens 50 cliënten bij start van het project.

#### **4.1.3. Uitvoeringsfase (vanaf juli 2006 tot en met juni 2007).**

In de invoeringsfase wordt de apparatuur geplaatst en wordt het zorgarrangement aan de deelnemers aangeboden. Eventuele knelpunten worden gesignaleerd en opgelost. Een aantal keer wordt een bijeenkomst met bijeenkomsten met cliënten en hulpverleners gehouden om ervaringen te inventariseren en project eventueel bij te stellen.

Resultaat:

- In december 2006 nemen in totaal minstens 125 cliënten deel aan project(en);
- In juni 2007 minstens 200.

#### **4.1.4. Nazorg.**

Het is de bedoeling dat de cliënten na de projectfase het zorgarrangement kunnen blijven gebruiken. Het is immers een implementatieproject en geen pilotproject. Er zal op tijd een plan moeten worden gemaakt voor de periode na projectfase. Hierbij gaat het om de financiering, de uitbreiding deelnemers en mogelijke uitbreiding deelnemende organisaties (zie vliegwieleffect).

#### **4.2. Project(en) die al enige ervaring met zorg op afstand hebben.**

Projecten die al enige ervaring hebben of al de nodige voorbereidingen hebben getroffen, komen (juist) ook in aanmerking voor deelname. Het uitbouwen van pilots, zowel wat betreft aantal deelnemers, technische mogelijkheden en het zorg- en dienstenpakket brengt veel met zich mee. Zij zullen een deel van de stappen die hierbij beschreven zijn ook moeten doorlopen, maar zullen dat sneller kunnen. Met hen zal een aangepast programma en planning worden opgesteld.

#### **5. Het vliegwieleffect.**

Vanaf het begin af aan is het project *Toekomst Thuis* gericht op het vliegwieleffect: zoveel mogelijk zorgorganisaties en woningcorporaties rijp maken voor zorg op afstand. Hiervoor gaan we een samenhangend pakket organiseren:

- a) Informatiebijeenkomsten. Voor geïnteresseerde zorginstellingen en corporaties worden een aantal informatie- en discussiebijeenkomsten gehouden. Aan het begin van het project zullen deze meer algemeen van karakter zijn, bijvoorbeeld over de kenmerken en meerwaarde van zorg op afstand. Verderop in het project zal het specifiekere gaan over hoe organisaties zich klaar kunnen maken voor de invoering van zorg op afstand.
- b) Evaluatieonderzoek. De projecten zullen begeleid worden door een evaluatieonderzoek, dat gericht is op leerpunten voor de verdere invoering. Centrale vragen zijn wat de meerwaarde van zorg op afstand per doelgroep is, de kosten, wat er komt kijken bij een project, wat succesfactoren en valkuilen zijn.
- c) Handleidingen. Mede op basis van het evaluatieonderzoek worden handleidingen gemaakt voor de invoering van zorg op afstand en de relatie met andere vormen van domotica. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld doelgroepen en zorgarrangementen, de techniek en de financiering.
- d) Afspraken over de infrastructuur voor zorg op afstand: de beschikbaarheid van een of meerdere centrales voor de provincie Utrecht en afspraken over de organisatie van 24 uur zorg op afroep.
- e) Afspraken over de financiering. Met het zorgkantoor, het ministerie van VWS en het CTG/ZAi.o. zal geprobeerd worden een dekkende financiering te ontwikkelen.
- f) Een stimuleringsbijdrage voor organisaties die aan het einde of vlak na de projectperiode willen gaan starten met zorg op afstand.

## 6. Het geld.

### 6.1. Wat financieren.

Het geld ter ondersteuning van de invoering van zorg op afstand is bedoeld voor de projecten en de vliegwielerwerking. Als het gaat om de projecten zelf zijn er grofweg drie mogelijkheden:

- Financiering van de techniek (bijvoorbeeld een financiële bijdrage per cliënt)
- Ontwikkel/projectkosten (zoals bijvoorbeeld aanpassingen in de organisatie en trainingen voor medewerkers)
- Ongedekte kosten van de zorgorganisatie (zoals bijvoorbeeld bezetting van de centrale, zorg op afstand die nog niet vergoed wordt vanuit de AWBZ).

Op dit moment is nog lastig te zeggen wat het beste is. Dat zal moeten blijken uit het overleg, de position papers en uitgewerkte projectvoorstellen. Uitgangspunt is dat het project voortgezet kan worden zonder bijdrage provincie. Vanuit dat oogpunt valt voor alle drie de opties iets te zeggen. Ontwikkelkosten zijn in principe eenmalig. De verwachting is dat de techniek de komende jaren goedkoper wordt, zeker als het lukt tot invoering op grotere schaal te komen zoals beoogd met dit project. De ongedekte kosten van de zorgorganisaties zijn hopelijk tijdelijk, omdat er naar wordt gestreefd aan het eind van de projectperiode een oplossing voor huidige knelpunten is. De ontwikkelingen in de financiering geven aanleiding dat dit een reëel streven is (zie paragraaf 4.2. van deel I).

### 6.2. Hoe en vanaf wanneer financieren.

De provincie zet hoog in met dit project, wil mee kunnen sturen op resultaat en heeft daarin ook een rol (meeregelen reguliere financiering en infrastructuur voor zorg op afstand). Daarom kiezen we niet voor een subsidierelatie met de projecten, maar voor een samenwerkingsovereenkomst. Samenwerken is tweerichting verkeer en betekent dus ook dat wij oog moeten hebben voor de eventuele problemen van onze projectpartners en hun verwachtingen van de provincie.

In de samenwerkingsovereenkomsten leggen we afspraken vast over de doelen, activiteiten, verantwoordelijkheden, de financiering (wie betaalt wat) en de prestaties die daar tegenover staan.

Om ze af te sluiten zal het nodige voorwerk moeten worden gedaan. Feitelijk moet de voorbereidingsfase van de projecten nagenoeg zijn afgerond en er concrete projectvoorstellen liggen (zie ook paragraaf 4.1.1.). Pas na het afsluiten van de samenwerkingsovereenkomsten stelt de provincie geld beschikbaar. Dit biedt overigens een extra garantie dat partijen het project ook daadwerkelijk kunnen en willen realiseren. Concreet houdt het in dat we in augustus/september intentieverklaringen afsluiten en in december de samenwerkingsovereenkomsten.

Bij de voorbereidingsfase is de provincie actief betrokken bij het analyseren van de kosten en mogelijke financiering. Ook start de provincie al met het maken van afspraken over de infrastructuur voor zorg op afstand. Om projecten te ondersteunen bij het voorbereiden wordt vanaf begin af aan een externe projectleider ter beschikking gesteld.

De kosten om het vliegwieleffect te realiseren zullen van begin af aan tot na afloop van de projecten lopen.

### 6.3. Hoeveel geld.

*(vertrouwelijke bijlage)*

## 7. De planning.

De planning is op verschillende plekken al aan de orde geweest. Hieronder volgt een overzicht. Een aantal activiteiten is doorlopend: het evaluatieonderzoek en de informatiebijeenkomsten.

Tijd	Projecten	Vliegwieleffect
Maart tot en met juni 2005	Selectie van projecten/regio's	
Zomer 2005	Selectie externe projecten voorbereidingsfase	
September tot en met december 2005	Voorbereidingen projecten	Eerste aanzet afspraken financiering en infrastructuur
December 2005	Samenwerkingsovereenkomst met partijen	
Januari tot en met juni 2006	Startklaar maken van de organisaties	

Juli 2006 tot en met juni 2007	Uitvoering van de pilots	Definitieve afspraken financiering en infrastructuur
Januari tot en met juli 2007		Handleidingen maken Stimuleringsbijdragen voor nieuwe projecten
Juli 2007 tot en met december 2007	Nazorg	Nazorg

Het project is in principe eind 2007 afgerond, met een uitloop tot zomer 2008. Deze marge is nodig vanwege enige onzekerheden in de voorbereidingsfase van het project. Hoewel het gaat om een implementatietraject (invoering van bewezen combinaties van technologie en zorg), is er in de praktijk nog veel te ontwikkelen. Er kunnen niet zomaar draaiboeken van elders worden uitgevoerd. Bovendien worden die niet zonder meer ter beschikking gesteld. De technologie is grotendeels nieuw voor de betrokken organisaties en cliënten en de aanpassingen in de zorgorganisaties zullen op maat moeten worden gemaakt (logistiek en werkwijze). Dit kost tijd. Hoeveel precies is moeilijk vooraf te voorspellen. Ervaringen met pilots elders leren dat de voorbereidingen tussen de negen maanden en anderhalf jaar kosten (tot en met het startklaar maken van de organisaties).

## 8. De organisatie.

Het hart van de organisatie is de projectgroep. Deze bestaat uit de externe projectleider (die de provincie ter beschikking stelt), de interne projectleiders van de projecten, de interne projectleider van de provincie en de vertegenwoordiger van het zorgkantoor.

In de voorbereidingsfase worden in principe vier werkgroepen geformeerd: voor de zorgarrangementen, voor de techniek, voor de kosten/financiering en voor de provinciale infrastructuur voor zorg op afstand. In principe, omdat zoals eerder opgemerkt is, kan blijken dat er timingverschillen tussen de projecten zijn. De eerste drie werkgroepen bestaan uit vertegenwoordigers van de projecten. De provincie en het zorgkantoor participeren alleen in de laatste werkgroep en zij vormen gezamenlijk een werkgroep voor de infrastructuur voor zorg op afstand (bij de activiteiten van deze groep worden de projecten en andere zorgaanbieders in Utrecht wel betrokken).

Voor de zorgarrangementen, de techniek en de kosten zullen de afzonderlijke projecten een vertaalslag moeten maken voor hun eigen project.

Na de voorbereidingsfase wordt besloten of er met werkgroepen gewerkt blijft worden, op een andere manier en wat de rol van de leveranciers in de projectorganisatie wordt.

De projectgroep is verantwoordelijk voor de monitoring van de voortgang van het project als geheel, voor het vaststellen van producten van de werkgroepen en voor de afstemming tussen de werkgroepen. De interne projectleiders van de projecten hebben de dagelijkse leiding van hun project. De externe projectleider heeft de leiding over de werkgroepen, bewaakt de voortgang van de projecten als geheel, en is intermediair tussen de techniek, de interne projectleiders en de financier(s)/opdrachtgever. Als er wordt aanbesteed, ondersteunt de externe projectleider de aanbesteding.

Voortgangs- en tussenrapportages van het project worden besproken in de klankbordgroep van *Wel thuis!*. Hierin zijn ook cliëntenorganisaties vertegenwoordigd. Hiermee blijft de klankbordgroep op de hoogte en kan zijn zonnig adviseren over bijstellingen in het project.

Voor de samenwerkingsovereenkomst (december 2005) vindt een bijeenkomst plaats op bestuurlijk niveau. Doel hiervan is om het project op bestuurlijk niveau te verankeren en eventuele knelpunten die er zijn op te lossen. Bestuurlijk overleg vindt verder alleen plaats als het nodig is.

Binnen de provincie wordt een kleine projectgroep geformeerd: een projectleider, een projectmedewerker, een communicatiemedewerker, een financieel adviseur en een juridisch adviseur. De laatste twee hebben vooral een rol bij het opstellen van de samenwerkingsovereenkomsten en de juridisch adviseur ook bij de intentieovereenkomst. Na het afsluiten hiervan zijn zij op ad-hoc basis betrokken. De projectleider heeft een achtergrond in de zorg en heeft buiten de algemene leiding namens de provincie verantwoordelijkheid voor de afspraken over de financiering en infrastructuur. De projectmedewerker heeft een achtergrond in de volkshuisvesting, ondersteunt de projectleider vanuit zijn expertise en is contactpersoon voor minstens een project.

## 9. Informatie en communicatie.

Voor de informatie en communicatie onderscheiden we drie doelgroepen. Per doelgroep hebben we prioriteiten geformuleerd.

- a) De organisaties die participeren in het project, inclusief de provincie zelf. Informatie heeft vooral de functie om inzicht te krijgen in de voortgang van de projecten zodat tijdig bijstellingen kunnen worden gedaan als het nodig is. Aan het einde van elke fase van het project zal een voortgangsrapportage worden gemaakt alsmede een beslisdocument voor de volgende fase. De voortgangsrapportages gaan naar de projectleiders, opdrachtgevers en bestuurders. Na de voorbereidingsfase zal een definitief projectplan voorgelegd worden aan GS. Besluiten zonder ingrijpende gevolgen voor de projectopzet of kosten worden afgehandeld in de projectgroep.
- b) De zorgorganisaties en corporaties in Utrecht. De activiteiten in het kader van het vliegwieleffect zijn vooral bedoeld om hen te interesseren en warm te maken voor zorg op afstand. Naast de genoemde activiteiten zal elk half jaar, of vaker indien nodig, wetenswaardigheden worden vermeld in de nieuwsbrief van *Wel thuis!*. Ook zal informatie te vinden zijn op de website van *Wel thuis!*.
- c) Overig geïnteresseerden. Naar verwachting zal het project de nodige interesse krijgen van mensen en organisaties van binnen en buiten de provincie Utrecht. Er zal een documentatieset worden gemaakt, dat van tijd tot tijd wordt geactualiseerd.

Tussen september en december zal samen met de geselecteerde projecten gemaakt worden. In de communicatie naar de medewerkers van de betrokken organisaties, de cliënten en overige geïnteresseerden zal duidelijk moeten zijn dat de provincie de projecten mogelijk heeft gemaakt. Een idee is om hiervoor een sticker te maken.

Het budget voor informatie en communicatie komt uit het budget voor het vliegwieleffect.

## 10. Aandachtspunten en risico's.

We signaleren een aantal aandachtspunten en risico's:

- a) De projecten beginnen niet op hetzelfde moment. Zoals gezegd kunnen er twee soorten projecten komen: een of twee projecten waar zorg op afstand nieuw voor is en een of twee projecten die al enige ervaring hebben of enigszins voorbereid zijn. Hier zullen we flexibel mee om moeten springen. We willen projecten niet onnodig ophouden of forceren tot een te snelle start. Een en ander kan gevolgen hebben voor de activiteiten en de projectorganisatie. Het kan betekenen dat een deel van het bestedingsvoorstel eerder dan december wordt gemaakt.
- b) De rol van de externe projectleider na de voorbereidingsfase. Een aantal leveranciers hebben projectleiders om de invoering van de technologie en de afstemming met de zorg te faciliteren. Als bekend is welke leveranciers betrokken zijn bij de invoering van de projecten zullen hier nadere afspraken over worden gemaakt. De externe projectleider krijgt daarom in eerste instantie een opdracht tot en met het eventueel aanbesteden van de technologie. Tijdens de hele looptijd van het project zullen we er overigens bedacht op moeten zijn dat de cliënt en de zorg leidend zijn en niet de techniek.
- c) Het lukt niet om voldoende cliënten te werven. In dat geval zal bekeken moeten worden wat de oorzaak is: heeft zorg op afstand voor een kleinere groep meerwaarde dan gedacht, loopt de werving niet goed of is de drempel voor potentiële cliënten te hoog (financieel of angst voor techniek).
- d) De privacy van de bewoner/cliënt. Het werken met een camera in huis heeft ethische aspecten vergt goede informatie aan en afspraken met bewoners/cliënten over het gebruik en de inzet van camera's. Om dit te waarborgen wordt hiervoor een protocol gemaakt en zal een overeenkomst met iedere bewoner/cliënt worden gesloten. De privacy-wetgeving wordt vanzelfsprekend gehanteerd.
- e) Het lukt niet om afspraken te maken over de infrastructuur voor zorg op afstand. We refereerden al eerder aan het dilemma op dit punt: een doelmatige organisatie vraagt om een zekere schaalgrootte, terwijl het organisatiebelang en de kennis die nodig is over de cliënten kan vragen om een kleinschalige aanpak. We kunnen geen garanties geven dat het lukt, maar door de samenwerking met het zorgkantoor en de voorwaarden die we stellen aan projecten maken we de slaagkans groter. Ook zullen we gebruik maken van de ervaringen in de provincie Limburg.

- f) Het lukt niet om afspraken te maken over structurele financiering. In het project is veel aandacht voor structurele financiering. Ook hier geldt dat we geen garanties kunnen geven dat het lukt. Bovendien loopt de provincie geen financiële risico's en gaat de provincie geen financiële verplichtingen aan voor na de projectperiode.
- g) Het klantenbestand van woningcorporaties en zorgorganisaties loopt niet synchroon. Aanmelden staat open voor combinaties van woningcorporaties en zorginstellingen. Dat hebben we ondere andere gedaan vanwege de rol van corporaties bij domotica. Cliënten van de zorgorganisatie(s) zullen niet allemaal in een woning van de corporatie wonen en de huurders van de corporatie die zorg nodig hebben zullen niet allemaal cliënt zijn van de zorgorganisatie. Omdat het gaat om zorg op afstand is de invalshoek de cliënt van de zorgorganisatie. Participerende corporaties zullen er mee moeten instemmen dat ook niet huurders meedoen aan het project.
- h) Naar verwachting wordt per 1 januari 2006 de Wet Maatschappelijke Ondersteuning van kracht, waarbij onderdelen uit de AWBZ ondergebracht worden bij de gemeenten. Hiervoor zal tijdens de projectperiode en in het bijzonder in het kader van structurele financiering, aandacht voor moeten zijn.

### **Deel 3. Deelproject 'Videoalarmering, domotica voor thuiswonende mensen met een verpleeghuisindicatie'.**

Zorgpalet Baarn/Soest levert sinds jaren verpleeghuiszorg bij mensen thuis in Baarn en Soest. Het gaat om mensen met een zeer intensieve zorgvraag die dankzij de inzet van VerpleegThuiszorg en woningaanpassingen thuis kunnen blijven wonen. Thuis is een gewone eengezinswoning of ouderenwoning verspreid door Baarn en Soest. Het gaat vaak om kwetsbare situaties, waar het zelfstandig wonen en de zorg nogal eens tegen grenzen anschuren. Techniek, waarmee cliënten door middel van slimme sensoren en camera's en een alarmeringssysteem kunnen worden geobserveerd en bewaakt, zou hier een oplossing kunnen bieden. Deze techniek is nog in ontwikkeling. Eén prototype is beschikbaar en beperkt uitgeprobeerd. De techniek wordt nog niet toegepast. Er is dus sprake van een innovatief project. Om na te kunnen gaan of de inzet van deze technologie zinvol en toepasbaar is wordt een tweejarige pilot uitgevoerd met het nieuwe en nog in ontwikkeling zijnde domoticasysteem Unattended Autonomous Surveillance (UAS) van TNO. Het gaat hier dus ook om de tweede generatie domotica (remote monitoring).

#### **1. Doel en resultaat.**

Meer inzicht krijgen in de mogelijkheden en meerwaarde om met het UAS systeem mensen met een zeer intensieve zorgvraag in een kwetsbare situatie op een verantwoorde manier (langer) zelfstandig te laten wonen.

Het resultaat is een onderzoeksverslag met conclusies over de geschiktheid en meerwaarde van de techniek. Omdat het gaat om een innovatieve pilot is succes niet verzekerd.

#### **2. Inhoud.**

Bij 20 verpleeghuisgeïndiceerden (somatiek en psychogeriatric) worden slimme sensoren in de woning aangebracht, die noodsituaties kunnen signaleren. Dit doen ze door 24 uur per dag de bewegingspatronen van de bewoner in de woning te interpreteren. Als er sprake is van een noodsituatie, kan contact met de bewoner én hulpverleners worden opgenomen (met de hulpverlener via een SMS op de mobiele telefoon). De hulpverlener kan via een beeldscherm aan de mobiele telefoon de situatie inschatten. Het systeem constateert bijvoorbeeld ook dat een bewoner naar bed toegaat en checkt dan automatisch of er nog kookplaten aanstaan. Als dat zo is, wordt de bewoner gebeld.

In feite is het UAS systeem is een verbeterde vorm van passieve personenalarmering door middel van inactiviteitsmeting. UAS maakt daarbij gebruik van onderling en met centrale software gekoppelde infraroodbewegingsmelders in de woning van de cliënt. Tot het systeem zoals dat toegepast zal worden behoren verder ook een tweeweg beeld- en geluidsverbinding.

De techniek is nieuw, hoogwaardig en kan momenteel alleen nog door TNO geleverd worden. Op zich gaat het om een universeel systeem. Voor toepassing in de zorg is een prototype in Limburg beperkt getest.

Voorbeelden van cliënten waar UAS toegepast kan worden: alleenwonende dementerenden cliënten die onregelmatig onrustig zijn, mensen met een ernstig chronische ziekte waardoor ze zelf niet in staat zijn hulp in te roepen en mensen die vaak gebruik maken van de personenalarmering zonder dat er sprake is van een noodsituatie.

Belangrijke uitgangspunten voor het project zijn dat het toepasbaar moet zijn in bestaande woningen toepasbaar moet zijn en er geen extra knoppen of schakelaars gebruikt hoeven te worden door de cliënten. Het systeem is geheel draadloos en verplaatsbaar.

Het ministerie van VWS is in principe bereid een evaluatieonderzoek te betalen. Centrale vragen van het onderzoek zijn: leidt de inzet van deze techniek tot meer veiligheidsgevoelens bij cliënten, tot meer verantwoorde zorg en wat is het effect op de kosten van de zorg? Dit wordt gedaan door een vergelijking met cliënten van Zorgpalet Baarn/Soest die geen gebruik van de techniek maken. De subsidie die aan de provincie wordt gevraagd omvatten kosten voor de prototypen, abonnementen op breedband, computer, abonnementen mobiele telefonie, meldcentrale. Overige kosten zoals extra personeelskosten en coördinatie worden gedekt door Zorgpalet Baarn/Soest en fondsen.

### **3. Onderzoek.**

De pilot wordt begeleid door een onderzoek. Centrale vragen voor het onderzoek zijn:

- Wat is de meerwaarde voor de cliënt? Leidt het bijvoorbeeld tot vermindering van gevoelens van onveiligheid?
- Wat is de meerwaarde voor de zorgorganisatie? Leidt de inzet tot een vermindering van het aantal alarmoproepen waarbij de inzet van zorgverleners nodig is? Kan in de vraag om zorggerelateerde aandacht van de cliënten voorzien worden door middel van een beeld- en geluidverbinding?
- Leidt de inzet van deze vorm van domotica tot een meer verantwoorde zorgverlening?
- Wat is het effect op de kosten van de zorgverlening?

Voor het onderzoek zullen cliënten die deelnemen aan de pilot worden vergeleken met cliënten die niet meedoen. De onderzoeksresultaten zullen worden beschreven in een onderzoeksrapportage, met conclusies en aanbevelingen. Als de pilot een succes is, zullen ook aanbevelingen voor verdere implementatie worden gedaan.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn in samenwerking met de Hogeschool Utrecht en begeleid door een commissie, waarin naast Zorgpalet Baarn/Soest en TNO het ministerie van VWS en de provincie deelnemen.

### **4. Planning.**

De pilot kan starten nadat de benodigde financiële middelen toegekend zijn. Het eerste half jaar is nodig voor voorbereidende werkzaamheden. Het gaat onder andere om het maken van de prototypes, het voorbereiden van cliënten en het installeren van de prototypes bij de cliënten thuis. Hierna kan de pilot uitgevoerd worden. De pilot duurt in principe twee jaar.

### **5. Kosten.**

*(vertrouwelijke bijlage)*

### **6. Aandachtspunten.**

Het werken met slimme sensoren en camera's in huis heeft medisch/ethische aspecten en kan het gevoel geven van 'big brother is watching you'. Goede afspraken met deelnemende cliënten over het gebruik van met name de camera's is gewenst. Het project dient getoetst door de medisch-ethische commissie van Zorgpalet Baarn/Soest.

## **Bijlage: Oproep aan zorgorganisaties en woningcorporaties.**

Aan:

De woningcorporaties en zorgaanbieders  
in de provincie Utrecht

Datum	18 maart 2005	Sector	DMO
Nummer		Referentie	Deborah Lasut
Uw brief van		Doorkiesnummer	030-258 26 96
Uw nummer		Faxnummer	030-258 21 05
Bijlage	geen	E-mailadres	deborah.lasut@provincie-utrecht.nl
		Onderwerp	Aanmelding project 'Virtueel verzorgings- en verpleeghuis'

Geachte heer/mevrouw,

Met deze brief informeren wij u over het project 'Virtueel verzorgings- en verpleeghuis' en roepen wij u op zich **uiterlijk 8 april** aan te melden als u serieuze belangstelling heeft voor dit project.

### **Wat wil en biedt de provincie?**

De meeste mensen die zorg nodig hebben willen zelfstandig blijven wonen. Technologie kan daarbij een belangrijke rol spelen. De afgelopen jaren is veel ontwikkeld op het terrein van domotica en recent heeft dat tot een belangrijke doorbraak geleid. Door een slimme combinatie van (breedband)technologie en dienstverlening/zorg kunnen mensen, die anders waarschijnlijk in een instelling opgenomen zouden moeten worden, thuis blijven wonen. Als het nodig is kan hulp direct komen.

De provincie wil de toepassing van deze nieuwe combinaties van technologie en dienstverlening/zorg stimuleren en heeft hiervoor 3 miljoen euro gereserveerd. Het geld dat de provincie beschikbaar wil stellen is voor een groot deel bestemd voor concrete projecten waarbij in totaal ongeveer 250 mensen die zorg nodig hebben aan kunnen meedoen. Op termijn zouden dit er veel meer kunnen en moeten worden. Het is de bedoeling om projecten te starten, evenwichtig verdeeld over landelijk gebied en stedelijk gebied. We willen de projecten tussen 2005 en 2007 realiseren.

De afgelopen jaren zijn op diverse plekken in Nederland pilots geweest, waarbij de technologie en de organisatie van de zorg er achter zijn uitgeprobeerd. We richten ons vooral op systemen die elders in het land reeds zijn uitgetest en ingevoerd kunnen worden in de provincie Utrecht. Daarbij gaat het om systemen waarbij tweeweg beeld/geluidverbinding mogelijk is (bewoners communiceren met hulpverleners of bijvoorbeeld familie via televisie of video), die vraaggericht zijn (alleen die technologische voorzieningen worden toegepast die de bewoner nodig heeft en wenst) en waar de organisatie van zorg en diensten geregeld is (waaronder in ieder geval onplanbare zorg).

### **Niet alleen voor ouderen**

De naam 'Virtueel verzorgings- en verpleeghuis' kan de indruk wekken dat het alleen om ouderen gaat. Dat is niet het geval. Ook projecten die zich richten op chronisch zieken, mensen met een lichamelijke handicap of met een verstandelijke beperking komen in aanmerking. We richten ons vooral op mensen met een zodanige zorgvraag dat de combinatie techniek/domotica en dienstverlening/zorg het verschil tussen thuis wonen of verhuizen naar een instelling kan maken.



Omdat van de groep mensen die zorg nodig heeft ouderen verreweg de grootste groep vormen, zullen ouderen een aanzienlijk deel van de deelnemers (moeten) zijn.

Het project maakt deel uit van het programma *Wel thuis!*.

#### **Wat vragen we van u?**

Het realiseren van bovengenoemde soort projecten is een uitdagende én complexe opdracht. Naast woningcorporaties, zorginstellingen, bewoners en provincie zijn er commerciële bedrijven bij betrokken voor het leveren van de benodigde technologie. Hoewel er de nodige ervaringen zijn opgedaan elders in het land is er nog geen sprake van gebaande wegen. De bijdrage van de provincie is bedoeld om projecten financieel mogelijk te maken. Maar er komt veel meer bij kijken. De ontwikkeling van de projecten zal in nauwe samenwerking tussen partners tot stand moeten komen. Wij verwachten van onze regionale partners tenminste:

- een substantiële tijdsinvestering voor de ontwikkeling en invoering van het project;
- een substantiële financiële investering van woningcorporaties in de technologie en eventueel aanpassingen aan de woning;
- een infrastructuur voor (on geplande) zorg van de zorgaanbieders. Dit omvat in ieder geval de beschikbaarheid van een zorgcentrale en een mobiel team die 24 uur per dag operationeel zijn. De organisatie moet beschikken over een systeem van personenalarmering met professionele alarmopvolging of over een systeem voor akoestische bewaking met zorgopvolging zoals dat wordt toegepast voor verstandelijk gehandicapten.
- dat zij minimaal 40 potentiële deelnemers en/of woningen voor het project hebben en bij voorkeur minstens 100.

#### **Aanmelden**

Aanmelden staat open voor combinaties van woningcorporaties en zorginstellingen en in principe ook voor zorginstellingen afzonderlijk.

Deelname van zorginstellingen is essentieel, voor het leveren van de benodigde zorg en diensten. Wij hebben een sterke voorkeur voor een combinatie van corporaties en zorginstellingen. Een combinatie woningcorporatie/zorginstelling heeft als belangrijk voordeel dat investeringen van een woningcorporatie het mogelijk maken projecten financieel haalbaar te maken (voor cliënten) en corporaties een rol kunnen spelen bij het onderhoud en de service. Cliënten van zorginstellingen zullen doorgaans in woningen van meerdere woningcorporaties wonen en er zijn cliënten die in een eigen woning wonen. Een exclusieve samenwerking tussen corporatie(s) en zorginstelling(en) kan dan leiden tot een beperking van het aantal potentiële klanten en hiervan kan daarom in principe geen sprake zijn. Dit spanningsveld zal een belangrijk aandachtspunt zijn bij de uitwerking van de projecten. Indien een zorginstelling zich aanmeldt zonder corporatie zal de zorginstelling moeten aangeven hoe ze zal voorzien in de verwachte investering en ondersteuning van corporaties. Gezien de complexiteit van het onderwerp hebben wij de voorkeur dat per aanmelding maximaal twee corporaties en twee zorginstellingen zijn betrokken.

Serius geïnteresseerden die aan de minimale verwachtingen voldoen, kunnen zich **tot 8 april** aanmelden bij de provincie. Dit kan schriftelijk of per email ter attentie van Deborah Lasut, [deborah.lasut@provincie-utrecht.nl](mailto:deborah.lasut@provincie-utrecht.nl).

U wordt verzocht bij uw aanmelding de namen van de organisaties, contactpersonen, emailadressen en telefoonnummers te vermelden. Ook wordt u verzocht kort aan te geven wat uw motivatie voor eventuele deelname en ervaring met domotica/technologieprojecten is.

Voor vragen kunt u terecht bij Deborah Lasut, 030-258 26 96.

#### *Hoe gaat het verder?*

In de derde week van april voert de provincie gesprekken met de combinaties die zich hebben aangemeld.

Per aanmelding gaat het in principe om één gesprek. Het gesprek zal plaatsvinden op 21, 22 of 25 april. Van organisaties die zich aanmelden wordt verwacht dat ze op een van deze dagen twee uur vrijmaken.

De gesprekken hebben tot doel om duidelijkheid te krijgen hoeveel en welke combinaties in aanmerking (willen) komen voor een project. Mede op basis van het aantal aanmeldingen zal de provincie beslissen over de verdere selectieprocedure. De spreiding van projecten over de provincie en tussen plattelands- en stedelijk gebied alsmede de prijs/kwaliteitverhouding zullen in ieder geval belangrijke selectiecriteria zijn. Tijdens de gesprekken in april zal de provincie meer duidelijkheid kunnen bieden over de verdere procedure.

We streven er naar dat eind juni duidelijk is met welke partijen de provincie in principe projecten gaat uitwerken.

In mei zullen werkbezoeken plaatsvinden aan voorbeeldprojecten elders in het land. In totaal zijn twee dagen mee gemoeid. Van de organisaties die zich aanmelden wordt verwacht dat ze hiervoor tijd reserveren.

Overigens is het definitief beschikbaar stellen van provinciale middelen afhankelijk van de besluitvorming in Provinciale Staten.

Ik hoop u hiermee voor dit moment voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Marieke Hofstee  
Programmamanager *Wel thuis!*

## **Bijlage: Optionele functionaliteiten domotica.**

Naast essentiële functionaliteiten zijn er nog een aantal aanvullende opties. Deze worden niet algemeen vereist. Of omdat ze gericht zijn op specifieke doelgroepen en veel van de zorg vragen (remote monitoring) of omdat de ontwikkeling en implementatie andere partners vraagt (telemedecine). Het streven is wel om in minstens een project remote monitoring en in een project tot telemedecine over te gaan. Bijvoorbeeld als het project al enige tijd loopt.

- a) Remote monitoring. Een aanbieder van zorg heeft de mogelijkheid om via een éénweg beeldverbinding de situatie in diverse vertrekken van de woning te verifiëren. In de woning zijn meerdere camera's aanwezig. De verbinding wordt gelegd na een binnengekomen (personen)alarm, of in omschreven situaties die vooraf afgesproken en vastgelegd zijn met de bewoner. Bij een acute hulpvraag moet de bewoner in staat zijn een alarmknop te bedienen.
- b) Telemedecine. Er is een tweewegbeeld- en spraakverbinding met de huisarts of specialist mogelijk.
- c) Passieve personenalarmering. Als er binnen een in te stellen tijd (bijvoorbeeld 4 uur) geen activiteit in de woning is geweest, gaat er automatisch een alarmsignaal naar de centrale. De centrale verifieert de situatie door een spreek/luister of beeld/spreek/luisterverbinding. Op dit moment is het nog nodig dat hiervoor een huisautomatiseringssysteem aanwezig is. In de toekomst wellicht niet (als het innovatieve project een succes wordt).
- d) Huisautomatiseringssysteem. Een computer in de meterkast die in ieder geval alle schakelaars en stopcontacten in een woning aanstuurt. Een dergelijk systeem is omvangrijk en kent in principe een groot aantal functies, zoals het aan/uitzetten van alle apparatuur, met uitzondering van bijvoorbeeld de koelkast, het aan/uitzetten van automatische verlichting en het aan/uitzetten van de keuken. Een huisautomatiseringssysteem is kostbaar en zal daarom alleen bij echte noodzaak moeten worden ingezet (of als de bewoner het zelf wenst te betalen).
- e) Aan/uitschakelen van de keuken. Via een centrale schakelaar in of bij de keuken kan de keukenapparatuur aan- en uitgeschakeld worden.