

Toekomstbestendige zorginfrastructuur

Gemeente Bedum, De Marne, Winsum en Eemsmond



Datum: 20 september 2018
Auteur: Carla Eefting
Status: Definitief

Inhoud

1.	Inleiding.....	3
1.1	Aanleiding.....	3
1.2	Relatie NCG-rapport en visiedocument.	4
1.3	Centrale vraag.	4
1.4	Doel opdracht.....	4
1.5	Aanpak.....	4
1.6	Leeswijzer.	5
2.	Het huidige zorgaanbod in kaart.	7
2.1	Verblijfszorg.....	7
2.2	Vrijgevestigde specialisten.	9
2.3	Huisartsenzorg.....	9
2.4	Thuiszorg/ wijkverpleging.	11
2.5	Kleinschalige woonvoorzieningen.	11
2.6	Sociale teams.....	11
3.	Kenmerken van het gebied en de bevolking.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.	Beleidsontwikkelingen in de zorg.....	17
4.1	Preventie.....	17
4.2	Inzet inwonerkraft.....	20
4.3	Digitalisering in de zorg.	23
4.4	Optimale zorg door samenwerking.	25
4.5	Personeelskrapte.....	30
4.6	Spreading voorzieningen en kleinschalig wonen.	31
5.	Advies toekomstbestendige zorginfrastructuur.....	34
5.1	Preventie.	34
5.2	Inzet inwonerkraft en inwonersparticipatie.....	34
5.3	Inzet digitalisering.	35
5.4	Optimale zorg door samenwerking.....	36
5.5	Personeelskrapte.....	37
5.6	Spreading voorzieningen en kleinschalig wonen.	37
6.	Conclusie.....	39
	Bijlage 1: Literatuurlijst.....	40
	Bijlage 2: Lijst van geïnterviewden.....	44
	Bijlage 3: Ontwikkelingen en cijfers.....	46

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Voor u ligt het visiedocument “Toekomstbestendige zorginfrastructuur”. Hierin wordt beschreven hoe de toekomstige zorginfrastructuur van de gemeente Bedum, De Marne, Winsum en Eemsum (in vervolg noemen we dit de gemeente Het Hogeland i.o.) er uit kan gaan zien. Daarbij wordt rekening gehouden met de huidige transformatie in het zorgdomein. Het gaat onder andere om spreiding van de (woon)zorgcentra en de toegankelijkheid van de zorg voor de inwoners. De nieuwe gemeente Het Hogeland is per 1 januari 2019 een feit.

Toekomstbestendige zorginfrastructuur

De Nederlandse zorg is goed, maar staat de komende jaren voor een aantal inhoudelijke en financiële uitdagingen. De zorgkosten stijgen, onder andere door de vergrijzing van de bevolking, nieuwe duurdere technologieën, toename van zorggebruik, hoger gestelde eisen aan geleverde zorg en doordat sommige ziektes nu met behandeling chronisch zijn geworden. Om de zorg ook in de toekomst voor iedereen beschikbaar en betaalbaar te houden is het belangrijk om actie te ondernemen. Dit geldt uiteraard voor heel Nederland, waarbij het gebied van Het Hogeland i.o. daarnaast voor haar eigen specifieke uitdagingen staat. In dit document zoomen we hier nader op in.

Situatie Het Hogeland

Eén van die specifieke omstandigheden waarmee Het Hogeland te maken heeft, is de aardbevingsproblematiek. “Divers zorgvastgoed is beschadigd en dient te worden versterkt. Voor de uitvoering van de versterkingsopgave wil de Nationaal Coördinator Groningen (NCG) aansluiten op de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen en de zorgvisie van de betrokken partijen” (Bureau HHM, 2017).

Ook in Het Hogeland i.o. is zorgvastgoed beschadigd en dient versterkt of herbouwd te worden. Komende jaren is grote inspanning nodig om gebouwen van zorgorganisaties in het gebied aardbevingsbestendig te maken. Deze versterkingsopgave is niet alleen een bouwopgave, maar biedt ook de kans om de zorginfrastructuur in te richten naar de huidige toekomstige behoefte en wensen van professionals en inwoners.

“Vanuit de sub-regio BWME geldt het uitgangspunt dat generalistische vormen van zorg en ondersteuning lokaal, in de verschillende dorpen en/of wijken beschikbaar moeten zijn. Dit vraagt binnen de sub-regio om een logische en afgestemde spreiding van verblijfsvoorzieningen. Zowel voor wat betreft voorzieningen waar mensen langdurig verblijven (het verpleeghuis, beschermd wonen, kleinschalig wonen), maar ook voorzieningen waar mensen tijdelijk verblijven (crisisopvang, logeeropvang, huisartsenbedden, eerstelijnsverblijf en respijtzorg). Voorzieningen voor alle mensen die nu of op enig moment in de toekomst aangewezen zijn op deze vormen van zorg. Belangrijk daarbij is om aan te sluiten bij lokale initiatieven en een tijdpad te kiezen dat past bij de stand van zaken in de regio” (Bureau HHM, 2017).

1.2 Relatie NCG-rapport en visiedocument

In 2016 is de Stuurgroep Zorg in het leven geroepen door de Nationaal Coördinator Groningen (NCG). In deze Stuurgroep zitten vertegenwoordigers van zorgaanbieders, gemeenten, Menzis, de provincie, woningcorporaties, het ministerie van VWS en de NCG. De Stuurgroep Zorg formuleert een visie op het zorglandschap van de toekomst in de regio en daarnaast adviseert de groep over de versterking van het zorgvastgoed. In dit NCG-rapport wordt de versterkingsopgave gekoppeld aan ontwikkelingen in de zorg, en dan met name de relatie tot verblijfszorg.

In de voor u liggende rapportage heeft de visie van het Hogeland i.o. betrekking op de gehele zorginfrastructuur, specifiek in deze regio. Voor een toekomstbestendige zorginfrastructuur kijken we naar elementen waar winst te behalen valt op de kwaliteit en zorgkosten, zoals preventie, efficiency, inwonerkraft en leefbaarheid. Daarbij is het vertrekpunt dat deze punten op zijn minst op het huidige peil gehandhaafd blijven, maar gestreefd wordt naar sterke verbetering.

1.3 Centrale vraag

In opdracht van de gemeenten Bedum, De Marne, Winsum en Eemsmond (gemeente Het Hogeland i.o.) heeft onderzoek- en adviesbureau Covalente de zorgvisie van betrokken partijen in kaart gebracht en vertaald naar een gezamenlijke visie in dit document.

Dit rapport bevat twee onderdelen, de huidige situatie en (adviezen voor) de toekomstige situatie.

De centrale vraag met betrekking tot de huidige situatie luidt:

“Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot het zorgaanbod in Het Hogeland?”

De centrale vraag met betrekking tot de toekomstige situatie luidt:

“Hoe ziet het toekomstige zorglandschap van vraag en aanbod er, rekening houdend met lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen, volgens de betrokken (zorg)partijen uit?”

1.4 Doel opdracht

Het doel van de opdracht is om een gezamenlijke visie op een toekomstbestendige zorginfrastructuur te formuleren. Dit doen we door de huidige situatie en relevante maatschappelijke ontwikkelingen in kaart te brengen en input te verzamelen vanuit relevante organisaties.

Als definitie van zorginfrastructuur houden we het volgende aan:

Het geheel aan technische, organisatorische en ‘stenen’ voorzieningen dat nodig is om de zorg zodanig in te richten en uit te voeren, dat deze voor alle inwoners beschikbaar en betaalbaar blijft.

De inhoudelijke zorgvisie geeft richting aan het beleid van de gemeente Het Hogeland i.o., waardoor keuzes in de toekomst gemaakt kunnen worden. Voor een vitaal en gezonde gemeente, waar inwoners met de juiste zorg prettig en goed oud kunnen worden.

1.5 Aanpak

Om tot een gedragen visie te komen heeft Covalente kwalitatief onderzoek verricht. Er zijn interviews afgenomen en enquêtes uitgezet. Daarnaast is literatuuronderzoek verricht. Door de verschillende onderzoeksmethoden wordt de kwaliteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Hieronder volgt een nadere uitleg van de gehanteerde methodiek.

Voor de inhoud van dit document is het document ‘Zorglandschap Het Hogeland’ (Woldendrop, 2018) als startdocument gebruikt. Onderhavig document hanteert, op nadrukkelijk verzoek van de opdrachtgever, een brede insteek van de toekomstbestendige infrastructuur, met daarbij ook aandacht voor de leefbaarheid in de gemeente en voor preventie.

Literatuuronderzoek

Het ontwikkelen van een toekomstbestendige zorginfrastructuur is niet alleen een opgave voor de gemeente Het Hogeland i.o. In het hele land speelt deze opdracht nadrukkelijk. Het voordeel daarvan is dat er steeds meer onderzoek naar is en wordt verricht en dat de opgedane kennis en ervaring gebruikt kunnen worden. Deze informatie hebben we zo goed mogelijk in dit document verwerkt. Daarbij hebben we ook gebruik gemaakt van bestaande beleidsdocumenten en cijfers (zoals leefbaarheidsplannen, beleidsnotities van omliggende gemeenten, NCG-documenten, adviesrapporten van het bureau HHM, het visiedocument ‘Inwoners voorop in Het Hogeland’, monitors van de GGD Groningen en gezondheidscijfers). De geraadpleegde literatuur is bij dit document toegevoegd als bijlage 1.

Interviews

Er zijn 31 interviews afgenomen. De keuze voor de organisaties en personen die zijn geïnterviewd, is afgestemd met de opdrachtgever. Op basis van het literatuuronderzoek zijn onderwerpen en vragen opgesteld voor de interviews. Onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens de interviews:

- Zorg nu en in de toekomst;
- Spreiding, geleverde zorg (specialistisch/ generalistisch), formeel en informeel;
- Samenwerkingsvormen;
- Mantelzorg;
- Vrijwilligers;
- Bewonersinitiatieven;
- Arbeidsmarkt;
- Domotica/ ICT ontwikkelingen/ digitalisering.

Waar nodig is het format aangepast aan de rol/ situatie van de geïnterviewde partij. De lijst met geïnterviewden vindt u in bijlage 2.

Enquêtes

Vanwege de grote verscheidenheid aan huisartsen en thuiszorgorganisaties is er, in overleg met de opdrachtgever, een enquête uitgegaan naar deze partijen. In de enquête konden zij aangeven of ze gebruik wilden maken van de mogelijkheid om een visie toe te lichten in een interview (face-to-face dan wel telefonisch).

Er zijn negentien thuiszorgteams in de gemeente Het Hogeland. Deze negentien partijen hebben een enquête ontvangen. De vragen ging over de positie van de thuiszorg in de toekomst in Het Hogeland, de ontwikkelingen in de zorg en de zorg in de toekomst. Twaalf teams hebben de enquête ingevuld (63,2%).

Vijftien huisartsen werkzaam in Het Hogeland zijn gevraagd de enquête in te vullen. Vragen gingen over: de toekomst van het huisartsenaanbod in de gemeente Het Hogeland, hun visie op de ontwikkelingen in de zorg en hoe de zorg er in de toekomst uit zou moeten zien. Vijf huisartsen hebben de enquête ingevuld (33,3%).

1.6 Leeswijzer

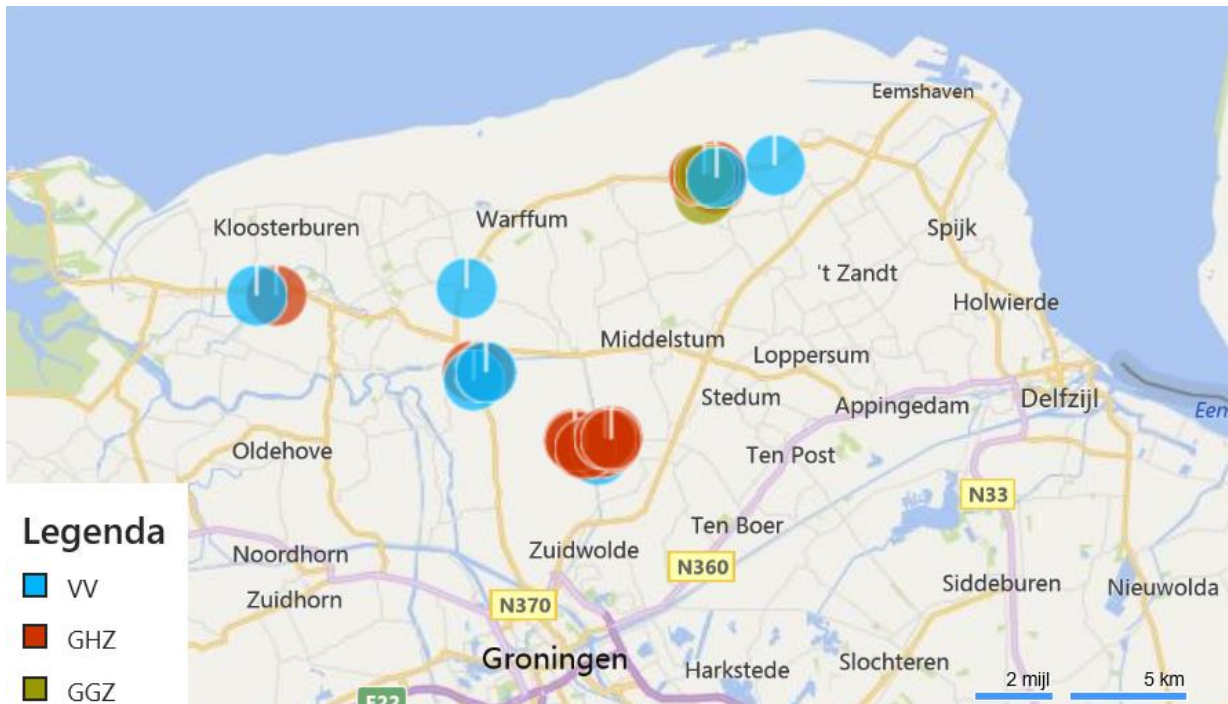
In hoofdstuk 2 wordt het huidige zorgaanbod van de gemeente Het Hogeland i.o. in kaart gebracht. Hoofdstuk 3 bevat de demografische gegevens van de gemeente die een beeld geven van de lokale situatie. Hierin wordt ook het beleid besproken en het belang van gezondheidsvaardigheden. Hoofdstuk 4 bevat de maatschappelijke ontwikkelingen en tendensen die zowel de zorgvraag als het aanbod beïnvloeden. Onderdelen die hierin benoemd worden zijn onder andere, preventie,

inwonerkracht, digitalisering, samenwerking en de spreiding van de voorzieningen. Aan de hand van de geschetste situatie in hoofdstuk 2, 3 en 4 wordt er tot slot in hoofdstuk 5 een advies voor de toekomst geformuleerd.

2. Het huidige zorgaanbod in kaart

2.1 Verblijfszorg

De verblijfszorg is verspreid over een aantal dorpskernen, zoals te zien is in afbeelding 1. Hieronder is dit per gemeente uitgewerkt, waarbij het aantal verblijfsplaatsen van de NCG is aangehouden. In bijlage 3 staat een overzicht van het aantal indicaties per zorgsector.



Afbeelding 1: Spreiding verblijfszorg in de gemeente Het Hogeland

Gemeente De Marne

Zonnehuisgroep Noord heeft in Leens een verpleeghuislocatie ‘Zonnehuis de Marne’ met 43 plaatsen en in De Marne is een dagbestedingsruimte die veel verschillende activiteiten mogelijk maken. Sprank biedt in Leens de GHZ-voorziening en beschikt over een woonlocatie (14 appartementen) waar ze woonbegeleiding en intensieve zorg bieden. Sprank werkt hier samen met DoeZoo.

Gemeente Bedum

‘s Heeren Loo biedt voorzieningen voor gehandicaptenzorg (GHZ) en beschikt in Bedum over een groot complex, bestaande uit woonzorggebouwen en een activiteitscentrum (locatie Ter Laan: 140 cliënten). Daarnaast beschikt ‘s Heeren Loo over een aantal woningen verspreid in wijken van Bedum (39 cliënten: 14 Folkerdastraat en 25 Alma/ Mensemastraat) en wordt er aan zo’n 25 cliënten ambulante hulp geboden in het gehele Hogeland. ‘s Heeren Loo is gericht op samenwerking met andere zorgpartijen. Daarbij gaat het onder meer om de ouderenzorg en de GGZ. De eigen cliënten hebben te maken met veroudering; daarin past goede inhoudelijke samenwerking met de ouderenzorg. ‘s Heeren Loo beschikt over hoogwaardige expertise op het gebied van gedragsproblematiek en (para)medische behandeling bij verstandelijk gehandicapten die goed is toe te passen bij ernstige dementie en in de GGZ. Daarnaast heeft ‘s Heeren Loo een eigen uitluistersysteem voor de locatie Ter Laan ingericht. Er is bereidheid die infrastructuur en de gerelateerde expertise ter beschikking te stellen aan andere partijen. Hiervoor dient een financieel model te worden uitgewerkt; de inzet van professionals op de eigen locatie is een verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie.

Sprank biedt ook GHZ-voorzieningen in Bedum, en wel op de volgende locaties:

- Reiger: 32 plaatsen;
- Steenuil: 20 plaatsen;

- Mensemastraat: 19 plaatsen;
- Ransuil: 28 plaatsen.

Daarnaast is Sprank voorstander van samenwerking op het gebied van nachtzorg en dagbesteding. In Bedum wordt samengewerkt met Noorderbrug en Werkpro; ook wordt er samengewerkt met het expertisecentrum van 's Heeren Loo.

In Alegunda Ilberi (De Hoven) zijn 22 appartementen voor ouderen die zelfstandig wonen, maar die wel een beroep willen doen op zorg en andere dienstverlening. In de verpleegunit van Alegunda Ilberi wonen ouderen met dementie (62 plaatsen).

Gemeente Winsum

Cosis biedt in Winsum wonen en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Op de locatie Dobvenne is er ruimte voor 15 cliënten en op de locatie Het Hooge Heem voor 27 cliënten. Locatie Het Hooge Heem biedt veel mogelijkheden om inclusie voor de cliënten vorm te geven. Daarnaast biedt de gemeenschappelijke ruimte een buurtvoorziening waar activiteiten georganiseerd worden voor dorpsgenoten. Ook wordt hier dagbesteding voor ouderen georganiseerd.

Viskenij van De Hoven in Baflo telt 42 plaatsen en Winkheem van De Hoven in Winsum telt 115 plaatsen. In Winsum wordt verpleeghuiszorg binnen de Twaalf Hoven geleverd. De Twaalf Hoven vormt voor de gemeente Het Hogeland i.o. een specialistische voorziening, met plaats voor 170 cliënten. Daarnaast wordt er op het terrein van De Twaalf Hoven binnenkort het project 'de Tirrel' gerealiseerd. In de Tirrel komen zorg, onderwijs, sport en vrije tijd samen op één locatie. Iedereen van 0 tot 110 jaar is hier welkom.

Gemeente Eemsmond

Per 1 januari 2018 zijn de woonvoorzieningen voor ouderen 'Van Julsingha' in Delfzijl en 't Gerack' in Uithuizen en Uithuizermeeden bestuurlijk gefuseerd en in september 2018 gaan de partijen juridisch fuseren. Fusieorganisatie Van Julsingha en 't Gerack heeft op de locatie Hunsingoheerd 120 plaatsen scheiding wonen en zorg beschikbaar. Locatie De Mieden in Uithuizermeeden kent 69 plaatsen (aanleunwoningen, zorgappartementen en verpleeghuisplaatsen).

Cosis biedt in Eemsmond GHZ-voorzieningen op de volgende locaties:

- Molenerf: 22 plaatsen;
- Engersma: 30 plaatsen;
- Industrieweg: 65 plaatsen;
- Klinkhamer: 25 plaatsen.

De visie van Cosis is dat de ondersteuning gericht is op participatie in de samenleving. Dit betekent dat cliënten van Cosis vanuit een dagbestedingslocatie of met begeleiding een bijdrage (kunnen) leveren aan de activiteiten van andere zorgpartijen. Ook ziet Cosis mogelijkheden om cliënten te begeleiden bij werk bij plaatselijke ondernemers en lokale overheden.

GGZ-aanbieder Lentis beschikt over een locatie 'De Tille' in Uithuizen met 45 plaatsen. Op het terrein van De Tille wordt in samenwerking met andere zorgaanbieders gekeken of er een nieuwbouwlocatie gerealiseerd kan worden. De GGZ doelgroep zal op termijn vergrijzen en het is voor de duurzaamheid van deze voorziening wenselijk om met andere zorgaanbieders samen te werken (bij voorkeur Verstandelijk Gehandicapten en Verpleging en Verzorging). Een eventuele nieuwbouw voor de GGZ doelgroep dient bij voorkeur te worden gerealiseerd in samenwerking met- en in de directe nabijheid van andere sectoren. Hierdoor wordt deze locatie levensloopbestendig en flexibel ingevuld. Zo ontstaat de mogelijkheid om ook met andere doelgroepen te kunnen werken.

Daarnaast biedt Lentis ambulante begeleiding in de hele gemeente Het Hogeland door middel van FACT-teams. Deze teams werken outreachend in de dorpen, waarbij de zorg is gericht op behandeling, begeleiding en ondersteuning bij herstel.

Met betrekking tot de huisvesting van het FACT-team, dient te worden aangemerkt dat samenwerking met de huisartsen en andere aanbieders van specialistische zorg (inclusief huisvesting in de nabijheid van de huisartsenpraktijk) een positief effect zal hebben op duurzame beschikbaarheid van zorg en een verbeterde uitwisseling van expertises tussen de verschillende disciplines.

2.2 Vrijgevestigde specialisten

Naast grote instellingen zijn er ook een aantal vrijgevestigde praktijken/zelfstandigen in de gemeente Het Hogeland, zoals: (jeugd)GGZ-psychologen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en diëtisten. Deze zijn te vinden in de (digitale) gemeentegids (Akse Media, 2018).

Een deel van deze specialisten hebben zich aangesloten bij gezondheidscentra. In Winsum en Uithuizen zijn gezondheidscentra waar een groot aantal professionele zorgdomeinen/ eerstelijnszorg professionals (onder één dak) samenwerken, zoals huisartszorg, fysiotherapie, diëtetiek, logopedie, maatschappelijk werk, thuiszorg, GGD, psychische zorg en apotheek.

Ook in Bedum en Uithuizerveen zijn verschillende zorgpartijen aan het verkennen of het mogelijk is om in die plaatsen een gezondheidscentrum/plein te realiseren.

2.3 Huisartsenzorg

Het Hogeland i.o. heeft vijftien huisartsenpraktijken, waarvan twee in de gemeente Bedum, drie in de gemeente Winsum, vier in de gemeente De Marne en zes in de gemeente Eemsmond. Op afbeelding 2 is de spreiding van de praktijken weergegeven.



Afbeelding 2: Spreiding huisartsen in de gemeente Het Hogeland

In de gemeente Het Hogeland i.o. is de samenwerking tussen de huisartsen verdeeld. Er zijn zowel zogenoemde éénpitters, als samenwerkingsverbanden tussen meerdere huisartsen. Een voorbeeld van een samenwerkingsverband is Stichting De Pool Eerstelijnszorg, een samenwerking tussen de huisartsenpraktijken in Usquert, Eenrum, Warffum en Middelstum. Onlangs is de huisartsenpost in Winsum gesloten. Om toch aan de zorgbehoefte te voldoen (en als extra service) heeft Stichting De Pool in april 2018 besloten om een weekendspreekuur te organiseren. Het gaat in eerste instantie om een proef van een half jaar. Na afloop wordt de proef geëvalueerd. Het zal dan duidelijk worden of deze oplossing gecontinueerd kan worden, en of openstelling voor patiënten van andere huisartsenpraktijken een mogelijkheid is.

De druk op de huisartsenzorg is groot, onder andere doordat Het Hogeland i.o. een dunbevolkt en uitgestrekt gebied is. De huidige huisartsvergoeding houdt momenteel geen rekening met grote afstanden; deze is gestoeld op werkzaamheden in de grote steden. Dit is een landelijk en algemeen erkend probleem. Daarnaast zal er naar verwachting een tekort aan huisartsen in Noord-Nederland optreden (CMO STAMM, 2014).

De druk is ook groot door de vergrijzing in combinatie met het overheidsbeleid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Ouderen kampen vaak met complexe problemen en gaan relatief vaak naar de huisarts. Daarnaast kregen de huisartsen er de laatste jaren steeds meer taken bij, onder meer door taken over te nemen van de tweedelijnszorg.

Om de druk op de huisartsen te verminderen is verbinding en samenwerking tussen de in de verschillende zorgdomeinen werkende professionals van essentieel belang. De samenwerking tussen verschillende disciplines komt verderop in dit document aan de orde.

Bedden voor ELV en respijtzorg

De huisartsen gaven aan dat de ELV (Eerstelijns Verblijf)-bedden voor lichte zorg voldoende aanwezig zijn in de gemeente. ELV-bedden voor complexe zorg gaven een minder eenduidig beeld. Bij de ene huisarts waren er voldoende in het gebied, bij een ander niet. ELANN (Eerste Lijns Advies Noord-Nederland) gaat dit in het najaar 2018 nader onderzoeken. Op basis van de uitkomsten zal dit adviesbureau met de huisartsen en andere betrokken partijen een plan opstellen.

2.4 Thuiszorg/ wijkverpleging

Het huidige aanbod thuiszorg/ wijkverpleging voldoet binnen de reguliere uren aan de zorgvraag (ook al is het vooral hoogopgeleide) zorgpersoneel schaars (Doornbos, 2017). Daarbuiten, in de incurante uren wordt dat lastiger. Met name in de weekenden, vakanties en de avond- en nachtzorg kan een efficiëncyslag en aanzienlijke kostenbesparing worden gerealiseerd door samen te werken.

2.5 Kleinschalige woonvoorzieningen

In Het Hogeland zijn meerdere kleinschalige woonvoorzieningen gevestigd. Uitgebreide informatie hierover valt buiten deze opdracht. In dit document beperken we ons tot twee inspirerende voorbeelden in deze gemeente: Klooster & Buren en GoudOud.

In het zorggebouw 't Heem van de Coöperatie Klooster & Buren in Kloosterburen wonen, werken en leven diverse groepen met elkaar: ouderen, mensen met een verstandelijke beperking, en ook kinderdagverblijf Lutje Heem heeft daar een plek gekregen. Alle zorgonderdelen zijn binnen 't Heem samengevoegd tot één team: de schotten tussen ambulante zorg, wonen en dagbesteding zijn eruit gehaald.

GoudOud in Warffum is eveneens een coöperatie met een eigen woonzorginitiatief en vrijwilligersnetwerk. In 2011 is verzorgingshuis Warfheem in Warffum gesloten. GoudOud zou graag op deze plek nieuwbouw realiseren met een hofje, appartementen en daarbij passende voorzieningen, waarbij innovatieve ontwikkelingen als domotica centraal staan. Het moet een voorziening voor iedereen worden, van wieg tot graf, zodat de inwoners in Warffum kunnen blijven wonen. De coöperatie is nog bezig de financiering hiervoor rond te krijgen.

2.6 Sociale teams

De BMWE-gemeenten werken al sinds een aantal jaren samen bij de verdere ontwikkeling van het sociaal domein. Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Een deel van deze taken hebben de gemeenten overgenomen van de provincie en de Rijksoverheid (we noemen dit de drie decentralisaties: Participatie, Jeugd en Wmo).

De Participatiewet bundelt drie bestaande regelingen over werk en inkomen. De Wet Werk en Bijstand (WWB), de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en een deel van de Wajong. De Wsw blijft bestaan, maar vanaf 1 januari 2015 kan niemand meer instromen in de Wsw. Mensen die voorheen in aanmerking zouden komen voor de Wsw zijn vanaf 2015 aangewezen op de Participatiewet. Ook de Wajong blijft bestaan, maar is vanaf 2015 alleen nog toegankelijk voor jonggehandicapten die volledige en duurzame arbeidsongeschikt zijn.

Met de invoering van de Jeugdwet zijn de taken van Bureaus Jeugdzorg overgegaan van provincie naar de gemeenten. Andere nieuwe taken voor gemeenten zijn de gesloten jeugdzorg (ook jeugdzorgplus genoemd), de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de jeugdbescherming en de jeugdreclassering en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een andere verantwoordelijkheid voor gemeenten is afstemming met het onderwijs over het Passend Onderwijs.

Tot slot zijn taken op het gebied van begeleiding en ondersteuning van inwoners en beschermd wonen over vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Parallel zijn de extramurale verpleging, een groot deel van de persoonlijke verzorging en de langdurige Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) overgegaan naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tot slot is de zorg voor mensen die blijvend behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg en/of permanent toezicht overgegaan naar de Wet langdurige zorg (Wlz).

Rol Sociale Teams gemeente Het Hogeland i.o.

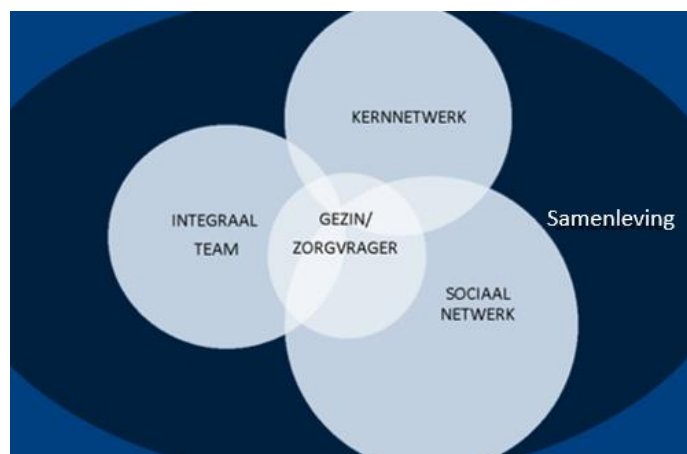
De drie grote decentralisaties in het sociale domein vertonen een sterke onderlinge samenhang. De doelgroepen overlappen elkaar deels. Er is ook sprake van stapeling van problemen. Beleidsmatig en

organisatorisch is er veel voor te zeggen de drie decentralisaties in samenhang te bezien en om integraal beleid te voeren.

Het (samen)werken met sociale teams draagt hier in grote mate aan bij. Daardoor kunnen problemen vroegtijdig worden afgevangen en opschaling naar dure zorg voorkomen. Tevens is de hulp goed bereikbaar voor inwoners, waarbij eigen kracht zoveel mogelijk wordt gestimuleerd.

In het kader van de herindeling wordt de samenwerking voortgezet, waarbij de principes van “De Nieuwe Route” van Anke Siegers (2016) het uitgangspunt zijn.

“Essentieel in De Nieuwe Route is het betrekken van de inwoner/zorgvrager en zijn/haar omgeving. Een onderdeel daarvan is het sociaal netwerk: familie, vrienden, burens, etc. Maar ook andere partijen kunnen betrokken zijn bij de zorgvrager. Denk hierbij aan kinderopvang, school en huisarts. Om deze partners te betrekken bij het opstellen van een plan, is het nodig dat het integraal team hen goed kent en vice versa. Het integrale team zit daarom in de haarvaten van een dorp, wijk of buurt en heeft nauwe banden met al deze partners in de lokale samenleving zoals de wijkagent, de wijkverpleegkundige, huisarts en praktijkondersteuner, dorpencoördinator, leerplichtambtenaar, collega's van de buitendienst, school, Humanitas, mantelzorgcontactpunt, de maatschappelijk begeleiders van statushouders, vrijwilligersorganisaties, kerken en sportclubs. Al deze partners vormen het zogenaamde kernnetwerk. Bij het delen van de kennis moet de privacy in acht genomen worden. In samenspraak met degene die ondersteuning vraagt en met in achtneming van wet- en regelgeving zal dit verder vorm gegeven worden” (De Jong, 2018).



Afbeelding 3: Positionering van de zorgvrager, het kernnetwerk, het sociaal netwerk en het integraal team in de samenleving

“De ontwikkeling naar integrale ondersteuning is nodig omdat de dienstverlening in het Sociaal Domein nu nog per decentralisatie (Wmo, Participatie en Jeugdzorg) is vormgegeven. Daarvoor is destijds bij de transitie in 2015 bewust gekozen. Deze keuze is suboptimaal omdat inwoners daardoor niet optimaal ondersteund worden. Inwoners met ondersteuningsvragen hebben te maken met verschillende loketten voor verschillende vragen (namelijk vier Wmo-loketten, vier CJG's en verschillende locaties van Werkplein Ability) en weten niet altijd met welke vraag ze waar terecht kunnen. Sommige ondersteuningsvragen zijn ook niet binnen één wettelijke regeling op te lossen en vragen een integrale aanpak, waarbij de betrokken partijen goed samenwerken en de ondersteuning afstemmen. Integraal werken is dus nodig om de ondersteuning aan onze inwoners te verbeteren” (De Jong, 2018).

Om de inwoners zo goed mogelijk integraal te kunnen ondersteunen, is er in 2017 een globale gebiedsanalyse uitgevoerd die aantoont dat de problematiek nabij de vier grootste kernen het grootst is. Er wordt daarom gestart met integrale teams in de kernen Bedum, Leens, Winsum en Uithuizen. Naast de globale gebiedsanalyse hebben de gemeentelijke beleidsmedewerkers behoefte aan een uitgebreidere analyse van het gebied en er is behoefte aan een sociale kaart per gebied. Dit geldt zowel voor professionals (zoals huisartsen) als voor inwoners. Wanneer dit beter geregeld is, kunnen

inwoners zelfstandig bepaalde zaken uitzoeken. Verondersteld wordt daardoor de dienstverlening aan inwoners wordt verbeterd.

Samenstelling

Het Sociaal Loket is verantwoordelijk voor de vraagverheldering bij aanmelding en doet een eerste telefonische intake. In de sociale teams werken standaard de volgende professionals samen:

- Specialist Wmo (gemeente)
- Specialist Jeugd (gemeente)
- Casusregisseur Jeugd (MEE)
- Participatiecoach (gemeente)
- Sociaal werker (Mensenwerk Hogeland)
- Coördinator Team Zorg en Veiligheid/voorheen OGGZ coördinator (GGD)
- Jeugdarts (GGD)
- Jeugdverpleegkundige (GGD)

Op basis van de casus kan besloten worden andere specialismen toe te voegen.

3. Kenmerken van het gebied en de bevolking

In dit hoofdstuk geven we relevante demografische, geografische en sociaaleconomische kenmerken van het gebied en de bevolking van de gemeente Het Hogeland i.o. weer. Deze zijn samen met de maatschappelijke ontwikkelingen (hoofdstuk 4) van invloed op de zorg en de zorgvraag.

- **Bevolkingsontwikkeling**

In 2018 heeft de gemeente Winsum 13.560 inwoners, Bedum 10.475, De Marne 10.058 en Eemsmond 15.553 (ABF Research, 2017). Op 1 januari 2019 gaan de vier gemeenten samen verder als gemeente Het Hogeland. Het wordt een uitgestrekte gemeente met naar verwachting ongeveer 48.350 inwoners. Er is sprake van een sterke vergrijzing en ontgroening (Sociaal Planbureau Groningen ¹, 2017). De verwachte bevolkingsgroei tot 2030 is voor Bedum een groei van 5 tot 10 procent, voor Winsum geen groei en voor De Marne en Eemsmond een krimp van 5 procent of meer. Niet het verloop van verhuizers bepaalt de krimp, maar ontgroening en vergrijzing in de regio (Sociaal Planbureau Groningen, 2017).

- **Uitgestrekt gebied**

Het Hogeland i.o. beslaat een oppervlakte van 907,6 km² en zal bestaan uit 50 dorpskernen en buurtschappen. Kortom: een uitgestrekte plattelandsgemeente. Hierdoor zijn de afstanden tussen zorgaanbieders en hun cliënten groot. Dit brengt extra kosten en reistijd met zich mee voor beide partijen.

- **Aardbevingsproblematiek**

Een deel van Het Hogeland i.o., namelijk delen van de gemeente Eemsmond en Bedum, bevindt zich in de kern van de aardbevingsregio. Dit heeft twee aspecten: gebouwen die zijn beschadigd en versterkt dan wel vernieuwd moeten worden, en de invloed van aardbevingen op de gezondheid van mensen. Uit het eindrapport van Gronings Perspectief (2018) blijkt dat de aardbevingsschade een enorme impact heeft op de gezondheid en het gevoel van veiligheid van de inwoners. Van de mensen die schade aan hun huis hebben voelt minder dan de helft zich veilig thuis. Een deel van deze mensen heeft daarnaast last van stress gerelateerde gezondheidsklachten (Postmes, Lekander, Stroebe, Greven, Broer, 2017). Bovendien blijkt uit het rapport 'Vaste grond gezocht' (2017) van de Kinderombudsman dat een kleine groep kinderen duidelijk klachten heeft als gevolg van de aardbevingen. Ze slapen slecht, hebben nachtmerries, zijn bang voor nieuwe bevingen, piekeren veel, hebben moeite met leren, zijn boos of juist heel stil, houden alles in de gaten of maken zich zorgen over hun toekomst. Met name kinderen en jongeren met een beperking, en zieke kinderen en jongeren hebben vaker problemen door de aardbevingen. (de Jong, Verheul, 2017).

- **Verandering zorggebruik**

Op grond van de demografische ontwikkeling verwacht men een toename van kosten voor Verpleging & Verzorging vanuit de Wet langdurige zorg. De kosten vanuit de Zorgverzekeringswet blijven per saldo gelijk: er is een afname van GGZ (geestelijke gezondheidszorg), een toename van GRZ (geriatrische revalidatiezorg) en een toename van ELV (eerstelijnsverblijf). Voor de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) verwacht men een toename van de dagbesteding tot 2030. Daarna volgt naar verwachting in De Marne en Eemsmond een afname als gevolg van bevolkingskrimp. Daarnaast neemt het aantal mensen dat aanspraak doet op beschermd wonen af (Bureau HHM, 2017).

- **Lang(er) zelfstandig wonen**

Vanuit landelijk beleid wordt getracht dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Mensen komen niet zo snel meer in een (woonzorg)instelling en na een ziekenhuisopname worden patiënten zodra het kan, uit het ziekenhuis ontslagen (Doekhie, de Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014).

- **Personeelskrapte**

Er zal naar verwachting een tekort aan huisartsen in Noord-Nederland optreden (CMO STAMM, 2014). Een groot deel van de huisartsen zal de komende jaren stoppen met werken (vanwege de pensioen gerechtigde leeftijd), maar voor hen is het lastig om opvolging te vinden. Daarnaast is er een tekort aan hbo-verpleegkundigen in de regio (Doornbos, 2017). Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten van de interviews in ons onderzoek.

- **Digitalisering en technologie in de zorg**

De maatschappij digitaliseert. Via technologische toepassingen wordt er steeds meer mogelijk om zorg op afstand te bieden, de nachtzorg anders vorm te geven en mensen regie op de eigen gezondheid te laten hebben (van der Weegen, Cornelisse, van der Sande, Boshuizen, Redeker, Sluikerbuijk & Dijkhuizen, 2018).

- **Toename aantal mensen met chronische ziektes**

De verwachting is dat steeds meer mensen meerdere chronische ziekten zullen krijgen (Jansen, Spreeuwenberg, Heijmans, 2012). Dit komt onder andere door de vergrijzing; naarmate mensen ouder worden krijgen zij vaker te maken met chronische aandoeningen. Ook neemt de comorbiditeit toe: mensen hebben steeds vaker een combinatie van psychische/ verstandelijke en lichamelijke problemen (GGD Groningen, 2017; GGD Groningen¹, 2017). Het aantal inwoners met COPD/ Astma, hartfalen en/ of kanker is relatief hoog in Het Hogeland i.o. (Vektis, 2015). In vergelijking met Bedum, Winsum en De Marne heeft Eemsmond het hoogste aantal chronisch zieken.

- **Overbelasting mantelzorgers**

Een ander gevolg van de ontgroening is de daling van het aantal mantelzorgers in de regio, terwijl het aantal ouderen toeneemt. Hierdoor neemt de druk op de mantelzorgers toe. Uit de monitors van de GGD Groningen (2017) blijkt dat een deel van de mantelzorgers overbelast is. In de gemeente Eemsmond zijn meer mantelzorgers overbelast dan in de andere drie gemeenten.

- **Eenzaamheid**

Volwassen Groningers voelen zich minder vaak ernstig eenzaam dan de gemiddelde Nederlander (8,2% in Groningen ten opzichte van 9,9% landelijk). Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de kans op eenzaamheid onder Groningers echter toe (GGD Groningen, 2017). In de provincie Groningen is 52% van de 75-plussers (peildatum: 2016) eenzaam. Dit is vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde (52,5%). Van de volwassenen jonger dan 35 jaar is 6,8 % ernstig eenzaam. Laagopgeleiden zijn twee keer zo vaak ernstig eenzaam als volwassenen die een hogere opleiding hebben afgerond.

- **Sociaaleconomische status / opleiding.**

In de gemeente Het Hogeland i.o. wonen relatief veel mensen met een lage sociaaleconomische status, waarbij het gemiddelde inkomen lager is dan de landelijke cijfers. Het gemiddelde jaarinkomen in Het Hogeland i.o. ligt rond de €20.500,- ; in Nederland is dat €23.200,- . Ook is het percentage mensen met een uitkering hoger dan de landelijke cijfers, behalve in de gemeente Winsum (HHM, 2017). Het percentage laagopgeleiden in Het Hogeland i.o. (28 %) ligt rond het landelijke gemiddelde (30 %) en het percentage hoogopgeleiden in Het Hogeland i.o. (21 %) ligt lager dan het landelijke gemiddeld (29 %) (Volksgezondheid en zorg, n.d.). Het aantal laaggeletterden in het Hogeland i.o. is vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde (13 – 16%).

- **‘Veel leed achter de voordeur’**

De Adviesraad Het Hogeland gaf aan dat zij uit hun omgeving vernam dat docenten in de regio ‘veel leed achter de voordeur tegenkomen’. Het gaat dan vooral om werkloosheid, armoede en schulden en psychische problematiek in combinatie met een laag inkomen. Zij vertelde verder dat bepaalde delen van de gemeente te vergelijken zijn met de Oost-Groningse problematiek: laag sociaal-economische status en weinig ‘eigen kracht’; mensen zien zelf weinig mogelijkheden om zichzelf te ontplooiën. Ook het ontbreken van werk is een probleem in het gebied, waardoor hoger opgeleiden wegtrekken. Dezelfde problematiek brengt volgens de raad ook opvoedingsproblemen met zich mee, waardoor agressie en eenzaamheid ontstaan. Specifiek noemde ze het havengebied in Eemshaven. De leden van de Adviesraad uitten hun bezorgdheid over hoe het verder gaat/moet, ook gezien de financiële situatie binnen de jeugdhulp.

4. Beleidsontwikkelingen in de zorg

In dit hoofdstuk geven we relevante beleidsontwikkelingen weer, aangevuld met lokale informatie uit de interviews. We gaan eerst in op preventie, omdat dit in de transformatie van de zorg een belangrijk rol speelt. Zowel bij preventieve alsook bij curatieve zorg is het belangrijk dat de wens en behoefte van inwoners centraal staan. Inwonerkracht is dan ook essentieel. Deze kan op diverse manieren ingezet worden in de zorg, zoals in paragraaf 4.2 is te lezen. Paragraaf 4.3 gaat in op de digitale ontwikkelingen in de zorg. Deze zijn ondersteunend op zeer diverse manieren. Om de zorg toekomstbestendig - dichtbij georganiseerd, gebruik makend van de digitale mogelijkheden, met voldoende personeel en tegelijk met minder middelen - te maken is samenwerking tussen diverse disciplines absoluut noodzakelijk. Over de manier waarop dit kan worden vorm gegeven, gaat paragraaf 4.4. Tot slot zien we in paragraaf 4.5. dat dure specialistische zorg in slechts een beperkt aantal zorgcentra geleverd zal gaan worden en dat van daaruit de inwoners in de regio bediend worden, zodat zij langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

4.1 Preventie

Van ziekte naar gezondheid

Een toekomstbestendige zorginfrastructuur begint met het anders kijken naar zorg: niet alleen kijken naar de zorg zelf, maar ook en vooral naar het voorkómen van zorg en de leefwereld van betrokkene. Ofwel: minder denken in termen van behandeling en zorg en meer in gezondheid en welzijn. Ondanks de aanwezigheid van eventuele ziektes is het mogelijk dat mensen nog steeds goed kunnen functioneren, hetgeen helder tot uiting komt in het gedachtegoed van de positieve gezondheid, hieronder verder uitgelegd. Het betekent óók investeren in preventie en vroegsignalering, waardoor veel (dure) zorg kan worden voorkomen.

Het Rapport van een landelijke Taskforce (Rijksoverheid, 2018) pleit voor het centraal stellen van het functioneren van mensen en hun omgeving. Niet alleen medisch, maar ook sociaal. De essentie hiervan – ‘de juiste zorg op de juiste plek’ – komt tot uiting in het:

- voorkomen van (duurdere) zorg;
- verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis);
- vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health).

Bovendien is deze uitdaging niet alleen bestemd voor de zorgsector of de overheid. Het gaat in feite iedereen aan. Dat maakt het ieders verantwoordelijk om hieraan een bijdrage te leveren. In het Rapport Taskforce staat: “Het gaat om een betere organisatie van de maatschappelijke ondersteuning en de medische zorg omwille van het goed functioneren van mensen. Daar hoort ook een verschuiving naar mensen toe voor zelfmanagement en zelfregie, met hulp voor mensen die dat niet kunnen” (p. 6).

De rol van de gemeente Het Hogeland i.o. kan eruit bestaan om deze beweging te ondersteunen en stimuleren. Het Rapport Taskforce adviseert beleidsmedewerkers het volgende: “De oplossing ligt in het ondersteunen van mensen, professionals en bestuurders om met de huidige beperkingen om te leren gaan en knellende belemmeringen te verzachten of weg te nemen. Een onderschat instrument dat beleidsmakers hebben is de ‘*capacity to convene*’ (mogelijkheden om partijen samen te brengen): partijen aanspreken, bij elkaar roepen, het gesprek te organiseren, net zo lang totdat een probleem is opgelost” (p. 17).

Nationaal Programma Preventie

Maar, de verantwoordelijkheid begint bij het voorkomen van ziekte en het behouden van gezondheid. En daar is nog een wereld te winnen. De Rijksoverheid is hiertoe in 2014 het Nationaal Programma Preventie gestart. Het doel van dit programma is een vermindering van de groei van het aantal mensen met een chronische ziekte. Het aantal chronisch zieke mensen neemt namelijk fors toe. We leven langer, en voorheen ongeneeslijke ziekten zijn tegenwoordig behandelbaar. Daarnaast moet het programma de grote gezondheidsverschillen verkleinen, omdat er aanzienlijke verschillen tussen groepen mensen geconstateerd zijn. Er is een sterke relatie tussen een (on)gezonde leefstijl, opleiding,

werk- en woonomstandigheden en maatschappelijke ontplooiing. Mensen met een lage opleiding overlijden zeven jaar eerder en ervaren achttien minder gezonde levensjaren dan mensen met een hoge opleiding.

De focus van het Nationaal Programma Preventie ligt op de volgende thema's: alcohol, roken, depressie, diabetes, overgewicht en bewegen. Er zijn en worden programma's ontwikkeld die lokaal ingezet kunnen worden en daarnaast wordt de lijn 'van ziekte naar gezondheid' gestimuleerd o.a. door de website 'allesisgezondheid.nl'. Het idee is om verbindingen en samenwerkingen te faciliteren waarbij er nadrukkelijk naar verbanden tussen verschillende sociale domeinen wordt gezocht. Er zijn inmiddels twaalf regionale netwerken ontstaan. Eén van deze regionale netwerken is het HANNN (Healthy Ageing Network Northern Netherlands). Met de ambitie om samen met bedrijven, zorginstellingen, overheden en andere organisaties van Noord-Nederland een Blue Zone te maken. Een Blue Zone is een gebied waar mensen gemiddeld ouder worden dan elders. Dit doen ze door onder andere te werken aan gezonde voeding, innovatie en duurzame inzetbaarheid.

Momenteel is Noord-Nederland nog lang geen blue zone, om de volgende redenen:

- De levensverwachting in Noord-Nederland is lager dan het nationaal gemiddelde;
- Inwoners hebben vaker dan gemiddeld een ongezonde leefstijl. Dit zorgt voor een verhoogde kans op ziektes als obesitas, kanker, COPD, hart- en vaatziekten en diabetes;
- De Noord-Nederlandse bevolking vergrijst sterk en het aantal mensen met een leeftijdgerelateerde (chronische) ziekte stijgt;
- Er dreigt bovendien een tekort aan zorgprofessionals in Noord-Nederland.

Het concept gaat uit van een positieve insteek en dat leidt tot inspiratie bij alle geïnteresseerden en betrokkenen. Het adagium van een langer en gelukkiger leven met de eigen cultuur, normen en waarden als basis spreekt aan. Dit motiveert om, ondanks de hierboven geconstateerde feiten, met preventie aan de slag te gaan.

Uit het rapport 'Preventie in de zorg', een themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2014), blijkt dat preventiebeleid een hoog rendement kan opleveren: zeker in termen van volksgezondheid, maar waarschijnlijk ook in brede economische en sociale zin, zoals welzijn, productiviteit en participatie. Samenwerking binnen en buiten de zorg is daarbij een voorwaarde voor succes.

Positieve gezondheid

In het concept van 'Positieve gezondheid' van onderzoeker Machteld Huber, wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. De zes deelgebieden waarvoor aandacht is, zijn:

- Lichaamsfuncties;
- Mentaal welbevinden;
- Zingeving;
- Kwaliteit van leven;
- Meedoen;
- Het dagelijks functioneren.

Bekend is dat al deze aspecten van invloed zijn op de gezondheid van mensen en dat ze elkaar ook kunnen beïnvloeden. Zo kunnen we gezondheid dus bevorderen door te investeren in al deze verschillende aspecten, die op het eerste gezicht niets met gezondheid te maken lijken te hebben. ELANN gaf aan dat in de provincie Groningen nog niet heel veel beweging is op het gebied van positieve gezondheid, maar wel verwacht wordt dat dit gaat komen. Met name de jongere huisartsen houden zich bezig met positieve gezondheid, omdat zij zich uit persoonlijke interesse ook vaker richten op leefstijl. Verder gaf ELANN aan dat in de provincie Groningen het project 'Welzijn op recept' (verwant aan positieve gezondheid) redelijk bekend is onder de huisartsen. Hierbij schrijft de huisarts een recept: een verwijzing voor de patiënt (met psychosociale problemen) naar een

welzijnsarrangement (bijvoorbeeld sportieve activiteiten of vrijwilligerswerk). In het Hogeland i.o. zijn de huisartsen nog niet actief op het gebied van ‘Welzijn op recept’.

Op dit moment is een groot deel van de gezondheidszorg vooral gericht op behandeling binnen het medisch domein, terwijl dit vaak slechts een (klein) onderdeel is van herstel van functioneren. Veelal zijn andere zaken van invloed op de gezondheid en het welbevinden van een mens, zoals werkloosheid, huisvestings-, relationele en/of financiële problemen. Dan is het zaak om te werken aan oplossingen op die gebieden en zijn andere hulpverleners of ondersteuners nodig. Samenwerking tussen het medisch en sociale domein is dan ook noodzakelijk.

Gezondheidsvaardigheden

Uit de factsheet ‘Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden’ van Pharos blijkt een duidelijke samenhang tussen een slechtere gezondheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen. Bijna 30% van de Nederlandse bevolking heeft (zeer) beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarbij gaat het met name om ouderen, laagopgeleiden en niet-westerse migranten. In Het Hogeland i.o. wonen meer ouderen dan gemiddeld in Nederland; het aantal laagopgeleiden is gemiddeld hetzelfde en de niet-westerse migranten zijn ondervertegenwoordigd. Aangenomen kan worden dat die 30% ook opgaat voor Het Hogeland i.o.

Het verbeteren van gezondheidsvaardigheden kan op verschillende manieren. Op lokaal niveau kunnen bijeenkomsten georganiseerd worden. Denk dan bijvoorbeeld aan voorlichting over voeding, voorlichting over verslavingen, kookworkshops, laagdrempelige workshops stoppen met roken, stimuleren van beweging door organiseren van wandelgroepen of het neerzetten van een beweegtuin (momenteel zijn er bijvoorbeeld Olga Commandeur pleinen, vergelijkbaar met de Johan Kruijff veldjes).

Het kan ook middels digitale hulpmiddelen, waarbij gedacht kan worden aan stappentellers, bijhouden bloeddruk etc. Een leefstijladviseur of medewerker gezondheidsbevordering zou een belangrijke stimulerende factor kunnen zijn om inwoners zélf hiermee aan de slag te laten gaan. Het uiteindelijke doel is dat mensen zélf de regie en verantwoordelijkheid nemen; ofwel dat er optimaal gebruik kan worden gemaakt van inwonerkraft.

Subsidieregeling Preventiecoalities

Met de subsidieregeling Preventiecoalities wil het ministerie van VWS de structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen stimuleren en activeren. Doel is om zo de gezondheid van deze groep te verbeteren. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen met de subsidieregeling Preventiecoalities een gezamenlijke aanpak van effectieve preventieactiviteiten voor risicogroepen bewerkstelligen.

Gezondheidsklachten en aardbevingenproblematiek

Zoals in hoofdstuk 3 aangegeven, heeft een deel van de bevolking van Het Hogeland i.o. te maken met de aardbevingsproblematiek, wat een enorme impact heeft op gezondheid en gevoel van veiligheid. Een deel van deze inwoners heeft last van stress gerelateerde gezondheidsklachten (Postmes, Lekander, Stroebe, Greven, Broer, 2017). Aandacht voor deze gezondheidsproblemen kan verergering van de klachten en ziekten voorkomen. Dit kan enerzijds door de mensen een programma/training aan te bieden, hoe zij (beter) met hun stress kunnen omgaan en anderzijds door te blijven inzetten op de ingeslagen weg van voorkomen van schade, een goede en snellere afwikkeling van schade en het herstellen van het vertrouwen in de overheid bij de inwoners. Speciale aandacht dient uit te gaan naar de kinderen. Het is aan te bevelen om te onderzoeken hoe groot de impact van de aardbevingen nu precies op hen is, zoals aanbevolen in het rapport Vast grond gezocht (2017) van de Kinderombudsman (De Jong, Verheul, 2017). Gemeenten kunnen overwegen om interventies aan te

bieden aan kinderen waarbij ze leren hoe ze het beste kunnen omgaan met de aardbevingenproblematiek.

4.2 Inzet inwonerkracht

De maatschappelijke ontwikkeling dat de inwoners steeds meer centraal komen te staan en zoveel mogelijk zelf de regie over hun leven nemen is de basis van inwonerkracht. Deze zien we terug in het sociale domein en ook steeds meer in de zorg. Als voorbeeld noemen we het ontstaan van nieuwe zorginitiatieven. Doordat de laatste jaren sterk is ingezet op extramuralisering van de zorg, zijn in de regio zorgvoorzieningen verdwenen. Als reactie daarop initiëren inwoners overal in het land nieuwe zorginitiatieven. Daarnaast zijn inwonerinitiatieven van belang voor het behoud van de leefbaarheid in dorpen en wijken.

De tevredenheid van inwoners over geleverde zorg is ook een vorm van inwonerkracht. De gemeente kan de gemeten klanttevredenheid van geleverde zorg vanuit de Wmo gebruiken als instrument bij haar inkoopbeleid. Of de gevraagde zorg ook daadwerkelijk geleverd is zal gemeten kunnen worden aan de hand van de ervaringen van de zorgvragers: heeft de zorg bijgedragen aan hun ervaren gezondheid? De meeste mensen zijn in staat om antwoord op deze vraag te geven. Het Rapport Taskforce (2018) noemt hierbij als voorbeeld Patient Reported Outcome Measures (PROM's). Het voordeel is dat op basis van deze verzamelde gegevens helder is hoe goed de verstrekte zorg is geweest, of deze verbetering behoeft en op welke manier dat zou kunnen gebeuren.

Eén van de zorgaanbieders gaf aan dat het bij inwonerkracht heel passend is, om te werken vanuit een persoonsgebonden budget (PGB). Hiermee heeft de cliënt immers bij uitstek zelf de regie in handen. Hierdoor zorgt de cliënt zelf dat de geleverde zorg zoveel mogelijk aangepast is aan diens situatie. Het PGB is een aandachtspunt geweest in de afgelopen jaren. Knelpunten waren onder andere dat niet elke PGB-budgethouder of diens vertegenwoordiger daadwerkelijk in staat bleken om de verantwoordelijkheden te kunnen dragen die horen bij het budgetbeheer. Indicatiestellingen, tarieven en communicatie met PGB-budgethouders leverden eveneens de nodige knelpunten op. Een ander knelpunt is gebrek aan flexibiliteit bij de inzet van de middelen. Er wordt momenteel landelijk gewerkt aan de bouw en totstandkoming van het PGB 2.0-systeem.

Inwonerinitiatieven

Inwonerinitiatieven komen het best tot hun recht wanneer er optimaal wordt samengewerkt met inwoners, zowel voor het realiseren van kleinschalige woonvormen als voor allerlei andere plannen ter bevordering van de leefbaarheid. De gemeente Het Hogeland i.o. heeft dit tot doel gesteld middels het visiedocument 'Inwoners voorop in het Hogeland'. Bij inwonerkracht in het Hogeland gaat het om eigen inzet en eigen initiatief van inwoners. Inwoners ontplooiën deze activiteiten in gezamenlijk verband. De kenmerken van inwonerkracht zijn: collectief, vrijwillig, maatschappelijk gericht en met eigen inzet en initiatief. Hieronder vallen alle gezamenlijke activiteiten van inwoners die erop zijn gericht de regio, het dorp, de buurt of de straat gezelliger, toegankelijker, socialer, sportiever, gezonder, groener, schoner en veiliger te maken.

Rol overheid

Om inwonerinitiatieven verder te helpen, neemt de overheid een andere rol aan dan voorheen. In deze rol zullen ambtenaren en bestuurders steeds minder vaak voorschrijven en overnemen, en zullen zij steeds meer meedenken, ondersteunen en verbinden. Hieraan gekoppeld is het bieden van maatwerk, minder regelgeving en beheersmatigheid. Deze transformatie heeft uiteraard tijd nodig. De herindeling tot gemeente Het Hogeland - nog groter en op nog meer afstand - kan bij inwoners het gevoel oproepen dat de gemeente ver weg is. Daarbij kan dreigende sluiting of het verdwijnen van voorzieningen tot onrust bij inwoners leiden. Anderzijds kan dit weer de motor zijn voor het opzetten van initiatieven en meer inwonerkracht. Goede en tijdige voorlichting kunnen helpen om onnodige onrust te voorkomen.

In de gemeente Het Hogeland i.o. zijn twee mooie voorbeelden van inwonerinitiatieven die zorg gerelateerd zijn: Klooster & Buren en GoudOud. In paragraaf 4.6 komen we hier op terug. In de gemeente Het Hogeland i.o. zijn tal van initiatieven die een grote bijdrage leveren aan de leefbaarheid van het dorp. Zie de appeltjes in het visiedocument 'Inwoners voorop in Het Hogeland'. Hierdoor zijn de kansen groter geworden dat inwoners van dorpen goed oud kunnen worden in de eigen omgeving. *"Inwonerinitiatieven zijn ook een krachtig instrument voor participatie en het bevorderen van leefbaarheid."* Een mooi voorbeeld is bijvoorbeeld de Dorspwinkel in Sauwerd, die gerund wordt door inwoners zelf.

Ondersteuning inwonerinitiatieven en inwonerparticipatie

Het is voor gemeente en inwoners wennen om in een nieuwe vorm te communiceren met elkaar. "Het moet bij de gemeenten nog ingebed worden om bij initiatieven te vragen wat inwoners willen en wat ze daarvoor nodig hebben van de gemeente. De vraag van inwoners kan leidend zijn voor het beleid van de gemeente."

"Coöperaties kunnen hun 'right to challenge' benutten in hun overleg met de gemeente."
(Wethouder)

Inmiddels is er de nodige ervaring opgedaan met inwonerinitiatieven en is er meer bekend wat daarbij wel en niet werkt. In het Rapport Burgerinitiatieven Zorg & Ondersteuning (CMO STAMM, 2017) staan zowel succesfactoren als knelpunten benoemd. Daarnaast worden aan overheden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Beoordeel ondersteuning van initiatieven op maatschappelijke relevantie en interne organisatie;
- Investeer in haalbaarheidsonderzoeken van nieuwe initiatieven;
- Ontwikkelings- of aanjaagbudget voor beginnende initiatieven is wenselijk;
- De rol van de overheid dient naar buiten gericht te zijn met de focus op het ondersteunen en stimuleren van burgerinitiatieven, zonder de regie over te willen nemen;
- Stimuleer en faciliteer kennisdeling;
- Faciliteer, promoot en waardeer de vrijwillige inzet en zet in op deskundigheidsbevordering;
- Ondersteun op alle niveaus dat de samenwerking tussen de formele en informele zorg tot stand komt;
- Benut de initiatieven voor het creëren van werkgelegenheid. Hier liggen kansen om van vrijwillige inzet naar betaald werk te komen.

Vrijwilligers en mantelzorg

Naast inwonerinitiatieven zijn vrijwilligers en mantelzorgers van grote waarde in het voortraject van zorg. Hoe meer vrijwilligers en mantelzorgers, des te minder professionele zorg nodig is. De 'jonge kwieke' oudere (die voor een deel ook steeds vaker mondig en vermogend zijn) kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Hoogleraar Bevolking en Ruimte, D. Manting geeft aan te verwachten dat mensen in de toekomst net zo vitaal op hun 80^{ste} zijn als vroeger op hun 65^{ste}: *"Elk decennium komen er een paar gezonde levensjaren bij. Dat geeft ook voordelen voor de samenleving. Heel veel ouderen doen vrijwilligerswerk en dat kunnen ze langer blijven doen, omdat ze langer gezond zijn"* (Van Huet, 2018). Door een goede ondersteuning kunnen vrijwilligers hun rol langer blijven vervullen. Een goede afstemming van vraag en aanbod bij vrijwilligers is noodzakelijk.

Verwacht wordt dat het aantal mantelzorgers per 85-jarige in de komende twintig jaar zal afnemen van vijftien naar zes mantelzorgers (Planbureau voor de Leefomgeving, 2018). In combinatie met de verwachte toename van het aantal thuiswonende ouderen en het beheersen van de zorgkosten stelt dit de samenleving voor een grote uitdaging.

Ondersteuning voor mantelzorgers

Mantelzorg is niet verplicht, maar tegelijkertijd vrijwel nooit vrijblijvend. Om te voorkomen dat mantelzorgers aan de ‘zorgdruk’ ten onder gaan zijn er diverse interventies ontwikkeld. Zo biedt de aanwezigheid van respijtzorg aan mantelzorgers de mogelijkheid om hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen. Zodat hij of zij even tijd voor zichzelf heeft. Respijtzorg kan thuis gegeven worden, maar ook buitenshuis, door vrijwilligers en beroepskrachten.

Thuiszorgorganisaties met betrekking tot mantelzorgers

Thuiszorgorganisaties gaven aan dat zij de druk op mantelzorgers en vrijwilligers in de praktijk herkennen. De kinderen komen op grotere afstand te wonen, werken beiden, waardoor hun ouders aangewezen zijn op hulp uit de directe omgeving. De meeste van deze mensen zijn echter ook al op leeftijd en kunnen of willen niet altijd die zorg/hulprol op zich nemen. Anderzijds is het ook zo dat sommige mensen burenhulp niet op prijs stellen, of het niet durven te vragen. Mogelijk kan versterking van de sociale cohesie hierin nog een rol spelen, waardoor vraagverlegenheid verminderd zou kunnen worden. Verder geeft thuiszorg aan dat hun medewerkers soms klem komen te zitten tussen de professionele taak en de extra vragen van cliënten. Een goede afstemming tussen de formele en informele zorg is dan van groot belang, zowel voor de inwoners als voor de medewerkers die in de thuiszorg werken.

De thuiszorgorganisaties zoeken ook naar andere inventieve oplossingen. Zo heeft Buurtzorg als mogelijke oplossing voor een deel van het probleem een camera geplaatst bij de ouder(s) in huis, zodat de kinderen op die manier contact kunnen hebben en hun ouders een beetje kunnen volgen. Hun ervaringen hiermee zijn tot nu toe goed.

Kortom: een goede afstemming tussen formele en informele zorg (zowel mantelzorgers als vrijwilligers) is van groot belang. Diverse onderzoeken tonen aan dat mantelzorgers en professionele zorg van elkaars expertises kunnen leren om zodoende gezamenlijk kwalitatief betere zorg aan mensen te leveren. Mantelzorgers weten vaak erg goed wat iemand nodig heeft.

Rol dorpencoördinator

De rol van de dorpencoördinator is van groot belang. De dorpscoördinatoren zijn de *linking pin* tussen inwoners/dorpen en de gemeente. Ze halen vragen op en zoeken naar de juiste antwoorden of personen die kunnen helpen. De gemeente kan zo sneller initiatieven op gang brengen. De coördinator zelf ziet veel mogelijkheden en kansen in het activeren van inwoners. Door mensen bijvoorbeeld met elkaar in contact te brengen.

Een mooi voorbeeld van de dorpencoördinator:

“Een mevrouw kwam, na het overlijden van haar man, al dertien jaar amper deur uit. Haar kinderen woonden wat verder weg en ze had geen netwerk meer. Toen hoorde ze van de Verzoamelstee (ontmoetingsplek). Ondanks dat ze het héél spannend vond, is ze toch even gaan kijken. Het resultaat: na een tijdje vroegen de kinderen of ze nog weleens thuis was. De dorpscoördinator zag de mevrouw helemaal opbloeien: ze deed weer nette kleren aan, make-up op en kreeg weer helemaal zin in het leven”.
(Dorpencoördinator)

Dorpencoördinatoren kunnen ook nagaan in hoeverre er draagvlak is voor plannen van de gemeente. Samen met het sociaal team horen ze in de haartvaten van de samenleving te zitten en daar signalen op te halen.

Karakteristiek voor de inwoners van Het Hogeland i.o. is dat ze lang wachten met hulp vragen. Ze gaan niet snel met vragen of problemen naar bureaus, een loket of onbekenden. Als problemen aan het licht komen zijn ze daardoor vaak al relatief groot. Vandaar dat het verkrijgen van vertrouwen en bekend zijn bij inwoners essentieel zijn voor de uitvoering van de taak van de coördinator. Dit geldt overigens ook voor de leden van het sociaal team. Ook zij mogen nog bekender worden en meer zichtbaar zijn in de kernen en bij ketenpartners. Goed onderscheid in taken tussen dorpscoördinatoren en sociaal team is gewenst.

We kunnen stellen dat er veel ontwikkelingen zijn in de dorpen van het Hogeland i.o. Er is veel energie en men is trots op de eigen omgeving. Als inwoners aan de slag gaan met het maken van een dorpsvisie overheerst deze positieve energie.

4.3 Digitalisering in de zorg

De maatschappij digitaliseert en dat gaat steeds sneller. (Commerciële) bedrijven zien kansen en ontwikkelen diensten op het gebied van zelfmanagement en diagnostiek. Er zijn veel domotica- en technologische toepassingen mogelijk zoals: apps, beeldbellen, sociale zorgrobots/ robotdieren, personenalarmering, medicijndispensers, communicatieplatforms, leefstijlmonitoring, geavanceerde bewaking, gps, sleutelkluis of elektronisch slot (Vilans, januari 2018). De Inspiratiebox-technologie en zorg van Vilans geeft een overzicht van meer dan 100 technische hulpmiddelen en apps die mensen kunnen gebruiken of waar zorgverleners gebruik van kunnen maken om het leven van ouderen of mensen met een beperking makkelijker of aangenamer te maken. Dit betekent dat de positie van mensen sterker gaat worden in het zorgproces en de vraag is hoe de zorginstellingen deze ontwikkelingen in hun voordeel gaan benutten.

Digitalisering in de kinderschoenen

Bij veel zorgaanbieders in het land staan de technologische toepassingen nog in de kinderschoenen. Oorzaken hiervoor zijn mede de vergoeding en kosten. De financiering van de thuiszorg en verpleeghuiszorg is verspreid over drie domeinen: gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor (Vilans, augustus 2018). Er wordt niet altijd financiële ruimte geboden om te experimenteren met nieuwe toepassingen en de bereidheid vanuit de drie domeinen om gezamenlijk te komen tot projecten voor technologische innovatie is nog mager.

Dit zien we terug bij de verschillende zorgorganisaties in Het Hogeland i.o.. Zo is er een thuiszorgorganisatie die alleen gebruik maakt van persoonlijke alarmering, een sleutelkastje en (sinds

kort) gedigitaliseerde dossiers. Enkele thuiszorgorganisaties maken ook gebruik van een tablet. Die wordt op verschillende manieren ingezet:

1. Als hulpmiddel voor de zorgprofessionals. Bijvoorbeeld beeldbellen met elkaar, om te consulteren of mee te laten kijken bij ingewikkelde ingrepen;
2. Gebruik door de cliënten zelf, als sociale ondersteuning om contact te hebben met familie en vrienden, maar ook voor contact met de zorgprofessionals. Met behulp van de tablet kunnen ook mantelzorgers een oogje in het zeil houden. Hierdoor is zorg op afstand mogelijk, cliënt met zorgprofessional en tussen zorgprofessionals onderling.

De partijen die aangeven hiermee tot nu toe weinig te werken, hebben wel behoefte aan technologische toepassingen en ICT-oplossingen, onder andere om de taken van de zorgprofessionals te verlichten. Daarbij geven sommige partijen ook aan dat directe aanwezigheid van professionals en het menselijke contact moeten blijven bestaan.

Digitale patiëntinformatie

De landelijke overheid is ermee bezig te zorgen dat iedereen in Nederland vanaf 2020 online op de computer of via een app op zijn telefoon al zijn medische gegevens kan inzien en bijhouden (ZorgenZ, 2018). Via de zogeheten ‘Persoonlijke gezondheidsomgeving’ (PGO) kan de patiënt meer regie over zijn gezondheid krijgen. De medische- en leefstijlgegevens liggen nu bij verschillende zorgprofessionals en daar kan de eigen gezondheidsinformatie aan toegevoegd worden zoals data die met e-health toepassingen verzameld is (Taskforce Zorg op de Juiste Plek, 2018). Waar professionals in de regel na een tijdje de gegevens moeten vernietigen mogen de patiënten ze hun leven lang bewaren. Patiënten hebben altijd toegang tot deze gegevens en bepalen zelf welke informatie met welke hulp- en zorgverlener gedeeld wordt. ‘Patiëntvolgende informatie’ scheelt mensen en professionals enorm veel werk en tijd, voorkomt onnodig herhaalde vragen en onderzoek en zorgt voor meer integrale zorg. Er zijn nog wel wat bezwaren, zoals het risico op datalekken, inzage in de eigen medische gegevens zonder verdere uitleg (kan wellicht tot onnodige onrust leiden) en de mogelijkheid van het delen van gegevens met ondeskundigen die er misbruik van kunnen maken. In de doorontwikkeling van de PGO zal hier de nodige aandacht voor zijn.

Substitutie dankzij digitalisering

Daarnaast maken huisartsen gebruik van teleconsult met ziekenhuizen, bijvoorbeeld teledermatologie. In tegenstelling tot een afspraak op locatie of een videoconsult, is er bij een teleconsult geen face-to-face-contact met de specialist, maar kan de huisarts een digitale vraag stellen en kan bijvoorbeeld foto's van de patiënt meesturen. Eén van de huisartsen verwacht nog verdergaande mogelijkheden van domotica. Bijvoorbeeld dat mensen hun eigen apparatuur hebben, waarmee ze 24-uurshartfilmpjes maken of andere waardes kunnen meten.

Inwoners en digitalisering

Uit bovenstaande blijkt duidelijk dat er in de zorg steeds meer een beroep zal worden gedaan op de digitale vaardigheden van mensen. Het is echter nog niet voor iedereen, met name voor de ouderen en laaggeletterden, gemakkelijk om met de nieuwe technologische ontwikkelingen om te gaan. Om toch begrijpelijke ICT-mogelijkheden te bieden, is er bijvoorbeeld een Compaan tablet. Deze is speciaal voor ouderen: overzichtelijk en makkelijk in gebruik. Ook bij de ontmoetingsplek “Verzoamelstee” in Onderdendam en Bedum worden ouderen wegwijs gemaakt met ICT-mogelijkheden tijdens een tabletworkshop.

Professionals en digitalisering

Naast het digivaardig maken van de inwoners, wordt geadviseerd om de oudere zorgprofessionals - voor zover die minder thuis zijn in de ICT - bij te scholen in de omgang met digitalisering in de zorg. Ook is het zinvol om in de opleidingstrajecten van de zorg nog meer in te gaan op technologische toepassingen. Betrek studenten bij verschillende projecten, zoals bijvoorbeeld bij het Virtuele Thuiszorg/ Telezorg project. Dit is een project van fusieorganisatie Van Julsingha en 't Gerack in Uithuizen, samen met ICT-ontwikkelaar MobileCare. Het biedt zorg op afstand aan ouderen in Noord-Groningen met hulp van tablet, computers en internet. Het doel is het verbeteren van zorg, welzijn en gezondheid van ouderen, en het tegengaan van vereenzaming.

Kansen voor digitalisering

Het ministerie van VWS stelt gedurende 2019-2021 een budget beschikbaar voor het programma 'Langer Thuis' (2018). Het doel van het programma Langer Thuis is dat ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven. Hierbij komen ook subsidieregelingen om (digitale) innovatie/ e-health in de langdurige zorg te ondersteunen. Het is de bedoeling dat de gemeenten hierin samen gaan werken met zorgverzekeraars, zorgorganisaties, zorgkantoor en vertegenwoordiging van cliënten en mantelzorgers en eventueel met woningcorporaties. De overheid geeft met het programma richting en kaders mee, en zal deze nader uitwerken en implementeren in nauwe samenwerking met de voorgenoemde partijen.

E-health kan helpen de zorg betaalbaar te houden, de zorg optimaal te organiseren en biedt een mogelijk oplossing voor het personeelstekort in de zorg. In Noord-Nederland werken de Rijksuniversiteit Groningen, Hanze Hogeschool Groningen en het MBO-onderwijs samen om technologische toepassingen voor de toekomst verder te ontwikkelen. Daarnaast werken het Martini Ziekenhuis, UMC Groningen, 5Groningen en Health Hub in Roden, samen op het gebied van medische technologie.

4.4 Optimale zorg door samenwerking

Landelijk heeft samenwerking in de zorg een hoge prioriteit. Dat zien we ook terug in het Rapport Taskforce (2018). Geconstateerd wordt dat momenteel een groot deel van de gezondheidszorg nog vooral gericht is op behandeling binnen het medisch domein, terwijl dit vaak slechts een (klein) onderdeel is van herstel van functioneren. Veelal zijn andere zaken van invloed op de gezondheid en het welbevinden van een mens, zoals werkloosheid, huisvestings-, relationele en/of financiële problemen. Samenwerken tussen het medisch en sociale domein is dan ook noodzakelijk. In de interviews bleek dat alle partijen daarvan doordrongen zijn. Ze spraken allen de intentie uit tot meer en beter samenwerken met andere partijen. Veel partijen, inclusief de gemeente, streven ernaar om zorg dichtbij de eigen woonplek van mensen te organiseren.

“Zorg dat mensen gelukkig kunnen wonen en leven op die plek dat zij het fijnst vinden, en dat daarbij de ondersteuning geleverd wordt die zij nodig hebben.”

(De Sprank)

Op een aantal vlakken gaat de samenwerking al verder dan alleen een intentie. Zo zijn de gesprekken in het kader van de subregionale tafel(s) vaak benoemd als meerwaarde voor het feit dat een aantal zorgaanbieders elkaar (beter) heeft leren kennen. De eerste stappen zijn dan ook al gezet in de verkenning óf en hoe er samengewerkt kan worden. Verder hebben de geïnterviewden verschillende punten voor een betere samenwerking aangeleverd. Deze komen hieronder in de subparagrafen aan de orde.

Een ander punt is dat er in het Rapport Taskforce (2018) gepleit wordt om eerst een duidelijk plaatje van de zorgbehoefte, de hulpvragen en het zorgaanbod in een gebied in kaart te krijgen om vervolgens op basis daarvan de samenwerking invulling te geven, zie de laatste paragraaf van dit hoofdstuk: 'Het

juiste beeld van de gezamenlijke opgave'. Tot slot hebben alle partijen de wens geuit om meer samen te werken op het gebied van digitaliseren en het terugdringen van het personeelstekort.

Afstemming tussen medisch en sociaal domein

Zoals hierboven geschetst is verbetering van de samenwerking tussen het medische en sociale domein noodzakelijk. Beide domeinen maken bovendien een transformatie door, waarbij de 'kantelgedachte' van belang is. In Het Hogeland is de kantelgedachte goed terug te vinden in diverse beleidsdocumenten:

- Sociaal Team gemeente Het Hogeland (2018);
- Extern communicatieplan (2018);
- Integrale teams (2018);
- Visie inwonerkraft (2017).

Uit deze beleidsdocumenten blijkt dat dit thema met vele betrokkenen is besproken en dat de gemeente wil werken vanuit het gedachtegoed van de 'De nieuwe Route.' Hierin verschuift de regie en het eigenaarschap over de te verbeteren situatie van de hulpverlening (de systeemwereld) naar alle betrokkenen samen (leefwereld én systeemwereld). De beoogde beweging in het zorgdomein sluit nauw aan bij dit gedachtegoed.

Hoewel er al veel werk is verzet, is er ook nog genoeg te doen. In de interviews gaven de betreffende partijen aan dat de samenwerking tussen de huisarts, de sociale teams en de thuiszorg nog sterk verbeterd kan worden. De transformatieopgave zal ook steeds meer z'n weerslag hebben op de rol van en de samenwerking met de medewerkers in de zorg. Zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers, GGZ-, V&V- en GHZ-medewerkers. Wanneer inwoners hulp vragen, gaan zij steeds vaker samen met die zorgverlener besluiten welke zorg het meest passend is, waarbij de inwoner zelf de regie én de verantwoordelijkheid blijft behouden. Tevens zullen inwoners steeds meer gaan ervaren dat van hen wordt verwacht dat zij de nodige inspanningen leveren, niet alleen voor zichzelf, maar, indien mogelijk, ook voor hun omgeving. Bijscholing zou wellicht kunnen bijdragen aan deze nieuwe inzet van zorg- en ondersteuning door zorgverleners, waarbij alle zes dimensies van positieve gezondheid toegevoegd kunnen worden.

Deze nieuwe *mindset* en werkwijze bij professionals en inwoners kunnen ervoor zorgen dat meer innovatieve initiatieven tot stand komen op het gebied van preventie en gezondheid. Zowel het sociaal team als de dorpencoördinatoren kunnen daarbij ook een belangrijke rol vervullen.

Samenwerken tussen medisch en sociaal domein

De poortwachtersfunctie (voorkomen dat mensen onnodig doorverwezen worden naar dure zorg) ligt nu geheel (m.u.v. de toegang voor jeugdhulp) bij de huisarts. Daarbij worden huisartsen inmiddels ondersteund door praktijkondersteuners huisartsen (POH-er). Er zijn huisartsen met één POH-er, maar er zijn er ook die POH-ers hebben op meerdere terreinen: jeugd en gezin, somatiek, GGZ en/of ouderen. Deze ontwikkeling wordt als een meerwaarde ervaren. De inzet van de POH-GGZ en POH-O voorkomt dat mensen grote afstanden moeten afleggen voor passende hulp. Misschien nog belangrijker is dat de drempel om hulp te vragen wordt verlaagd door de aanwezigheid van deze ondersteuners.

Echter zijn veel problemen waarvoor mensen naar de huisarts gaan, niet van medische maar sociale aard. Het Sociaal Team is op dat gebied de expert en door de samenwerking met dit team aan te gaan, kan de poortwachtersfunctie worden gedeeld. Tevens levert het een meer integraal beeld van de problematiek op.

Door korte lijnen te hebben met het sociaal team van het gebied, kunnen professionals naar elkaar doorverwijzen. Een heldere communicatiestructuur die efficiënt kan worden ingezet is daarbij van belang. Hetzelfde geldt voor de Wmo-medewerker. Soms is deze werkzaam in het sociaal team, soms niet. Ook hier is die heldere efficiënte communicatielijn van belang. In deze overlegstructuur passen ook de medewerkers van thuiszorg en wijkverpleging. Ook zij hebben soms veel informatie over

inwoners en korte lijnen met zowel huisarts en met medewerker(s) van het Sociaal. Zo kunnen ze sneller actie ondernemen, waardoor het verergeren van problemen voorkomen wordt. Uit vrijwel alle gesprekken met de thuiszorg kwam naar voren dat deze samenwerking met het Sociaal Team, en dan met name met de Wmo-medewerkers, sterk verbeterd kan worden. Het ontbreken van terugkoppeling en snelheid in afhandeling van een aanvraag zijn verbeterpunten.

Verder gaven de thuiszorgorganisaties aan dat er ook winst valt te behalen wanneer cliënten vanuit ziekenhuisopname thuiskomen: nu is de verstrekte informatie minimaal. De wens is om multidisciplinaire overleggen te hebben met huisartsen/POH-er. De huisartsen hebben deze wens ook geuit, met de restrictie erbij dat dit eerst goed geregeld moet zijn, daar zij nu met teveel thuis/wijkzorgorganisaties werken, waardoor doelmatig overleg niet mogelijk is. GGZ gaf ook aan dat de FACT-teams behoefte hebben aan meer samenwerking met bovenstaande partijen. Opgemerkt wordt dat bij de samenwerking steeds de inhoud voorop staat en de vorm (indien nodig) later volgt. Een ander belangrijk voorwaarde die wordt genoemd, is dat men voldoende tijd nodig heeft om de benodigde samenwerking vorm te (kunnen) geven.

Samenwerken tussen huisartsen

Door het wegvallen van huisartsenposten, zoals recentelijk gebeurt in Winsum, kunnen eventueel ‘gaten’ in de zorgverlening vallen. Hierdoor denken huisartsen na over innovatieve oplossingen om de inwoners toch goed te kunnen bedienen. Een voorbeeld is het experiment met weekendopenstelling van het huisartsensprek uur om het wegvallen van de huisartsenpost te compenseren. De gemeente heeft dit initiatief mede gefinancierd en wil de effecten hiervan onderzoeken. Hieruit zal duidelijk worden of deze oplossing gecontinueerd wordt.

De huisartsen gaven aan dat de werkdruk vrij hoog ligt in dit gebied, hetgeen onder andere te maken heeft met het dunbevolkte en uitgestrekte gebied. De huidige huisartsvergoeding houdt momenteel geen rekening met grote afstanden; deze is gestoeld op werkzaamheden in de grote steden. Het betreft een landelijk en algemeen erkend probleem.

“Stichting De Pool, samenwerkingsverband van huisartsen op het platteland in Het Hogeland, is een goed initiatief. De huisartsen zitten niet samen in één pand, maar ze werken wel samen om de mensen op het platteland goed te bedienen.”

(ELANN)

Samenwerken in de anderhalvelijnszorg

Anderhalvelijnszorg is een mooi voorbeeld van een innovatieve organisatievorm in de zorg, met als uitkomst een betere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten. Bezoek aan het ziekenhuis, of zelfs opname in het ziekenhuis of verpleeghuis kunnen daarmee uitgesteld worden, of is soms zelfs helemaal niet nodig. In het land zijn overal experimenten met ‘anderhalvelijnscentra’ gaande, waar huisartsen bij twijfel of in de nazorg na ziekenhuisopname direct hulp en/ of consultatie van een specialist kunnen vragen. De huisarts krijgt zo de functie van ‘externe zaalarts’, zoals één van de huisartsen het verwoordde.

Ook in de gemeente Het Hogeland i.o. wordt anderhalvelijnszorg door de huisartsenpraktijken opgepakt. De afgelopen jaren heeft de huisarts vanuit de tweede lijn de volgende taken overgenomen: diabeteszorg, astma/ COPD en bepaalde taken van de cardioloog. Bij één van de praktijken kan men terecht voor specialistische oogzorg. Deze trend zal zich steeds verder ontwikkelen, bij voorkeur aangepast op de behoefte/vraag die in dat betreffende gebied speelt.

Huisartsen zien ook de trend dat mensen steeds minder lang in het ziekenhuis blijven en zodra het kan uit het ziekenhuis worden ontslagen. Dure ziekenhuiszorg wordt verplaatst naar de eigen omgeving. Dit betekent dat de huisarts na een operatie vaker langs gaat bij de betreffende persoon. Gezien het gegeven dat mensen niet meer zo snel in een verpleeghuis komen en langer thuis wonen, zien we dus een forse toename van de rol van de huisartspraktijk in het nieuwe zorglandschap.

Samenwerken tussen thuiszorgorganisaties

Uit de interviews is de vraag om te komen tot een verbetering van de inzet van de thuiszorg nadrukkelijk naar voren gekomen. Momenteel zijn er veel thuiszorgorganisaties in de gemeente aan de slag, die allen vanuit eigen organisatie met een auto door het uitgestrekte gebied naar een klant toe rijden. Met name in de weekenden, vakanties en de avond- en nachtzorg kunnen hier volgens hen een grote efficiëncyslag en aanzienlijke kostenbesparing gemaakt worden, door samen te werken en het werk te verdelen. Het toch al schaarse personeel kan zo veel beter ingezet worden. Ook de organisaties zelf zien de noodzaak tot samenwerking, eventuele samenvoeging en/of werken in onderaannemerschap. In de praktijk is het er nog niet van gekomen om concrete stappen hierin te zetten. Waar teams van verschillende organisaties elkaar kennen en vanuit één gebouw werken lijkt de huidige samenwerking sterker. Belemmerende factoren die zijn genoemd bij het realiseren van deze samenwerking, zijn: de wijze van declareren (lastig bij inzet van verpleegkundige van verschillende organisaties) en het bespreken van bedrijfsinformatie (zoals tarieven en klantgegevens).

Samenwerken tussen GGZ, GHZ en VVT

Alle partijen die we hierover hebben geïnterviewd zijn het erover eens dat samenwerken met elkaar noodzakelijk is, en dat de ouderenzorg beter georganiseerd moet worden. Ook over de onderwerpen van samenwerken zijn zij het eens: op het gebied van digitalisering, behoud van goede zorg, de personeelstekorten, de inzet van dure specialisten en goede ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen. Naast samenwerking is meer afstemming nodig, om overlap en versnippering te voorkomen. Door meer samen te werken zullen bijvoorbeeld situaties waarin meerdere hulpverleners betrokken zijn, zonder het van elkaar te weten, minder voorkomen.

Vanwege de sterke vergrijzing in Het Hogeland neemt de specialist ouderengeneeskunde een bijzonder plek in. De zorgaanbieders hebben het plan opgevat om de verpleegzorg te centreren in een paar centra in de gemeente en daarnaast een mobiel specialistenteam ouderenzorg op te zetten die de zorg in de perifere gebieden gaat ondersteunen.

Uit de interviews bleek dat de inzet van specialisten beter op elkaar kan worden afgestemd. Bijvoorbeeld door onderling afspraken te maken over welke specialist in de avond en het weekend beschikbaar is. Men verwacht ook dat voor de specialistische zorg in de toekomst de verpleegkundigen op meerdere domeinen ingezet moeten worden. Bijvoorbeeld door iemand met een GGZ-achtergrond in te zetten bij bijvoorbeeld geriatrie. Zo kan men specialismen samenvoegen in een gebouw en voldoen aan de toekomstige vraag naar personeel.

Het ontschotten tussen de verschillende disciplines wordt regelmatig genoemd, met de kanttekening dat dit tevens een complex onderwerp is. Momenteel wordt hier en daar al onderling personeel en kennis uitgewisseld. Anderen zijn bereid dit ook te doen, vooral bij moeilijk te leveren zorg in de perifere gebieden. Men verwacht dat (nu nog) verschillende doelgroepen in de toekomst wellicht in dezelfde voorziening zullen wonen.

Ook kijken VVT en GGZ hoe zij beter op elkaar kunnen afstemmen, dan wel samenwerken, daar veel cliënten van de GGZ ook steeds ouder worden en wellicht bij VVT terecht komen. De bundeling van kennis van beide partijen is dan een meerwaarde voor deze groep mensen. Kleine organisaties, die niet zelf specialisten in dienst kunnen nemen, kunnen gebruik maken van specialisten van grote organisaties. Uiteraard moet inzet betaald worden en goede afspraken gemaakt worden bij uitwisselen van menskracht.

We zien een beweging naar verdere decentralisatie om dichtbij huis hulp te kunnen bieden.

“Het is van belang om te gaan focussen op slim organiseren, slim samenwerken, afspraken maken over de instroom van personeel, samen opleiden en mogelijkheden van andere disciplines onderzoeken om die binnen te halen. Dit is niet alleen op het gebied van zorg, maar ook op het gebied van welzijn”.

Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave.

Iedere regio in Noord Nederland heeft zijn eigen kenmerkende elementen. Voor de gemeente Het Hogeland i.o. is dat, zoals gezegd (zie hoofdstuk 3), de uitgestrektheid van het gebied, plattelandsgebied, een hoger dan gemiddeld aantal inwoners met een lage SES, een hoger dan gemiddeld aantal ouderen en de aardbevingsproblematiek.

Daarnaast heeft de zorg in dit gebied te maken met meer algemene problematiek, zoals: onduidelijke en complexe regelgeving (zowel inwoners als professionals ervaren dit zo), het langs elkaar heen werken van zorgprofessionals, onvoldoende aansluiting tussen formele en informele zorg, en de te verwachte tekorten van personeel in de zorg.

Tegelijkertijd is het niet zo dat ieder gebied binnen de gemeente hiermee in gelijke mate te maken heeft. Wanneer per zorggebied van bijvoorbeeld een huisarts of een sociaal team een goed beeld van de zorgbehoefte en sociale problematiek geschetst wordt (een gebiedsscan), kan er een heel gericht actieplan worden opgesteld, inclusief prioritering. Een dergelijke gebiedsscan bevat gedetailleerde informatie over de vraag en de behoefte in het gebied. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van chronische ziektes, laaggeletterdheid, werk en inkomen, etc. Veel van deze informatie kan via verschillende (openbare) bronnen van diverse disciplines verzameld worden, zodat er een totaalbeeld op de zes dimensies van positieve gezondheid ontstaat. Bij voorkeur wordt een dergelijke verkenning gedaan in samenspraak met aanbieders van zorg en ondersteuning, ervaren professionals én (een gespiegelde vertegenwoordiging van) de inwoners zelf. Uit de praktijk blijkt dat het delen en combineren van informatie andere, vaak onverwachte, inzichten oplevert.

Ter illustratie: in zorggebied A komt naar voren dat het grootste knelpunt is dat er veel mensen met COPD wonen, en in zorggebied B juist een bovengemiddeld aantal mensen met obesitas. Zorggebied C laat veel psychische problematiek zien. Ieder gebied ontwikkelt een eigen zorgplan op basis van deze verkregen informatie. Het Sociaal Domein Hogeland gaf te kennen dat zij gebaat zijn bij informatie over welke behoefte aan zorg/hulp er leeft in de verschillende delen van de gemeente.

4.5 Personeelskrapte

Uit diverse onderzoeken blijkt dat in de toekomst een tekort dreigt aan personeel in de zorg. In Het Hogeland i.o. gaat het met name om hbo-verpleegkundigen (Doornbos, 2017) en huisartsen (CMO STAMM, 2014). Dit beeld zagen we terug in de interviews. Tegelijkertijd zijn er diverse ideeën en mogelijkheden om dit tekort aan te pakken.

Werven van personeel

De Hoven biedt een “WijkLeerbedrijf” in Winkheem in Winsum en “Gilde-leren” bij de Twaalf Hoven in Winsum. In samenwerking met het Alfa-college, Noorderpoort college, Werkplein Noord-Groningen en de gemeente Winsum zetten deze initiatieven zich in om jongeren zonder startkwalificatie (en uit kwetsbare gezinnen) of mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt uit de regio te stimuleren in de zorg aan het werk te gaan. Het mes snijdt aan twee kanten: betere vooruitzichten voor de betreffende mensen én verminderen van het tekort aan personeel in de zorg. Een ander mooi voorbeeld is de Health Hub in Roden, een combinatie van zorg en technologie. Hierdoor ontstaat een nieuwe arbeidsmarkt met nieuwe mogelijkheden. Bijvoorbeeld voor mensen die door een beperking eerst geen baan in de zorg konden krijgen of mensen die een baan in de zorg door al die innovatieve ontwikkelingen interessant zijn gaan vinden.

Huisartsen geven aan dat het belangrijk is om tijdig te beginnen met voorbereiden van de opvolging in de praktijk. De aantrekkelijkheid van het gebied met relatief goedkope huizen is een sterk argument gebleken, met ook het cultureel aanbod en de nabijheid van de stad Groningen. Echter, als de afstand groter wordt, worden opvolging en efficiënt (samen)werken lastiger. ELANN geeft aan dat steeds minder jonge huisartsen praktijken over willen nemen en niet altijd fulltime willen werken. Dit maakt de overname van praktijken in de toekomst lastiger. Eénmanspraktijken, die op het platteland meer voorkomen, zijn minder in trek. Er wordt gedacht aan het oprichten van dependances in het buitengebied. Voor hoger opgeleiden geldt dat, naast een mooie baan, het ook een uitdaging moet zijn. Dit kan door vernieuwende vormen van interdisciplinaire samenwerking en innovatie wellicht verkregen worden.

Efficiënter en slimmer werken

Efficiënt en slimmer werken kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld middels het eerder besproken digitaliseren, het meer betrekken van de patiënt door samen te beslissen en goede samenwerking. Allemaal elementen die ook zo spoedig mogelijk in de huidige opleiding voor hulp/zorgverleners zouden moeten worden opgenomen. In het experiment ‘Ruimte voor resultaat’ zette de thuiszorg in op het bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten. Hiervoor moesten eerst alle medewerkers worden geschoold (Rapport Taskforce, 2018). Het resultaat was minder uren zorg per cliënt (daling van 20%) en tevreden medewerkers en cliënten.

Efficiënter en slimmer werken komt verder tot uiting in, daar waar dat mogelijk is, taken te verplaatsen naar minder dure hulp/zorgverleners, zoals taken van het ziekenhuis naar huisarts en van huisarts naar POH-er. Maar ook door de specialist geneeskunde als ‘vliegende keep’ in de regio in te zetten (zie ook paragraaf 4.4).

Daarnaast zouden preventie en vroegsignalering een vast onderdeel van de hulp- /zorgverlening kunnen zijn, omdat het bevorderen van een gezonde leefstijl en het verbeteren van de sociale situatie in veel gevallen een beter medicijn zijn dan het voorschrijven van geneesmiddelen of doorverwijzen, aldus het Rapport Taskforce (2018). Een belangrijk onderdeel daarbij is om hulp- en zorgverleners te scholen in het bevorderen van gezondheidsvaardigheden van inwoners en het gezamenlijk beslissen over de in te zetten zorg en activering.

Zoals eerder al genoemd, bieden inwonerinitiatieven en bewonersparticipatie ook mogelijkheden om inwoners via vrijwilligerswerk toe te leiden naar betaald werk. Uiteraard heeft vrijwilligerswerk op zichzelf ook veel waarde: voor inwoners zijn de erkenning en het van nut zijn erg belangrijk.

Imago Het Hogeland i.o.

Een heel ander aspect van de vergroting van de werkgelegenheid is het promoten van het gebied als aantrekkelijke plek om te wonen en te werken. De beeldvorming is, mede door de aardbevingsproblematiek, niet uitermate positief gekleurd, terwijl het gebied veel mogelijkheden en kansen biedt.

4.6 Spreiding voorzieningen en kleinschalig wonen

Steeds duidelijker wordt het dat de toenemende zorgkosten beter te beteugelen zijn door vernieuwende uitgangspunten te hanteren en met name in te zetten op preventie en nieuwe samenwerkingsvormen. Een belangrijk uitgangspunt om in de gemeente Het Hogeland i.o. te komen tot een toekomstbestendige zorginfrastructuur is dan ook het adagium ‘*vorm volgt inhoud*’. Wanneer nieuwe samenwerkingsvormen tot stand komen en vernieuwende uitgangspunten meer algemeen goed zijn, wordt als vanzelf duidelijk *of* en *hoe* die samenwerking in gebouwen moet worden gebundeld. Pas dan is het moment aangebroken voor zorgaanbieders om zich over vastgoed te buigen.

Een uitzondering hierop betreft het aardbevingsgebied. In dit gebied komen een aantal panden in aanmerking voor versterking dan wel nieuwbouw. Omwille van de veiligheid dient dit vanzelfsprekend op kortere termijn gerealiseerd te worden. De Stuurgroep Zorg van de NCG heeft hiertoe in 2016 sub-regionale tafels georganiseerd, waarbij relevante partijen hebben overlegd hoe de gebouwen van de zorginstellingen in de betreffende (deel)gebieden versterkt kunnen worden. Op basis van deze gesprekken heeft de Stuurgroep Zorg keuzes gemaakt en vastgelegd in het eindrapport (Bevings)bestendige zorg in Groningen (2018). Dit visiedocument sluit aan op dit NCG-rapport.

Spreiding zorgvoorzieningen

In het rapport (Bevings)bestendige zorg in Groningen (2018) staat over de verspreiding van de voorzieningen: *“Alle zorggebouwen worden aardbevingsbestendig en levensloopbestendig. De benodigde zorg wordt zoveel mogelijk thuis geleverd, in de eigen omgeving. Als dit niet meer thuis kan, dan kan men terecht in (kleinschalige) vormen van een beschermde woonomgeving. Deze liggen verspreid in de regio, in dorpen waar ook andere voorzieningen beschikbaar zijn. De bewoners maken gebruik van de reguliere en multifunctionele ontmoetingsplaatsen in de wijk of het dorp.*

Kortom, zij kunnen zo gewoon mogelijk leven. Lokale initiatieven op het gebied van mantelzorg, participatie en ontmoeten maken dit mede mogelijk. Tegelijk is een zekere schaal nodig om meer complexe zorg te kunnen blijven leveren. Zorg op maat in de regio vraagt om oplossingen die:

- *voor alle inkomensgroepen betaalbaar zijn;*
- *aansluiten op de behoeften van de inwoners zelf;*
- *rekening houden met de landelijke uitgestrektheid;*
- *mensen in staat stelt zoveel mogelijk de eigen regie te houden op zorg en leven.*

Het aantal huidige verpleeghuisbedden zal de komende twintig jaar naar verwachting nog nodig blijven. De geestelijke gezondheidszorg biedt meer en meer ambulante begeleiding. Mensen met een verstandelijke handicap werken zoveel mogelijk in de buurt. Als het nodig is komen specialisten vanuit één van de twee nieuwe expertisecentra in Delfzijl en Bedum/Winsum om vragen te beantwoorden en behandelingen te geven. In deze centra werken medici, paramedici en behandelaars vanuit GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg met elkaar samen. Hierdoor verbeteren zij de zorg en kunnen zij efficiënter werken als het gaat om zorg in de nacht, avond en het weekend.”

Voor Het Hogeland i.o. is in dit rapport een kansrijk project in Uithuizen opgenomen. “Nieuwe woonzorgvoorzieningen, waarin GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg nauw samenwerken met de huisartsenpraktijk. De bewoners gaan participeren in de gemeenschap en bij dorpsactiviteiten. Het gaat om een kleinschalige verpleeghuisvoorziening van 45 plaatsen, waarvan bij 15 plaatsen specialistische behandeling mogelijk is. Deze plaatsen verhuizen van Uithuizermeeden naar Uithuizen. Daarnaast is er ruimte voor 45 GGZ-cliënten en 60 cliënten gehandicaptenzorg”.

Kleinschalige woonvormen

Bovenstaande betekent dat er steeds meer vraag naar kleinschalige woonzorgvoorzieningen zal komen. Dit is ook een wens vanuit inwoners, zorgaanbieders en beleidsmedewerkers sociaal domein. Zij zien deze vormen als een belangrijk alternatief voor zelfstandig thuis wonen en het verpleeghuis.

Vrijwel alle zorgaanbieders gaven aan dat zij graag willen samenwerken met dergelijke kleinschalige initiatieven. Bijvoorbeeld door de benodigde (specialistische) zorg te leveren. Daarbij werd ook opgemerkt dat wanneer er steeds meer kleinschalige initiatieven komen, het belangrijk is om over meer crisisplekken te beschikken. Zo kan bij escalatie (tussen bewoners) een time-out gecreëerd worden. De keukentafelgesprekken, zoals nu gevoerd in het kader van de Wmo, zouden goed toegepast kunnen worden bij mensen die in de kleinschalige woonvormen verblijven. Op die manier kan er rekening gehouden worden met de betreffende persoon en wat hij/zij nodig heeft. Voor het gebied in De Marne ziet De Sprank mogelijkheden om in Leens rondom de zorginstelling een aantal ‘aanleunwoningen’ te realiseren, waarin cliënten met begeleiding kunnen wonen. Bovendien geven zij aan (net als de Adviesraad Hogeland), dat zij het idee hebben dat in De Marne veel gezinnen zijn die meer hulp nodig hebben dan ze krijgen, waardoor de problematiek vaak onnodig verergert. Hier valt winst te behalen, door vroegsignalering en aansluitend preventieve hulpverlening of ondersteuning, en door de samenwerking tussen het Sociaal Team, scholen, kinderopvang, en zorgaanbieders te verbeteren.

Eerder haalden we hoogleraar Bevolking en Ruimte, D. Manting al aan, dat zij verwacht dat mensen in de toekomst net zo vitaal zijn op hun 80^{ste} als vroeger op hun 65^{ste}. Daarnaast geeft Manting aan dat na 2030 er een golf komt van ouderen die hun woning aanbieden. *“Op een gegeven moment vallen bij die mensen vrienden en familieleden weg en wordt hun netwerk kleiner”* (van Huet, 2018, 12 augustus). Vereenzaming is een risico en de behoefte om met gelijkgestemden dichterbij elkaar te wonen (kleinschalige woonvormen) neemt dan toe. Ouderen hebben dan de voordelen van het gezamenlijk wonen en behouden tegelijkertijd de volledige regie over hun eigen leven. Bovendien is dit een mooie oplossing voor echtparen, waarvan één van de partners extra zorg nodig heeft. Nu worden echtparen vaak gescheiden, omdat de gezonde partner niet mee kan verhuizen naar de zorginstelling. In kleinschalige woonvormen kunnen mensen in deze gevallen (langer) blijven samenwonen. Zeker de komende jaren, waarin de aanwas van ouderen eerst vooral uit ‘jonge’ en kwieke ouderen zal bestaan (die voor een deel ook meer mondig en vermogend zijn) zal de vraag naar deze woonvorm toenemen. Deze vorm kan zowel bestaan uit een gebouw met meerdere woonvoorzieningen of uit een aantal woningen die bij elkaar staan en met elkaar zijn verbonden door bijvoorbeeld één gezamenlijke huiskamerwoning. In principe is bij dergelijke voorzieningen een lichte vorm van ondersteuning afdoende. Inwonerinitiatieven kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Nu al zien we in de dorpen inwoners in actie komen voor het behoud van het verzorgingshuis of het creëren van een alternatief in hun dorp als sluiting dreigt. Daarbij stellen deze nieuwe ouderen andere eisen aan wonen, leven, zorg en recreatie. De eigen regie op het leven, levensovertuiging en zingeving worden belangrijker en vragen om andere vormen van zorg en ondersteuning.

Voorbeelden

Mooie voorbeelden zijn kleinschalige initiatieven als Klooster & Buren en GoudOud. Vaak is dit in samenwerking en partnerschap met formele zorg, die zich ook richt op het dichten van gaten in de keten van zorg. Deze vormen en initiatieven sluiten aan op de wensen van de inwoners zelf, aangezien ze voor en door de inwoners worden vorm gegeven.

Klooster & Buren wordt door het HANNN genoemd als één van de initiatieven die bijdragen aan de Blue Zone-ambitie. Wanneer je tijdens koffietijd het zorgpand van Klooster & Buren binnen loopt, zie je in de gemeenschappelijke ruimte iedereen bij elkaar komen. Bewoners, leidsters en kinderen van de kinderopvang, vrijwilligers, hulp- en zorgverleners, etc. Opvallend is de bijzonder prettige sfeer. In 2015 kocht de dorpencoöperatie Klooster & Buren van een zorgaanbieder het voormalige verzorgingshuis 't Olde Heem en ontwikkelde dit tot het kloppende hart van het dorp/de regio dat het nu is. Het zorgpersoneel is nu in dienst van de coöperatie en werkt als een zelfsturend team. Hierover zeggen zij zelf: “Het uitgangspunt daarbij is om te denken vanuit vitaliteit, niet vanuit afhankelijkheid: wat geeft iemand zelf aan nodig te hebben. Autonomie en zelfredzaamheid staan centraal en het team ondersteunt waar nodig. Deze werkwijze komt voort uit wat ouderen van boven de 80 en de mensen met een verstandelijke beperking tijdens de Ateliers voor de Zorg naar voren brachten”.

Ook GoudOud gaat uit van elementen die kunnen bijdragen aan gezond oud worden. De voorbeelden hier zijn de eetclubs waar gezonde voeding en bewegen centraal staan en de handwerkclub ter voorkoming van eenzaamheid. Het uitgangspunt is dat het leuk moet zijn om te doen. GoudOud zou graag het pand ‘Warfheem’ aankopen, dat midden in het dorp staat. Het gebouw is van Vestia en staat nu te verpauperen. De coöperatie beschikt echter tot nu toe niet over voldoende middelen om tot aankoop over te gaan.

5. Advies toekomstbestendige zorginfrastructuur

5.1 Preventie

Een toekomstbestendige zorginfrastructuur begint door de nadruk te leggen op het voorkomen van zorg en de leefwereld van de betrokkene hierbij te betrekken. Gezondheid en welzijn van de mensen staan voorop. Investeren in preventie en vroegsignalering zal ertoe leiden dat duurdere zorg voorkomen kan worden. Positieve gezondheid zal het uitgangspunt van de gezondheidszorg worden. Hierbij is het belangrijk dat mensen hun vaardigheden om gezond te zijn en blijven voldoende hebben ontwikkeld.

Speciale aandacht is nodig voor de mensen in het aardbevingsgebied. Inzetten op goede coaching/begeleiding van mensen (en vooral kinderen) met stress gerelateerde gezondheidsklachten als gevolg van de bevingen kan erger voorkomen.

Advies 1: Investeer in preventie(beleid) en vroegsignalering.

Zet als gemeente samen met zorgpartijen in op:

- Het ondersteunen en stimuleren van zelfmanagement en zelfregie;
- Het samenbrengen van partijen (oftewel: maak gebruik van ‘the capacity to covenen’);
- Het verminderen of voorkomen van gezondheidsklachten bij mensen door in te zetten op gezonde leefstijl. Sluit aan bij het Nationale Preventieprogramma;
- Maak gebruik van de subsidieregeling Preventiecoalities van VWS;
- Verbinding en samenwerking binnen en buiten de zorg faciliteren waarbij nadrukkelijk verbanden tussen de medische en sociale domeinen worden gezocht;
- Positieve gezondheid: investeer in het vergroten van het vermogen van mensen met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te kunnen gaan;
- Het programma ‘Welzijn op recept’;
- Verbetering van gezondheidsvaardigheden: dit kan door op lokaal niveau bijeenkomsten te organiseren, workshops te houden, beweging te stimuleren en gebruik te maken van digitale hulpmiddelen;
- Een leefstijladviseur of medewerker gezondheidsbevordering;
- Speciale programma’s ter vermindering van stress gerelateerde klachten van inwoners in het aardbevingsgebied.

5.2 Inzet inwonerkracht en inwonersparticipatie

In de gemeente Het Hogeland i.o. zijn op het gebied van zorg veel inwonerinitiatieven. Door de gemeente Het Hogeland i.o. worden deze ondersteund. Uit de interviews is gebleken dat men erg positief tegenover inwonerinitiatieven staat: deze initiatieven worden gezien als een krachtig instrument voor preventieve zorg. Doordat steeds meer kwetsbare mensen zelfstandig komen te wonen, is het daarnaast belangrijk over voldoende crisisopvangplekken te beschikken. Vrijwilligers en mantelzorgers zijn een bijzondere en belangrijke vorm van inwonerkracht. Met de komst van nieuwe ‘jonge, kwieke’ ouderen kan de gemeente deze informele zorgkrachten sterk benutten, wanneer het lukt om deze groep hiervoor te behouden. Goede ondersteuning is daarbij noodzakelijk, evenals het realiseren van een goede afstemming tussen formele en informele zorg. Thuiszorgorganisaties zetten daarbij al de eerste voorzichtige stappen, door bijvoorbeeld beeldtechniek tussen ouders en kinderen in te zetten. Waardering van mantelzorgers en vrijwilligers is eveneens een belangrijk instrument. En tot slot is het van belang om te investeren in de gezondheid van deze groep, bijvoorbeeld door middel van preventie.

Advies 2: Profiteer van de kracht van de inwoners

Belangrijke aandachtspunten en maatregelen om inwonerkracht tot stand te laten komen zijn:

- Inwonerinitiatieven te ondersteunen en te benutten die zijn gericht op de leefbaarheid van de dorpen en wijken. Dit sluit ook aan bij het visiedocument van de gemeente ‘Inwoners voorop in het Hogeland’;

- De rol van de overheid: om inwonersinitiatieven verder te helpen is een andere rol van de overheid nodig. Ambtenaren en bestuurders faciliteren, ondersteunen en verbinden. Op deze manier houd je de inwoners in de 'lead';
- Goede en tijdige voorlichting: binnen de dorpen kan soms onrust ontstaan door mogelijke sluiting van voorzieningen. Door tijdig en duidelijk te communiceren kan deze onrust gereduceerd worden;
- Meer vraaggericht werken: uitnodigen van inwoners om te komen met een idee/ initiatief. En wat ervoor nodig is om dit tot stand te laten komen;
- Het aantal mantelzorgers daalt binnen de gemeente. Daarnaast is overbelasting van mantelzorgers een groot risico. Binnen de gemeente Het Hogeland i.o. zijn relatief gezien veel ouderen. Mantelzorgers en vrijwilligers zijn dus van groot belang. De 'jonge, kwieke' oudere is een belangrijke groep die ingezet kan worden als mantelzorger of vrijwilliger;
- Door degelijke ondersteuning kunnen vrijwilligers zo lang mogelijk hun rol blijven vervullen. Een goede afstemming van vraag en aanbod is daarbij noodzakelijk;
- Zet in op respijtzorg. Mantelzorgers kunnen respijtzorg aanvragen om onder de 'zorgdruk' uit te komen. Zet hierop in, om de mantelzorger af en toe te ontlasten;
- Zorg voor voldoende crisisopvangplekken;
- Afstemmen formele en informele zorg: naast de druk op mantelzorgers neemt ook de druk op thuiszorgorganisaties toe. Ze vinden het vaak lastig om de professionele taak en de extra vragen van de cliënten te onderscheiden. Door formele en informele zorg goed te regelen, komen medewerkers minder in de knel te zitten;
- Zet in op het versterken van sociale cohesie. Burenhulp of het vragen van hulp aan bekenden vinden veel mensen lastig of dit wordt niet op prijs gesteld. Door een sterkere sociale cohesie kan deze verlegenheid om hulp te vragen verminderd worden;
- Rol van de dorpencoördinator. De dorpencoördinator heeft een belangrijke rol als *linking pin* tussen de gemeente en de inwoners. Hij/zij kan mensen met elkaar in contact brengen, vragen ophalen en zoeken naar de juiste antwoorden of personen die kunnen helpen. Vertrouwen en bekend zijn hierbij essentieel;
- Maak het Sociaal Team bekender en zichtbaarder. Het Sociaal Team kan ook ondersteunen bij inwonersinitiatieven of door mensen (en organisaties) aan elkaar te verbinden.

5.3 Inzet digitalisering

De maatschappij digitaliseert. Er zijn al veel ontwikkelingen gaande op het gebied van domotica, e-health en technologische toepassingen zoals apps, beeldbellen enzovoort. Uit de enquêtes onder thuiszorgorganisaties blijkt dat zij verwachten dat deze ontwikkelingen van invloed gaan zijn op de zorgvraag. Bij veel zorgaanbieders staan de technologische ontwikkelingen in de kinderschoenen. De mogelijkheden zijn er wel, maar worden nog niet altijd gebruikt vanwege kosten, onbekendheid of omdat het niet bij de doelgroep past. Toch hebben zorgprofessionals wel de behoefte om meer digitale middelen in te zetten, onder andere met als doel hun werkdruk te verminderen. In Het Hogeland i.o. zijn er op dit vlak relatief weinig gezamenlijke projecten vanuit de drie domeinen (gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor).

E-health kan bijdragen aan de gezondheid van mensen. Het kan helpen de zorg betaalbaar te houden, de zorg optimaal te organiseren en het biedt een mogelijke oplossing voor het personeelstekort in de zorg. Door technologische toepassingen kunnen mensen langer thuis blijven wonen en regie op hun eigen leven voeren. Ook kan technologie worden ingezet om eenzaamheid te voorkomen. Ook biedt het mogelijkheden om mantelzorgers te ontlasten.

De digitale ontwikkelingen gaan snel en daardoor zal er steeds vaker een beroep worden gedaan op digitale vaardigheden, zowel bij professionals als inwoners. Met name voor ouderen en laaggeletterden kan dit problemen opleveren. Inzetten op versterken van de digitale vaardigheden van deze groepen is dan ook aan te bevelen.

Advies 3: Digitalisering is een kans, maar zorg dat de zorg en de patiënt hierin worden meegenomen:

- Faciliteer professionals die minder thuis zijn in de omgang met digitalisering in de zorg;
- Stimuleer en faciliteer een samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor zodat de technologische ontwikkelingen in het zorgaanbod van Het Hogeland planmatig aangepakt kunnen worden en sneller tot stand komen;
- Stimuleer opleidingstrajecten voor de zorg meer in te gaan op technologische toepassingen;
- Zet programma's of workshops in om ouderen en laaggeletterden 'digivaardig' te maken (zoals het afgeronde project Verzoamelstee; (v)mbo-leerlingen leren ouderen om te gaan met i-pad);
- Betrek studenten en enthousiaste inwoners bij verschillende digitale projecten zoals Virtuele Thuiszorg/ Telezorg.

5.4 Optimale zorg door samenwerking

De vele vormen van formele en informele zorg en ondersteuning worden veelal apart van elkaar georganiseerd en verleend. Er zijn mensen die met hun zorgbehoefte niet op de juiste plek terecht komen; er zijn mensen die door veel verschillende mantelzorgers en professionals worden bijgestaan, maar daarmee niet geholpen zijn. Er zijn veel goede intenties om goede zorg en ondersteuning te leveren, maar te vaak met suboptimale gevolgen. Dit geldt binnen het sociaal en medische domein, maar ook zeker tussen deze domeinen. Het blijkt nog vaak te gaan om "gescheiden werelden" met elk een eigen taal, werkwijzen, mores en expertise. Mensen die te maken hebben met verschillende zorg- en hulpverleners ervaren de afzonderlijke perspectieven vaak als onduidelijk, belastend en tegenstrijdig. Dit vraagt om uitwisseling, samenwerking en regie.

Kortom: samenwerken zal in de toekomst een steeds belangrijkere rol gaan spelen in de gezondheidszorg. Het is belangrijk dat de partijen daarvoor ook tijd en ruimte krijgen. Samenwerking kan gestart worden aan de hand van praktische (deel)zaken en vanuit een gezamenlijk plan van aanpak. Voor dat laatste biedt een gebiedsscan, waarin duidelijk staat welke hulp- en zorgvragen in een gebied spelen, een uitstekend gezamenlijk vertrekpunt. Bij samenwerken tussen zorg, sociaal domein en informele zorg is het verstandig rekening te houden met het feit dat professionals binnen het sociaal domein (in het algemeen) verder zijn in het gedachtegoed van het 'kantelen' dan die binnen de andere twee domeinen. Aandacht voor de verschillen in taal en beleving bij de diverse partijen is essentieel.

De spreiding van de huisartsen in Het Hogeland i.o. is nu (nog) voldoende. Van groot belang is dat deze spreiding en het aantal praktijken tenminste op dit niveau blijven. Het opzetten van spreekuren in dorpen waar huisartsen verdwijnen door huisartsen die in de nabijheid zijn gevestigd, verdient ondersteuning vanuit de gemeente. Huisartsen zullen steeds meer de spil in het zorglandschap worden.

De inzet van POH-ers verlaagt de werkdruk van de huisarts. Bovendien blijken POH-ers drempelverlagend te werken voor inwoners van Het Hogeland i.o., waar hulp vaak laat wordt gevraagd. De toevoeging van een POH-er Jeugd en Gezin is eveneens waardevol en dient als een succesvol voorbeeld van samenwerking tussen het medische en sociale domein.

De poortwachtersfunctie tot de zorg ligt nu geheel bij de huisarts. Het is wenselijk deze functie in de toekomst te delen met anderen, waardoor de werkdruk van de huisarts kan worden verminderd. Professionals waarmee hij de poortwachtersfunctie kan delen hebben een signalerende functie, zoals mensen in de thuiszorg, van het FACT-team of van het Sociaal Team. Afstemming en samenwerking tussen deze professionals is wenselijk zodat vroegsignalering en preventie stevig neergezet kunnen worden. Een goede directe verbinding met een Wmo-medewerker wordt expliciet gevraagd en werkt eveneens werkdruk verlagend voor de huisarts.

Daarentegen zal de substitutie van de tweedelijnszorg naar de huisarts werkdruk verhogend zijn. Ook is het van belang om aandacht te hebben voor de inzet van thuiszorg tijdens incurante uren. Dit zal kostenbesparend zijn én bijdragen aan efficiëntere inzet van personeel. Tot slot constateren we bij de grotere zorgaanbieders de intentie en bereidheid om de samenwerking op te starten dan wel te

intensiveren om gezamenlijk de personeelskrapte het hoofd te bieden en de reorganisatie van de zorg te bewerkstelligen. Mobiele teams worden opgezet, personeel aan elkaar uitgeleend en plannen gemaakt om meer personeel te werven en op te leiden.

Advies 4: Stimuleer en ondersteun de samenwerking op het brede zorg- en hulppalet

- Maak voor een afgebakend zorggebied een gebiedsscan, waarin de zorg- en hulpvragen en het aanbod overzichtelijk bij elkaar staan. Op basis daarvan maken de relevante hulp- en zorgpartijen gezamenlijk een plan van aanpak, inclusief preventieve interventies;
- Zorg ervoor dat de partijen van zorg, sociaal domein en informele zorg elkaar leren te verstaan, zodat de zorg beter op elkaar afgestemd kan worden en de samenwerking wordt verbeterd;
- Ondersteun de huisartsen, door:
 - o Nieuwe huisartsen te verleiden zich in het gebied te vestigen;
 - o Daar waar huisartsen vertrekken spreekuren op te zetten;
 - o Inzet POH-Jeugd & Gezin uit te breiden;
 - o Samenwerking met WMO-medewerker(s) te realiseren;
 - o Het (ver)delen van de poortwachtersfunctie in gang te zetten.
- Faciliteer de thuiszorgorganisaties bij het beter organiseren van hun inzet tijdens incurante uren in de regio;
- Ondersteun zorgaanbieders indien nodig bij het reorganiseren van de zorginfrastructuur (hier met name de samenwerking bedoeld).

5.5 Personeelskrapte

De verwachting is dat er een (toekomstig) personeelstekort zal komen, met name van HBO-verpleegkundigen en huisartsen. In de interviews werd dit beeld bevestigd. Tegelijkertijd werden diverse ideeën en mogelijkheden aangedragen om dit probleem aan te pakken. Zorgaanbieders werken hier samen met de opleidingsinstituten aan. ELANN probeert samen met de huisartsen het verwachte huisartsentekort op te lossen.

Advies 5: Pak de verwachte personeelstekorten in de zorg vanuit diverse invalshoeken aan

Samengevat kan de personeelskrapte aangepakt worden door:

- Efficiënter en slimmer (samen) te werken;
- De zorgvraag te verminderen (preventie);
- Het werken in het gebied voor jonge mensen, bijvoorbeeld door innovatie, interessant en uitdagend maken;
- Het formeren van domein overstijgende specialistenteams;
- Inzetten van digitale oplossingen;
- In te zetten op het imago van Het Hogeland i.o.. Maak bekend dat deze regio een aantrekkelijke plek is om te werken en te wonen.

5.6 Spreiding voorzieningen en kleinschalig wonen

In de toekomst zal de zorg steeds meer (en beter) dichtbij de inwoners in hun eigen omgeving geleverd (kunnen) worden. Bovendien zal de zorgvraag door het inzetten van preventieve interventies verminderen en in een aantal gevallen voorkomen kunnen worden. Beide aspecten dragen bij aan een dalende behoefte aan grote zorginstellingen. Dit maakt grote zorginstellingen minder nodig en deze zullen dan ook plaatsmaken voor een beperkt aantal gespecialiseerde (kleinere) zorgcentra. Vanuit de zorgcentra worden specialistische mobiele teams in de regio ingezet, al dan niet via de huisarts.

Zoals hierboven al is aangegeven zijn inspanningen die tenminste het behoud van het aantal huisartsen in de gemeente waarborgen noodzakelijk. ELANN kan hier een belangrijke rol in vervullen. Om werkdruk te verlagen wordt ook de nodige ondersteuning vanuit de gemeente gevraagd. Tot slot is het zaak voldoende ELV en respijtbedden in de regio voor handen te hebben, om mogelijk te maken dat

mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Maak gebruik van de uitkomsten van het onderzoek dat ELANN hiernaar uitvoert (najaar 2018) en stel samen met de betrokken partijen, waaronder huisartsen, hiertoe een plan van aanpak op.

In tegenstelling tot de vraag naar verpleeghuiszorg zal de behoefte aan kleinschalige woonvormen naar verwachting sterk toenemen. Dit hoeft niet per se nieuwbouw te zijn, creatieve oplossingen zijn mogelijk. Een aantal leegstaande panden vlak bij elkaar kunnen mogelijk ook voldoen, al dan niet met wat aanpassingen. Ondersteuning van dergelijke inwonerinitiatieven wordt van harte aanbevolen, waarbij we nadrukkelijk meegeven gebruik te maken van de opgedane ervaring en kennis elders.

Advies 6: Zorg voor voldoende zorgfaciliteiten die lang(er) zelfstandig wonen mogelijk maken.

- Investeer in preventieve interventies die zorg voorkomen dan wel verminderen;
- Ondersteun activiteiten die het behoud van de huisartsen op het huidige niveau waarborgen (waaronder werkdruk verlagende inspanningen);
- Ondersteun en/of faciliteer een plan van aanpak voor voldoende ELV en respijtbedden;
- Stimuleer en ondersteun inwonerinitiatieven, met name die van kleinschalige woonvormen.

6. Conclusie

De kosten van de gezondheidszorg dreigen sterk toe te nemen in Nederland. Als er niets veranderd aan ons zorgbestel, komt vanzelf het moment dat gezondheidszorg niet meer voor iedereen betaalbaar is. Vanuit de Rijksoverheid is men gestart met een preventieprogramma, waarbij ze alle gemeenten nadrukkelijk uitnodigt hieraan deel te nemen.

Daarnaast stimuleert en faciliteert de Rijksoverheid dat de manier waarop we tegen de gezondheidszorg aankijken verandert. De nieuwe benadering stelt de mens centraal, zet stevig in op preventie en pleit voor een goede en efficiënte samenwerking tussen alle betrokken partijen. Met name dat laatste betekent dat het best kan worden uitgegaan van het adagium 'vorm volgt inhoud'. Wanneer de nieuwe samenwerkingsvormen tot stand komen, wordt vanzelf duidelijk of en hoe die samenwerking in gebouwen gebundeld zou kunnen worden.

Bovenstaande geldt ook voor Het Hogeland i.o. Deze gemeente heeft daarnaast te maken met de aardbevingsproblematiek en een dubbele vergrijzing in een groot uitgestrekt landelijk gebied. Het is derhalve een uitdaging om de zorg toekomstbestendig te maken.

Daarbij zijn vele partijen betrokken die ieder hun eigen rol en taak hebben: de landelijke, provinciale en lokale overheden, zorgkantoor en -verzekeraar, zorgaanbieders, het sociaal domein én de inwoners zelf.

Snelle successen stimuleren betrokkenen om de schouders er onder te blijven zetten. Met andere woorden: zet in op laaghangend fruit. In de gemeente Hogeland i.o. kunnen we hieronder de gevraagde samenwerking tussen thuiszorginstellingen scharen, alsmede de ondersteuning van de huisartsen op verschillende gebieden, waaronder de inzet van de POH Jeugd & Gezin. Aansluiten bij de nationale preventieprogramma's geeft effect op langere termijn.

Voor het opzetten van goede samenwerkingstrajecten is een gebiedsscan aan te bevelen. Vanuit een gezamenlijk zorgbeeld stellen professionals gezamenlijk een plan van aanpak op. Het is een pragmatische aanpak, die stimulerend werkt en ook weer snelle en goede resultaten kan opleveren.

Tot slot is het aan te bevelen opgedane kennis en ervaring lokaal met elkaar te delen, maar zeker ook landelijk. Hiertoe zijn diverse uitwisselingstrajecten opgezet. Er zijn ook verschillende financieringsstromen in het leven geroepen om 'de transformatie' in de zorg (zo snel als mogelijk) plaats te laten vinden.

Samengevat is inzet aan te bevelen op de volgende zaken:

- Preventie
- Stimuleren en faciliteren samenwerking tussen:
 - o Zorginstellingen onderling
 - o Het medische en sociale domein
 - o Formele en informele zorg
- Ondersteuning huisartsen
- Efficiënte organisatie thuiszorg tijdens incourante uren.

Bijlage 1: Literatuurlijst.

- ABF Research. (2017). *Primos bevolkingsprognose*. Geraadpleegd op:
<https://primos.abfresearch.nl/>
- Akse Media. (2018). *Digitale gemeentegids Het Hogeland*. Geraadpleegd op:
<https://hethogeland.smartmap.nl/>
- Alles is gezondheid. (z.d.). Geraadpleegd op 31 juli 2018, van <http://www.allesisgezondheid.nl/>
- Appelhof, J., Stiekema, F., Klein, S., & Joustra, R. (Eds.). (2018). Visie op inwonerskracht: inwoners voorop in Het Hogeland. Geraadpleegd op https://www.bmwe-gemeenten.nl/wat_en_waarom/inwonerkracht/inwoners_voorop_in_het_hogeland/
- Bakx, P.H.M., Wouterse, B., van Doorslaer, E., & Wong, A. (2018). Better off at home? Effects of a nursing home admission on costs, hospitalizations and survival. *Tinbergen Discussion Paper*, 18-60.
- Bijlsma, I., van den Brakel, J., van der Velden, R., & Allen J. (2016). *Regionale spreiding van geletterdheid in Nederland*. Geraadpleegd op https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/Regionale_spreiding_van_geletterdheid_in_Nederland.pdf
- Bureau HHM. (2017). *Toekomstperspectief op zorg in de aardbevingsregio*. Geraadpleegd op <https://www.nationaalcoordinatorgroningen.nl/downloads/rapporten/2017/oktober/19/adviesrapport-hhm-toekomstperspectief-op-zorg>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016). *Sociaaleconomische status*. Geraadpleegd op <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/regionaal-internationaal/regionaal#!node-laagopgeleide-bevolking-gemeente>
- CMO STAMM. (2014). *Anticiperen op verwacht huisartsentekort quickscan voor de noordelijke provincies*. Geraadpleegd op <https://cmostamm.nl/wordpress/wp-content/uploads/Anticiperen-op-verwacht-huisartsentekort-quick-scan-voor-de-noordelijke-provincies-definitief.pdf>
- CMO STAMM. (2017). *Burgerinitiatieven zorg & ondersteuning in de provincie Groningen*. Geraadpleegd op <https://sociaalplanbureau Groningen.nl/wordpress/wp-content/uploads/2018/01/Rapport-Burgerinitiatieven-Zorg-Ondersteuning-2017.pdf>
- de Jong, W. (2018). Gemeente Het Hogeland i.o.: Integrale teams sociaal domein - De Nieuwe Route
- de Jong, A. en Verheul R. (2017). Vast grond gezocht: Kinderen en jongeren in het aardbevingsgebied.
- Doekhie, K. D., de Veer, A. J. E., Rademakers, J.J.D.M., Schellevis, F.G., & Francke, A.L. (2014). *Ouderen van de toekomst: verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Geraadpleegd op <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf>
- Doornbos, K. (2017). *Arbeidsmarkt Zorg Welzijn Noord-Nederland 2017*. Geraadpleegd op <https://www.zorgpleinnoord.nl/media/documents/Arbeidsmarktverkenning-2017.pdf>

- ESB Gezondheidszorg. (2018). *Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op <https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=56964fe8-e6e1-4a38-b0fc-adbab5cf8476&type=PDF>
- Gemeente Winsum. (2013, 21 mei). *Nota Lokaal gezondheidsbeleid. Besluitvorming gemeente Winsum, vergadering 7*, pp. 3. Geraadpleegd op <https://bestuur.winsum.nl/>
- GGD Groningen. (2017). *Gezondheidsprofiel volwassenen 2016*. Geraadpleegd op <https://ggd.groningen.nl/app/uploads/2017/11/Gezondheidsprofiel-volwassen-2016.pdf>
- GGD Groningen¹. (2017). *Gezondheidsprofiel ouderen 2016*. Geraadpleegd op <https://ggd.groningen.nl/app/uploads/2017/12/Gezondheidsprofiel-ouderen-2016.pdf>
- Heilbron, B., & Koopman, E. (2018, 8 augustus). *Artsen zien praktische bewaren bij nieuw patiëntdossier*. Geraadpleegd op <https://www.platform-investico.nl/artikel/artsen-zien-praktische-bezwaren-bij-nieuw-patientdossier/>
- Instituut voor positieve gezondheid. (2017). *6 pijlers van positieve gezondheid* [spinnenwebmodel]. Geraadpleegd op <https://mijnpositievegezondheid.nl/tools/positieve-gezondheid/>
- Jansen, D., Spreeuwenberg, P., & Heijmans, M. (2012). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken*. Geraadpleegd op <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ontwikkelingen-in-de-zorg-voor-chronisch-zieken.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid (2018). *Programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-a-langer-thuis/programma-langer-thuis.pdf>
- Pharos. (2016). *Factsheet Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Geraadpleegd op https://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf
- Planbureau voor de Leefomgeving. (2018, 29 maart). *Sterke daling van de potentiële mantelzorgers in de toekomst*. Geraadpleegd op <http://www.pbl.nl/nieuws/nieuwsberichten/2018/sterke-daling-van-potentiele-mantelzorgers-in-de-toekomst>
- Postmes, T., Lekander, B., Stroebe, K. E., Greven, F., & Broer, J. (2017). *Aardbeving en Gezondheid 2016*. Geraadpleegd op <https://www.groningsperspectief.nl/wp-content/uploads/2018/02/Aardbeving-en-gezondheid-2016.pdf>
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2011). *Advies Medisch Specialistische Zorg in 20/20: dichtbij en ver weg*. Geraadpleegd op https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Webversie_medspeczorg.pdf
- Raad voor de Volksgezondheid. (2015). *Dossier Consumenten-eHealth: samenvatting achtergrondstudies*. Geraadpleegd op https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Dossier_eHealth_Zelfmanagement_en_Gezondheidsvaardigheden.pdf & <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/ehealth/consumenten-ehealth>

- Rapport Taskforce. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek: wie durft*. Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf>
- Rijksoverheid. (2014). *Nationaal Programma Preventie*. Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-programma-preventie>
- SamenOud. (z.d.). *Over SamenOud*. Geraadpleegd op 31 juli 2018, van <https://www.samenoud.nl/over-samenoud/zo-werkt-samenoud/>
- Siegers, A. (2016). *De Nieuwe Route*. Zwaag, Nederland: Pumbo.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2018). *Statusscores*. Geraadpleegd op: https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Statusscores
- Sociaal Planbureau Groningen. (2017). Bevolkingsontwikkeling. In *Leefbaarheidsmonitor*. Geraadpleegd op <https://sociaalplanbureau groningen.nl/leefbaarheid/bevolking/bevolkingsontwikkeling/>
- Sociaal Planbureau Groningen¹. (2017). Ontgroening en vergrijzing. In *Leefbaarheidsmonitor*. Geraadpleegd op <https://sociaalplanbureau groningen.nl/leefbaarheid/bevolking/ontgroening-en-vergrijzing/>
- Sociaal Planbureau Groningen. (2018). *Ontwikkelingen in (langdurig) laag inkomen*. Geraadpleegd op <https://sociaalplanbureau groningen.nl/armoede/lage-inkomens/>
- van der Weegen, S., Cornelisse, L., van der Sande, R., Boshuizen, D., Redeker, I., Sluikerbuijk, S., & Dijkhuizen, J. (2018). *Technologie in de langdurige zorg: inspiratie & mogelijkheden*. Geraadpleegd op [https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/inspiratiebox - technologie-in-de-langdurende-zorg.pdf](https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/inspiratiebox-technologie-in-de-langdurende-zorg.pdf)
- van Huet, B. (2018, 12 augustus). Hoogleraar: Straks zijn we net zo vitaal op ons 80ste als vroeger op ons 65^{ste}. *Algemeen Dagblad*, p 1. Geraadpleegd op <https://www.ad.nl>
- Vektis. (2015). *Zorggebruikers*. Geraadpleegd op https://www.waarstaatjegemeente.nl/jive?var=%20hartf_acp,%20reu_acp,%20copda_acp,%20diab_acp,%20kan_acp
- Vesseur, J. (2018, 14 augustus). Wat is de sleutel tot succesvolle zorginnovatie? Geraadpleegd op <https://www.vilans.nl/artikelen/wat-is-de-sleutel-tot-succesvolle-zorginnovatie>
- Vilans. (2016). *Technologie bij dementie thuis: ondersteunende technologieën per fase voor thuiswonende mensen met dementie*. Geraadpleegd op http://www.domoticawonenzorg.nl/Site_Domotica/docs/overzicht-technologie-hulpmiddel-dementie.pdf
- ZorgenZ. (2018, 8 augustus). *Zorgverleners uiten hun twijfels over PGO*. Geraadpleegd op <https://zorgenz.nl/actueel/twijfels-en-praktische-bezwaren-bij-zorgverleners-over-pgo/>
- Zorgverzekeraars Nederland (2017). *Ambitie 2025: de visie van zorgverzekeraars op de toekomst van de zorg en hun eigen rol daarbij*. Geraadpleegd op <https://assets.zn.nl/p/32768/Ambitie%202025.pdf>

Bijlage 2: Lijst van geïnterviewden.

Om de toekomstbestendige zorginfrastructuur in te kunnen richten en om tot een gedragen visie te komen is er input nodig van alle betrokken partijen. Samen met de opdrachtgever zijn de volgende organisaties en contactpersonen benadert voor een interview over de visie op de zorg in de gemeente Het Hogeland. In totaal zijn er eenendertig interviews afgenomen. Deze interviews zijn onder te verdelen in drie categorieën. Als eerste is er met de zorgaanbieders, gemeente, provincie en zorginstellingen gesproken over de toekomst visie op de zorg in Het Hogeland, zie tabel 1. Vervolgens zijn er enquêtes verstuurd naar huisartsenpraktijken en naar de thuiszorgorganisatie binnen het gebied. Beide hadden de mogelijkheid de eigen visie verder toe te lichten in een mondeling gesprek. Zie tabel 2 voor de contactpersonen van de thuiszorgorganisaties en tabel 3 voor de huisartsenpraktijken die hiermee ingestemd hebben.

Tabel 1: Interviews visie op zorg

Interview toekomstbestendige zorginfrastructuur		
Organisatie:	Naam:	Functie:
NCG	Ursala Hendriks	Adviseur
Menzis zorgkantoor	Jan Megens	Manager WLZ
Provincie Groningen	Dorine Sibbes	Programmamanager Leefbaarheid
Gemeente Eemsmond	Sandra Herkströter	Wethouder gemeente Eemsmond
	Nanda Pellenbarg	Programmamanager aardbevingen gemeente BMWE
	Gerard Kleinsmit	Beleidsregisseur gemeente Eemsmond
Gemeente Bedum	Robert Bolt	Manager Sociaal Domein gemeente BMWE
	Wieke de Jong,	Beoogd teamcoach sociaal teams gemeente Het Hogeland i.o.
	Jeroen van Neer	Beleidsadviseur Sociaal Domein gemeente BMWE
	Froukje Stiekema	Beleidsadviseur Sociaal Domein gemeente BMWE
Adviesraad Het Hogeland	Egbert Kruidhof	Voorzitter
	Sietse Olinga	Penningmeester
	Corrie Alblas	Secretaris
De Hoven	Jannie Nijlunsing	Bestuurder
Zonnehuisgroep Noord	Karles van Zwam	Manager projecten
Fusieorganisatie Van Julsingha en 't Gerack	Geke Blokzijl	Bestuurder
's Heeren Loo	Dytmer Hettinga	Regiodirecteur Noord- Oost Nederland
	Brent Bednarsky	Beleidsmedewerker
Cosis	Ria Stegehuis	Voorzitter Raad van Bestuur
Sprank	Marco Martens	Sectormanager
Lentis	Yonas Tewolde	GGZ expert
ELANN	Hinda Stegeman	Bestuurder
St. De Pool Eerstelijnszorg	Bob Meijer	Huisarts Warffum
	Erwin Kok	Manager De Pool
Dorpencoördinatoren	Jolanda Dijkhuis	Dorpencoördinator gemeente Bedum
	Janet Appelhof	Dorpencoördinator gemeente Winsum
	Kiona Stel	Dorpencoördinator gemeente Eemsmond
GoudOud Warffum	Francie Kaaijk-Jacobs	Voorzitter
Coöperatie Klooster&Buren	Anne Hilderink	Bestuurslid

Onder de thuiszorg organisaties is de enquête “Thuiszorg” verspreid. Deze enquête is in totaal naar negentien thuiszorg organisaties verstuurd. Twaalf thuiszorgorganisaties hebben deze enquête ingevuld. Vijf thuiszorg organisaties hebben aangegeven naar aanleiding van de enquête gebruik te

willen maken van de mogelijkheid de eigen visie toe te lichten in een interview. Onderstaande contactpersonen zijn geïnterviewd:

Tabel 2: Interview thuiszorgorganisaties

Interview naar aanleiding van de thuiszorg-enquête		
Organisatie:	Naam:	Functie:
Thuiszorg Noord (onderdeel fusieorganisatie Van Jursingha en 't Gerack)	Riekje Elema	Manager Zorg
Thuiszorg De Hoven	Carina Bakker	Regisserend wijkverpleegkundige
Buurtzorg Eemsmond	Carolien Reininga	Verpleegkundige
Buurtzorg Bedum 1 en 2	Jolien Pijper	Verpleegkundige
Buurtzorg De Marne/ Leens	Lianne	Verpleegkundige
	Froukje	Verpleegkundige
	Karianne Kamstra	Verzorgende

Onder de huisartsenpraktijken in de gemeente Het Hogeland is de enquête "Huisarts" verspreid. Vijf verschillende huisartsenpraktijken hebben deze enquête ingevuld. Drie huisartsenpraktijken hebben aangegeven naar aanleiding van de enquête gebruik te willen maken van de mogelijkheid de eigen visie toe te lichten in een interview. Onderstaande contactpersonen zijn geïnterviewd:

Tabel 3: Interviews huisartsenpraktijken

Interview naar aanleiding van de huisarts-enquête		
Organisatie:	Naam:	Functie:
Huisarts	K. Veen	Huisarts in Uithuizen
Huisarts	E. van de Riet	Huisarts in Zoutkamp
Huisarts	S. Woltjer	Huisarts in Usquert

Bijlage 3: Ontwikkelingen en cijfers.

Hoofdstuk 2:

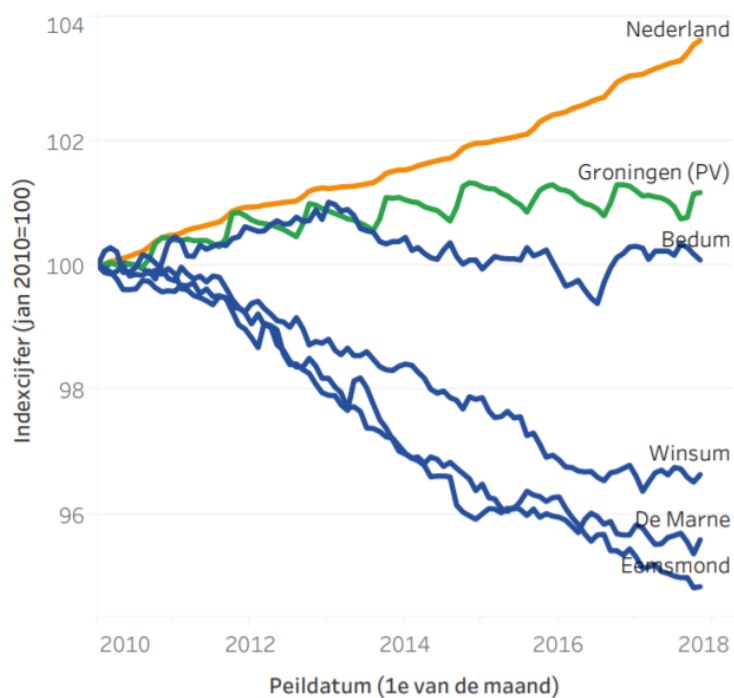
Overzicht en prognose van het aantal indicaties:

	2017	2030	BRON: Bureau HHM (2017) Hoofdstuk 3: Bevolkingsontwikkeling
Ouderenzorg			
VV intramuraal (zzp 4-8)	625	907	
VV intramuraal (zzp 1-3)	69	99	
Geriatrische revalidatiezorg	125	198	
Eerste Lijn verblijf	94	145	
Gehandicaptenzorg			
VG intramuraal (zzp 3 - 8)	295	298	
VG intramuraal (zzp 1-2)	11	11	
LG intramuraal	39	36	
Geestelijke Gezondheidszorg			
GGZ verblijf met behandeling	88	83	
GGZ beschermd wonen (BW hoog intensief)	20	19	
GGZ beschermd wonen (BW laag intensief)	61	57	
Dagbesteding WMO	360	386	

	De Marne	Bedum	Winsum	Eemsmond
2016	10101	10433	13633	15815
2018	10058	10475	13560	15553
2020	9870	10298	13385	15226
2025	9431	10065	12975	14475
2030	8983	9813	12639	13852
2035	8555	9653	12469	13292
2040	8131	9417	12450	12684
2045	7774	9252	12433	12001
2050	7380	9192	12334	11365

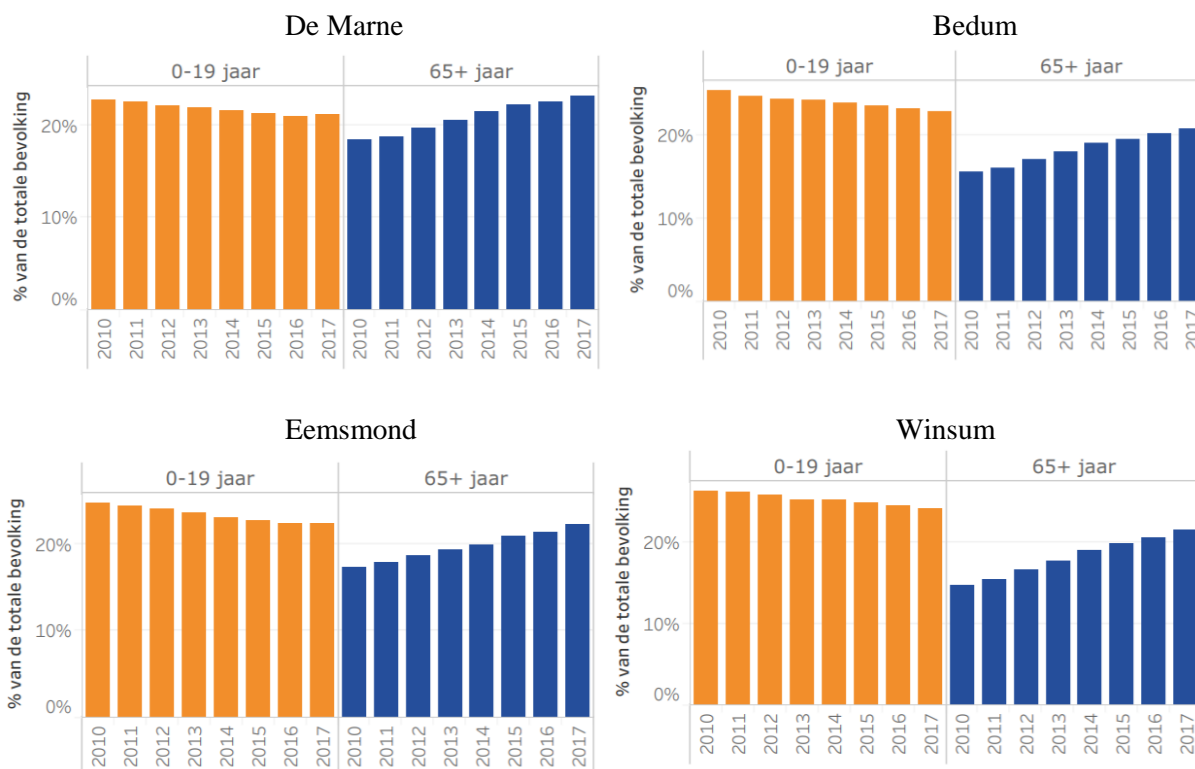
BRON: ABF Research (2017)

Bevolkingsontwikkeling per maand (periode 01-01-2010 tot 01-11-2017)



BRON: Sociaal Planbureau Groningen (2017)

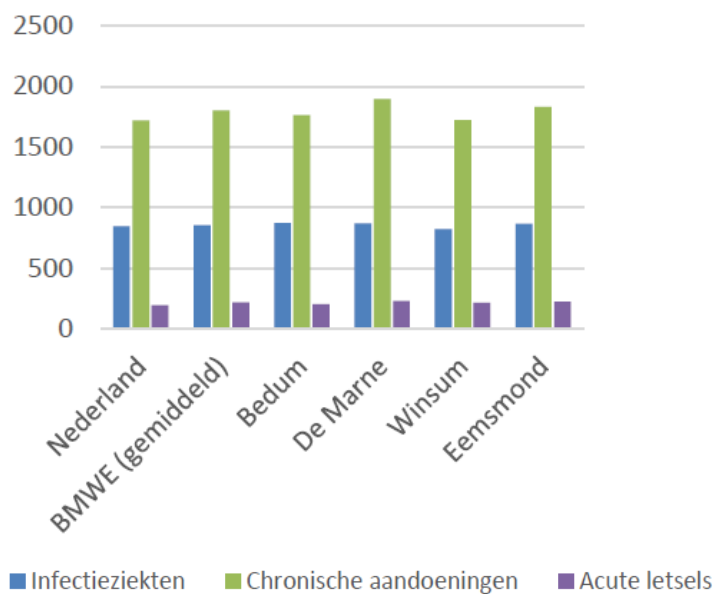
Demografische druk: ontgroening en vergrijzing 2010-2017



BRON: Sociaal Planbureau Groningen¹ (2017)

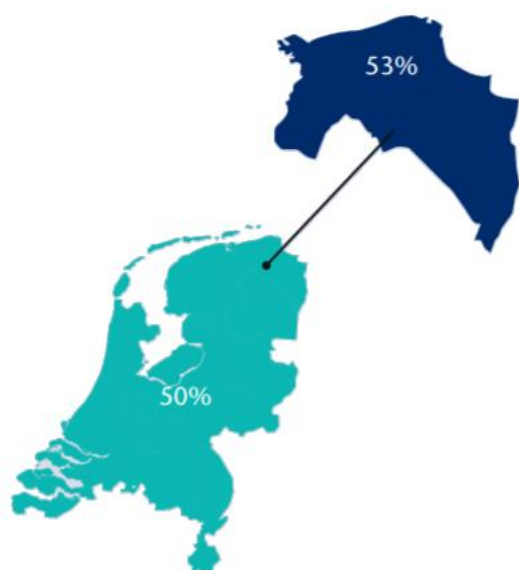
Chronische aandoeningen

Huisartsencontact naar ziektecluster (per 1000 inwoners)



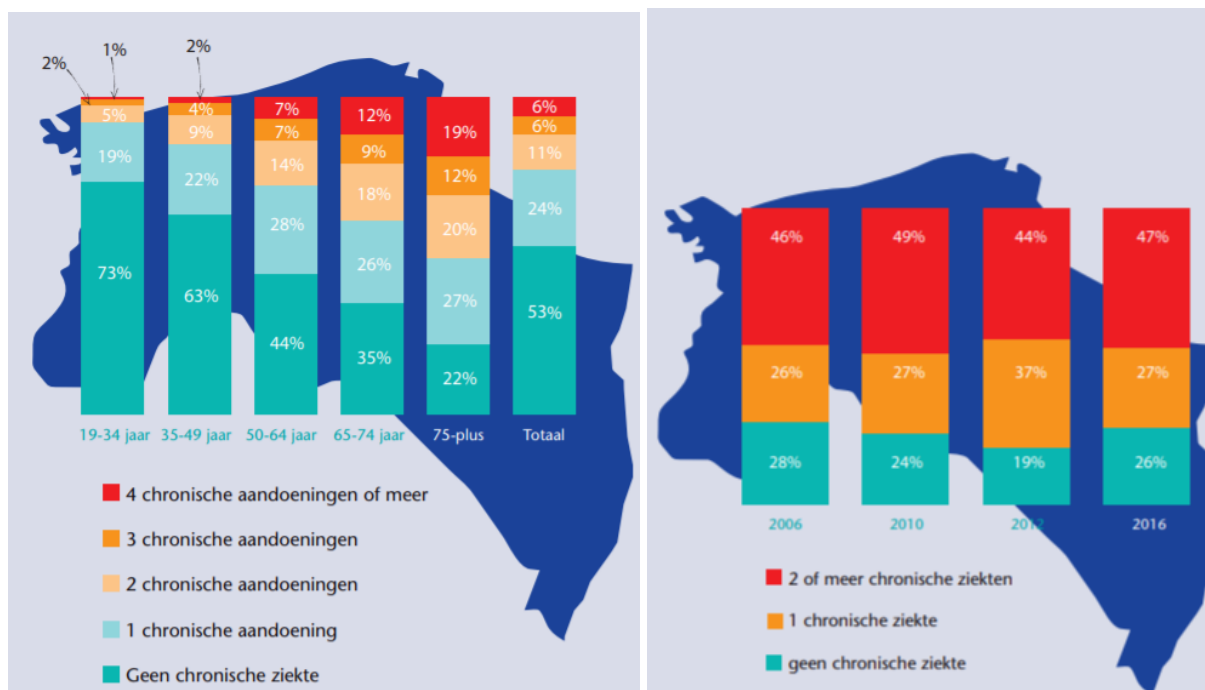
BRON: Bureau HHM (2017)

Ouderen¹ die minimaal één chronische ziekte hebben in de provincie Groningen ten opzichte van Nederland, 2016, (%)

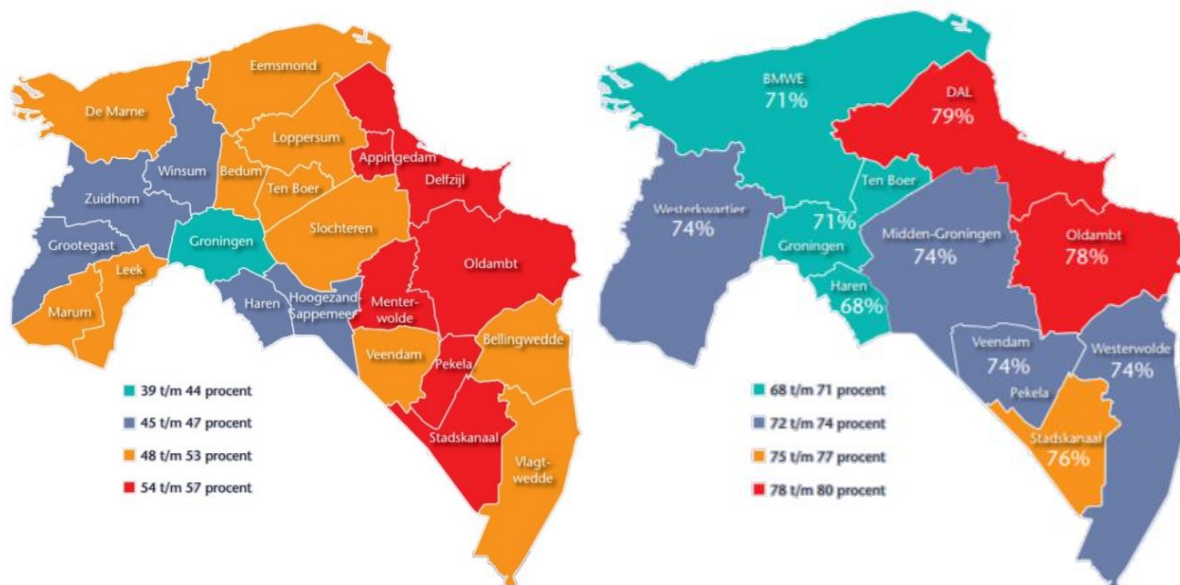


¹ Als in deze bijlage volwassenen wordt vermeld dan gaat het om mensen die 19+ zijn en als het over ouderen gaat dan zijn dit mensen van 65+ (GGD Groningen, 2017 & GGD Groningen¹, 2017).

Aantal chronische ziekten onder volwassenen in de provincie Groningen, naar leeftijd, 2016, (%) Chronische ziekten onder ouderen in de provincie Groningen, 2006-2016, (%)



Tenminste één chronische ziekte onder volwassenen naar gemeente, 2016, (%) Ouderen die minimaal één chronische ziekte hebben naar regio, provincie Groningen, 2016, (%)



BRONNEN: GGD Groningen (2017) & GGD Groningen¹ (2017)

Percentages en aantallen chronisch zieken

	Bedum	De Marne	Eemsum	Winsum	Nederland
Hartfalen - % Patiënten/Cliënten van totaal verzekerden	3,50%	4,60%	4,80%	3,60%	3,60%
Reuma - % Patiënten/Cliënten van totaal verzekerden	1,90%	2,20%	2,20%	2,20%	1,90%
COPD en Astma - % Patiënten/Cliënten van totaal verzekerden	5,00%	4,70%	4,80%	4,20%	4,20%
Diabetes - % Patiënten/Cliënten van totaal verzekerden	2,30%	2,40%	3,20%	1,90%	2,20%
Kanker - % Patiënten/Cliënten van totaal verzekerden	3,60%	4,40%	4,80%	3,90%	3,40%

	Bedum	De Marne	Winsum	Eemsum
COPD en Astma - Patiënten/Cliënten	524	474	572	761
Hartfalen - Patiënten/Cliënten	368	470	496	764
Diabetes - Patiënten/Cliënten	239	244	266	502
Reuma - Patiënten/Cliënten	204	223	298	352
Kanker - Patiënten/Cliënten	376	446	531	759

BRON: Vektis (2015)

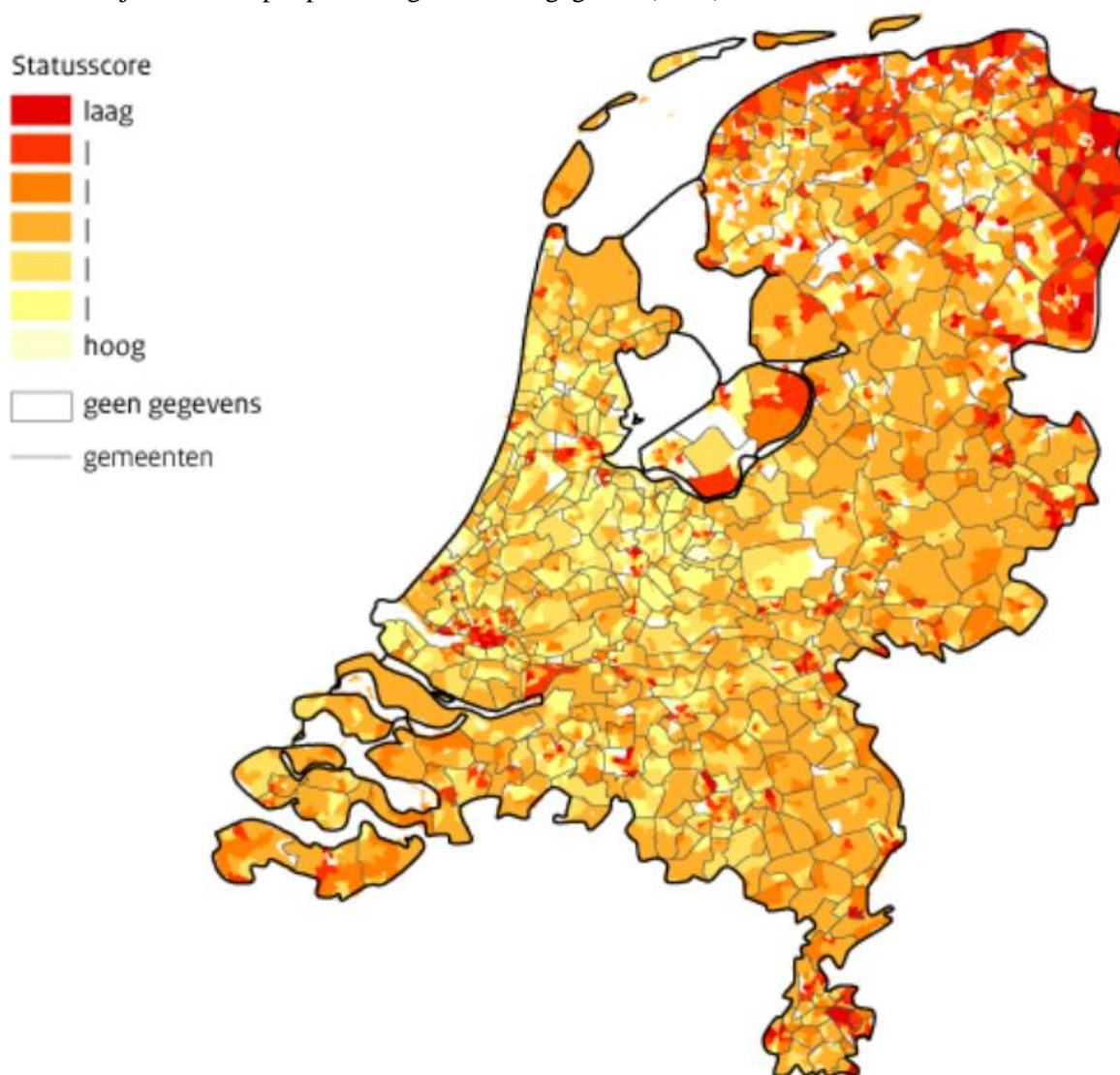
Sociaaleconomische status

Nederland kent in 2016 3566 postcodewijken, waarvan 31 in de gemeente Het Hogeland. Deze wijken bevinden zich als volgt in de ranking:

Ranking	Plaats op de ranking				
	De Marne	Winsum	Eemsmond	Bedum	Hogeland
< 500	0	0	0	0	0
500 – 1000	0	2	0	1	3
1000 – 1500	0	1	0	1	2
1500 – 2000	0	1	0	0	1
2000 – 2500	3	1	2	0	6
2500 – 3000	3	2	4	1	8
3000 - 3500	5	1	4	1	11
3500 >	0	0	0	0	0

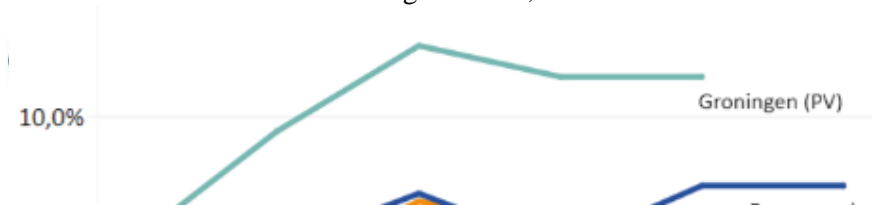
Er zijn negentien postcodewijken in Het Hogeland die aardig hoog op de ranking staan en waar de inwoners een laag sociaal economische status hebben.

Op de kaart zijn de scores per postcodegebied weergegeven (2016).



BRON: Sociaal en Cultureel Planbureau (2018)

Aandeel huishoudens met een laag inkomen, 2011-2016





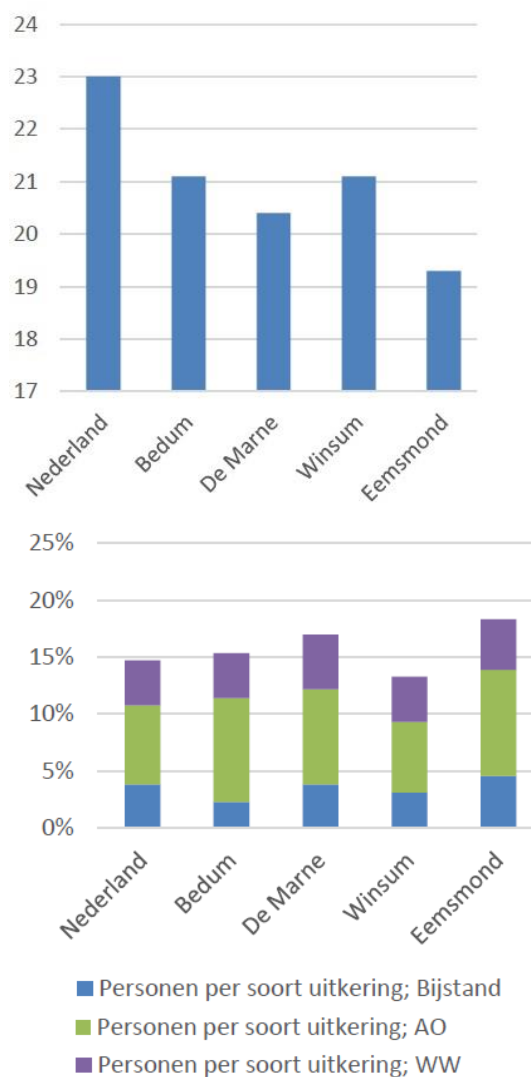
Aandeel huishoudens met een langdurig laag inkomen, 2014-2016



BRON: Sociaal planbureau Groningen (2018)

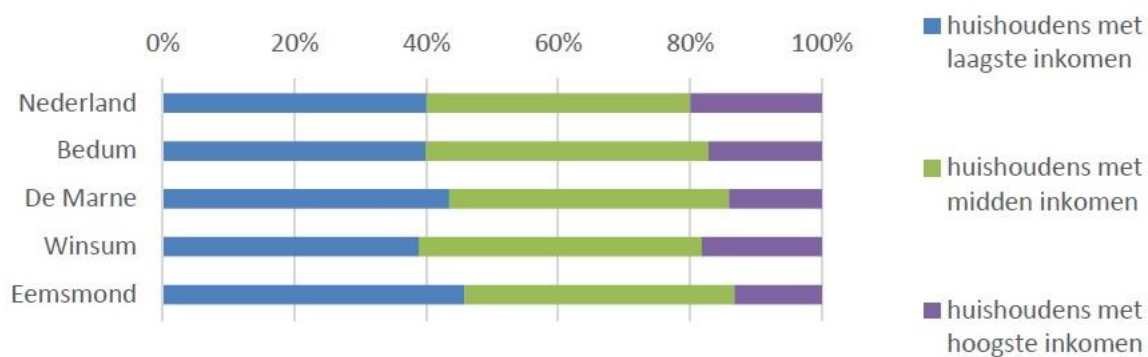
Gemiddeld jaarinkomen per inwoner (x €1000)

Uitkeringen

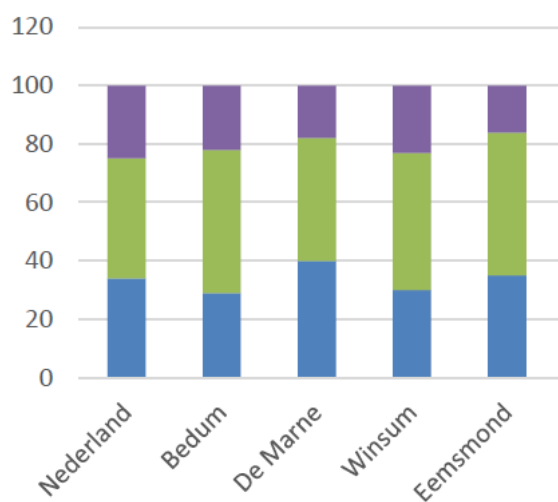


% ten opzichte van bevolking 15 tot 65 jaar

Laag, midden en hoog gemiddeld besteedbaar inkomen per huishouden



Hoogst behaalde opleidingsniveau



■ lager onderwijs ■ middelbaar onderwijs ■ hoger onderwijs

BRON: Bureau HHM (2017)

Percentages hoog- en laagopgeleiden

Gemeente	% hoogopgeleiden (afgeronde HBO- of WO-opleiding) (2015)
De Marne	12,5
Winsum	30
Eemsmond	16,7
Bedum	25
Nederland (gemiddelde)	29
Hogeland (gemiddelde)	21

Gemeente	% laagopgeleiden (afgeronde basisonderwijs, v(m)bo, mavo, mbo-1) (2015)
De Marne	25
Winsum	30
Eemsmond	33,3
Bedum	25
Nederland (gemiddelde)	30
Hogeland (gemiddelde)	28

BRON: Centraal Bureau voor de Statistiek (2016)

Laaggeletterdheid

Gemiddeld geletterdheid en percentage geletterden per regio

	Maatstaven van geletterdheid (16-65 jaar)		Absolute aantallen laaggeletterden		
	Gemiddelde geletterdheid	Percentage Laaggeletterden	Aantal laaggeletterden ondergrens	Aantal laaggeletterden bovengrens	Inwoner-aantal 15-65 jaar
Bedum/De Marne/Eemsmond/Ten Boer/Winsum	Rond landelijk gemiddelde (282-286)	13-16%	4700	5700	38000

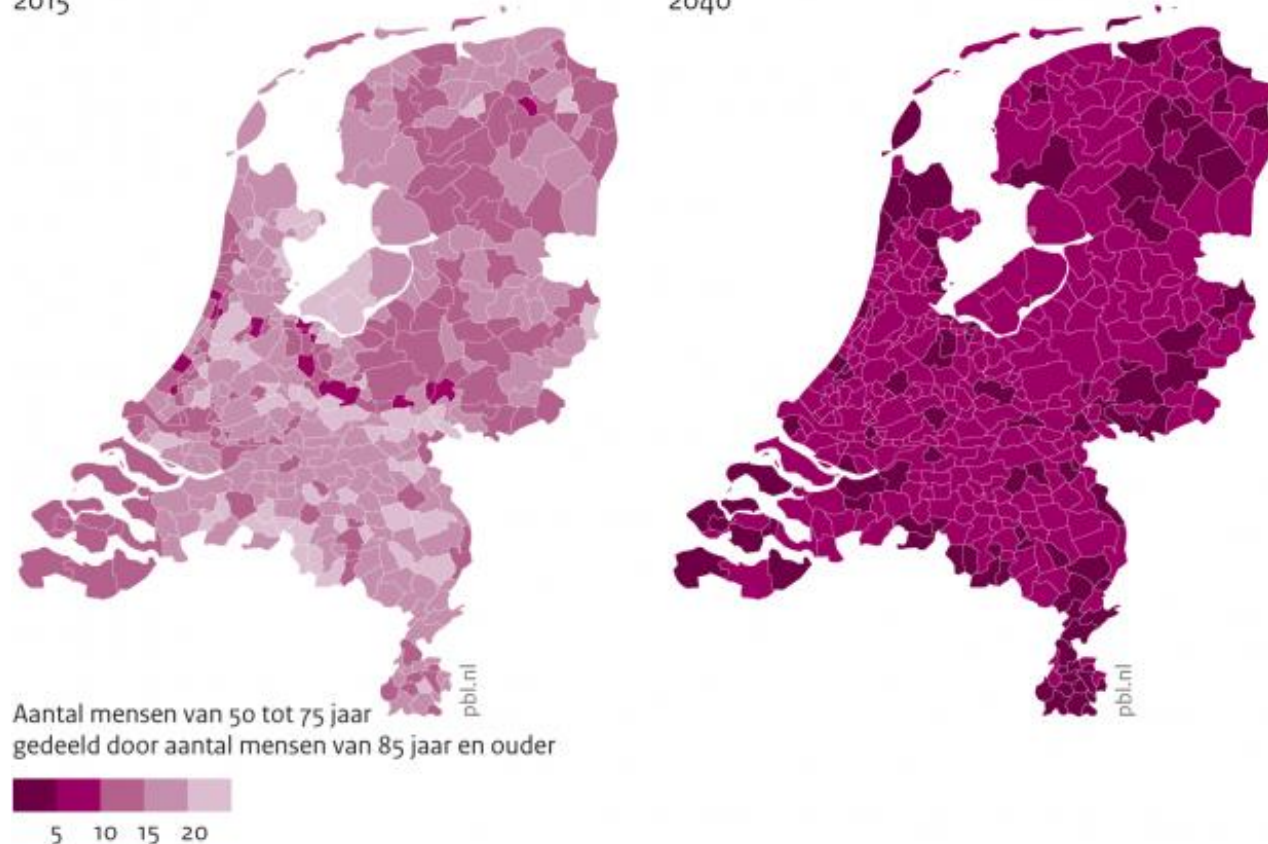
BRON: Bijlsma, van den Brakel, van der Velden & Allen (2016)

Mantelzorg

Oldest old support ratio per gemeente

2015

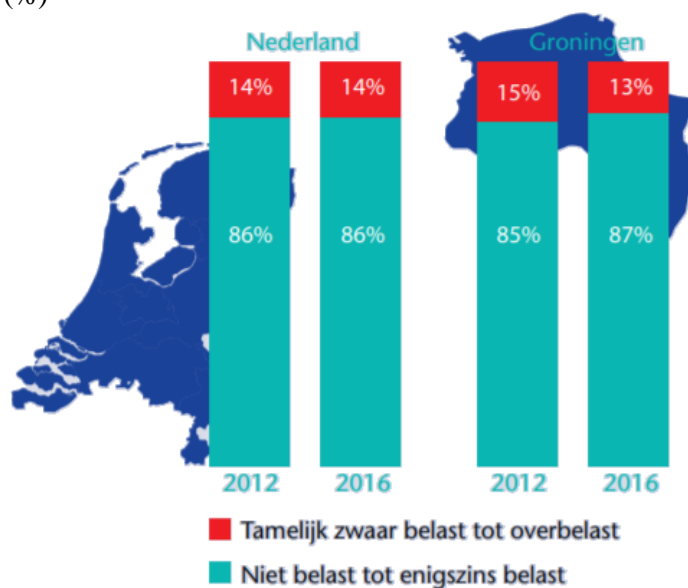
2040



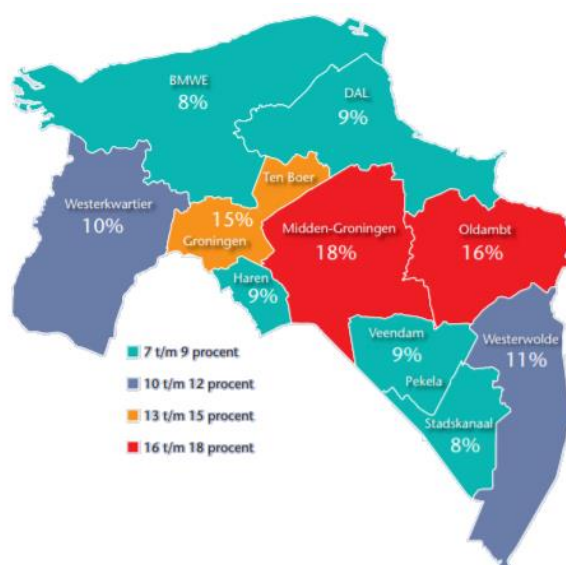
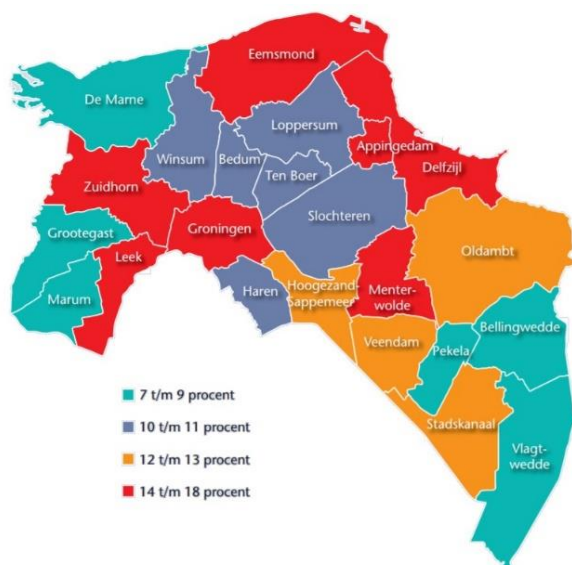
BRON: Planbureau voor de Leefomgeving (2018)

In 2015 kunnen 15 mensen informele zorg verlenen aan één hoogbejaarde. In kleine gemeenten ligt dat lager. In 2040 kunnen nog maar 6 mensen potentieel informele zorg bieden aan één hoogbejaarde. In sterk vergrijsde plattelandsgemeenten zal dit aantal nog lager liggen.

Belasting mantelzorger onder volwassenen in de provincie Groningen en Nederland, 2012 en 2016, (%)

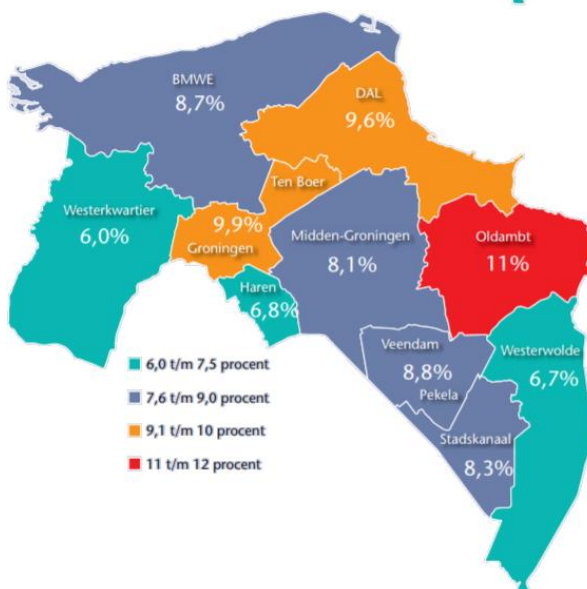
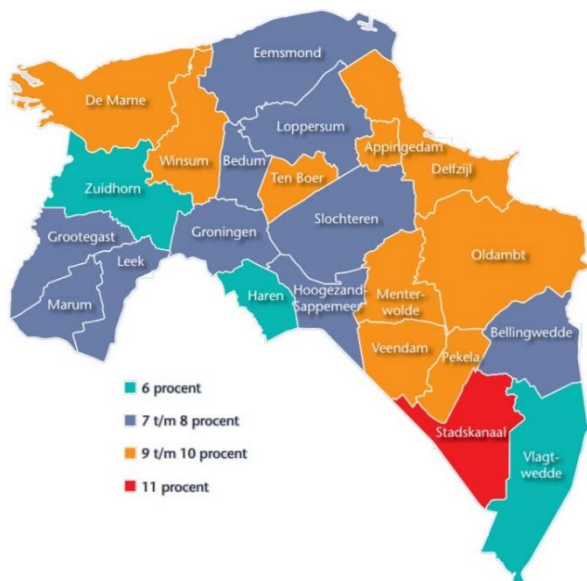


Belasting mantelzorgers onder volwassenen naar gemeenten, provincie Groningen 2016, (%)



Ernstige eenzaamheid onder volwassenen naar gemeente, provincie Groningen, 2016, (%)

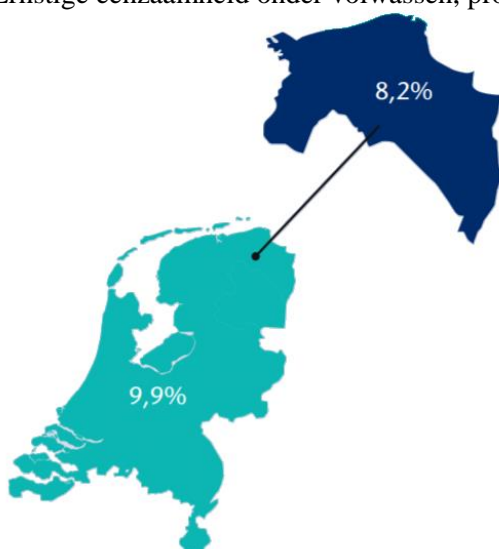
(Zeer) ernstige eenzaamheid onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016, (%)



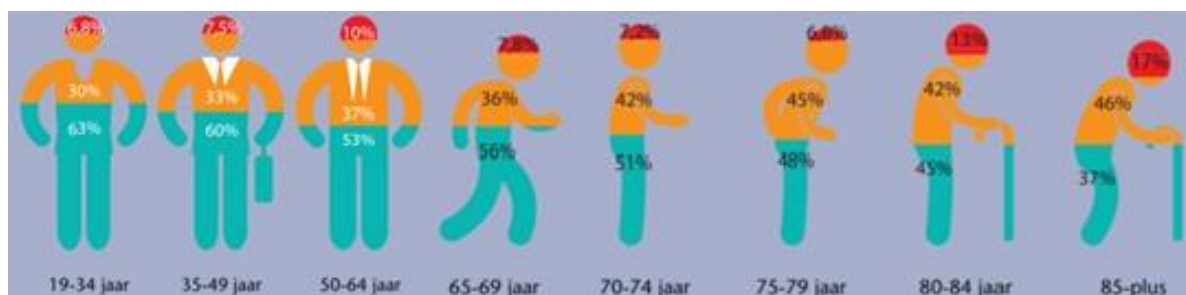
BRONNEN: GGD Groningen (2017) & GGD Groningen¹ (2017)

Eenzaamheid

Ernstige eenzaamheid onder volwassenen, provincie Groningen ten opzichte van Nederland, 2016, (%)

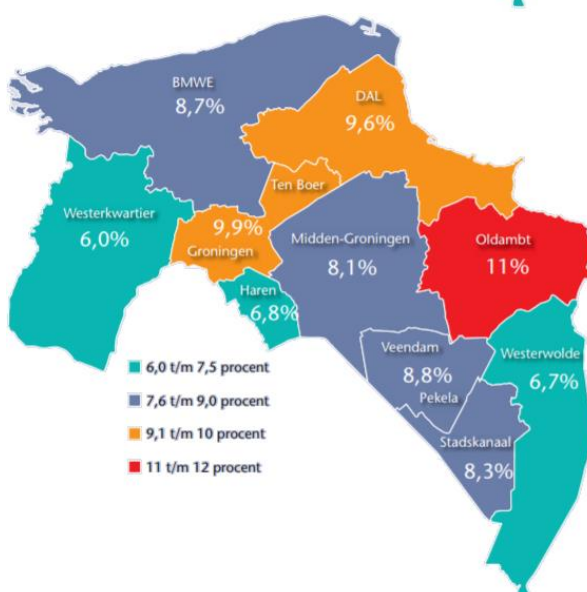
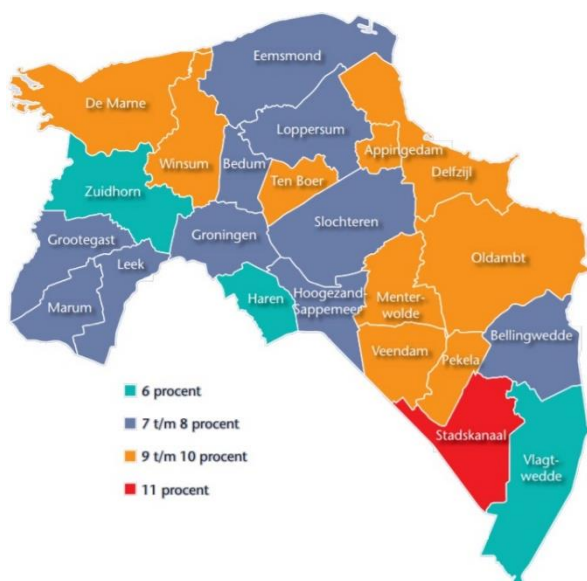


Mate van eenzaamheid naar leeftijd, provincie Groningen, 2016, (%)



Ernstige eenzaamheid onder volwassenen naar gemeente, provincie Groningen, 2016, (%)

(Zeer) ernstige eenzaamheid onder ouderen naar regio, provincie Groningen, 2016, (%)



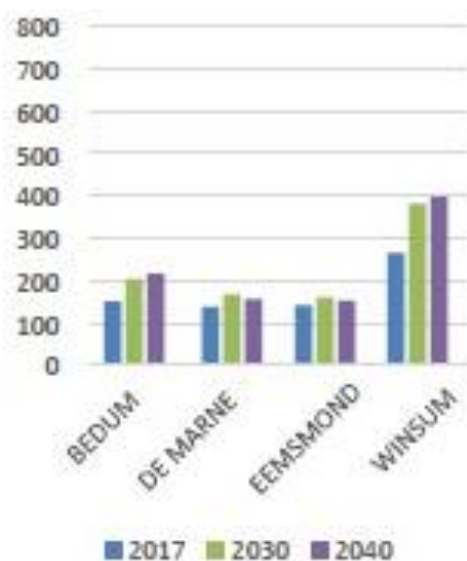
Mate van eenzaamheid naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016, (%)



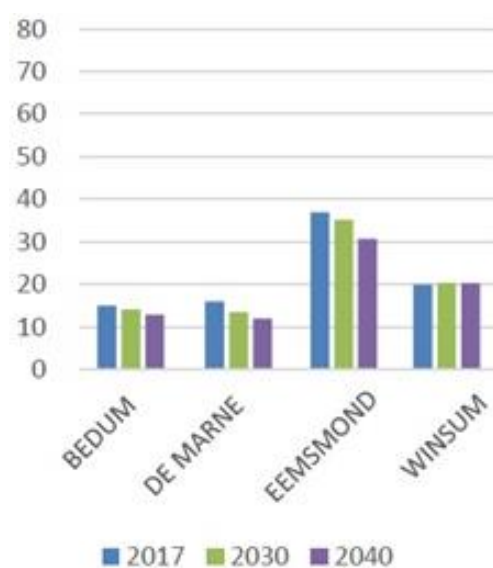
BRONNEN: GGD Groningen (2017) & GGD Groningen¹ (2017)

Toekomstbeelden zorg

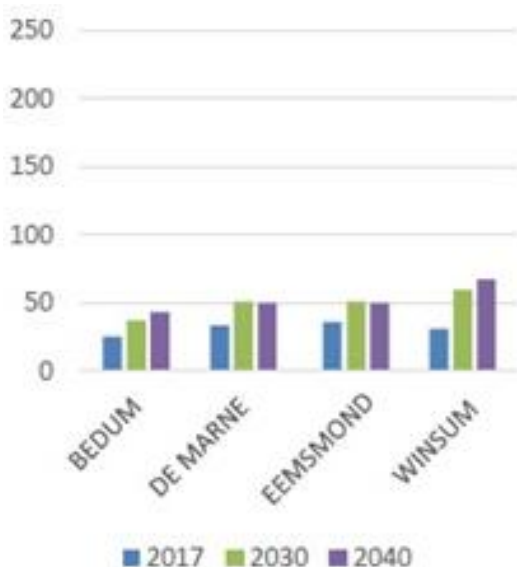
Ontwikkeling intramurale ouderenzorg



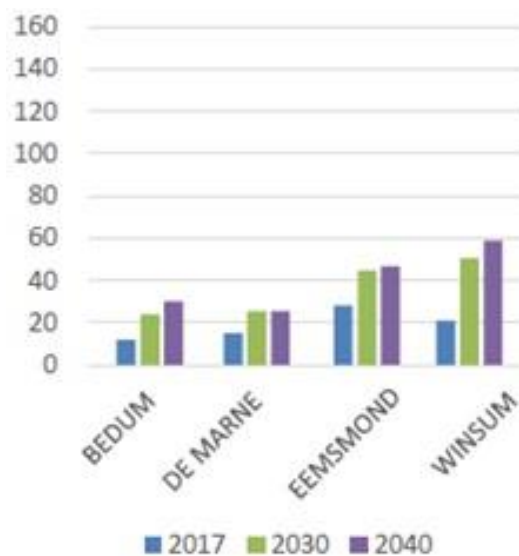
GGZ met verblijf (Zvw)



Geriatrische revalidatiezorg (Zvw) subsidieregeling 2016)



Eerstelijnsverblijf (op basis van cijfers



BRON: Bureau HHM (2017)

Toekomstbeeld subregionale tafels

BRON: Mondria Advies via Woldendorp rapport (2018)

Bedum

	Bedum huidig		Bedum prognose toekomst			Bedum prognose toekomst		
	<i>Obv Productie/aanbod 2017</i>	<i>Obv Indicatie behoefte 2017</i>	<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>			<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>		
	<i>(voor zover bekend)</i>	<i>(conform HHM 9 mnd, VZP 75%)</i>	2017	2030	2040	2017	2030	2040
Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Bevolkingsontwikkeling 75+			Bevolkingsontwikkeling 75+		
VV Intramuraal (ZZP 4-8)*	79	67	799	1.481	1.721	100	185	215
GRZ (is ZVW)**	0	4						
ELV (is ZVW)**	0	2						
Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Bevolkingsontwikkeling totaal			Bevolkingsontwikkeling totaal		
VG Intramuraal (ZZP 3-8)*	177	62	10.482	9.813	9.417	100	94	90
VG Intramuraal (ZZP 1-2)*	0	2						
LG intramuraal*	26	8						
Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg						
GGZ verblijf met behandeling***	0	19						
GGZ beschermd wonen (BWV hoog intensief, is VMO)***	0	4						
GGZ beschermd wonen (BWV laag intensief, is VMO)***	0	13						
Alle sectoren	Alle sectoren	Alle sectoren						
Dagbesteding Vmo	onbekend	76						

* Cijfers Zorgkantoor

** Cijfers aangeleverde informatie zorginstellingen

*** Cijfers zorgkantoor, met aanvulling van Lentis

De Marne

	De Marne huidig		De Marne prognose toekomst			De Marne prognose toekomst		
	<i>Obv Productie/aanbod 2017</i>	<i>Obv Indicatie behoefte 2017</i>	<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>			<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>		
	<i>(voor zover bekend)</i>	<i>(conform HfM 9 mnd, VZP 75%)</i>	2017	2030	2040	2017	2030	2040
Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Bevolkingsontwikkeling 75+			Bevolkingsontwikkeling 75+		
VV Intramuraal (ZZP 4-8)*	47	75	902	1.390	1.551	100	154	172
GRZ (is ZVV)**	0	4						
ELV (is ZVV)**	0	3						
Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Bevolkingsontwikkeling totaal			Bevolkingsontwikkeling totaal		
VG Intramuraal (ZZP 3-8)*	7	60	10.092	8.983	8.131	100	89	81
VG Intramuraal (ZZP 1-2)*	0	2						
LG intramuraal*	0	8						
Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg						
GGZ verblijf met behandeling***	0	18						
GGZ beschermd wonen (BWW hoog intensief, is VMO)***	0	4						
GGZ beschermd wonen (BWW laag intensief, is VMO)***	0	12						
Alle sectoren	Alle sectoren	Alle sectoren						
Dagbesteding Vmo	onbekend	73						

* Cijfers Zorgkantoor

** Cijfers aangeleverde informatie zorginstellingen

*** Cijfers zorgkantoor, met aanvulling van Lentis

Eemsmond

	Eemsmond huidige		Eemsmond prognose toekomst			Eemsmond prognose toekomst		
	<i>Obv Productie/aanbod 2017</i>	<i>Obv Indicatie behoefte 2017</i>	<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>			<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>		
	<i>(voor zover bekend)</i>	<i>(conform HHA 9 mnd, VZP 75%)</i>	2017	2030	2040	2017	2030	2040
Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Bevolkingsontwikkeling 75+			Bevolkingsontwikkeling 75+		
VV Intramuraal (ZZP 4-8)*	50	119	1.420	2.216	2.562	100	156	180
GRZ (is ZVV)**	0	7						
ELV (is ZVV)**	0	4						
Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Bevolkingsontwikkeling totaal			Bevolkingsontwikkeling totaal		
VG Intramuraal (ZZP 3-8)*	65	93	15.662	13.852	12.684	100	88	81
VG Intramuraal (ZZP 1-2)*	0	3						
LG intramuraal*	1	12						
Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg						
GGZ verblijf met behandeling***	45	28						
GGZ beschermd wonen (BW hoog intensief, is VMO)***	0	6						
GGZ beschermd wonen (BW laag intensief, is VMO)***	0	19						
Alle sectoren	Alle sectoren	Alle sectoren						
Dagbesteding Vmo	onbekend	113						

* Cijfers Zorgkantoor

** Cijfers aangeleverde informatie zorginstellingen

*** Cijfers zorgkantoor, met aanvulling van Lentis

Winsum

	Winsum huidig		Winsum prognose toekomst			Winsum prognose toekomst		
	<i>Obv Productie/aanbod 2017</i>	<i>Obv Indicatie behoefte 2017</i>	<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>			<i>obv demografische ontwikkeling Primos</i>		
	<i>(voor zover bekend)</i>	<i>(conform HHMA 9 mnd, VZP 75%)</i>	<i>2017</i>	<i>2030</i>	<i>2040</i>	<i>2017</i>	<i>2030</i>	<i>2040</i>
Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Ouderenzorg 75+	Bevolkingsontwikkeling 75+			Bevolkingsontwikkeling 75+		
VV Intramuraal (ZZP 4-8)*	146	91	1.084	2.121	2.546	100	196	235
GRZ (is ZVW)**	30	5						
ELV (is ZVW)**	0	3						
Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	Bevolkingsontwikkeling totaal			Bevolkingsontwikkeling totaal		
VG Intramuraal (ZZP 3-8)*	24	81	13.600	12.639	12.450	100	93	92
VG Intramuraal (ZZP 1-2)*	0	3						
LG intramuraal*	0	11						
Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg						
GGZ verblijf met behandeling***	0	24						
GGZ beschermd wonen (BWV hoog intensief, is WMO)***	0	5						
GGZ beschermd wonen (BWV laag intensief, is WMO)***	0	17						
Alle sectoren	Alle sectoren	Alle sectoren						
Dagbesteding Wmo	onbekend	98						

* Cijfers Zorgkantoor

** Cijfers aangeleverde informatie zorginstellingen

*** Cijfers zorgkantoor, met aanvulling van Lentis