

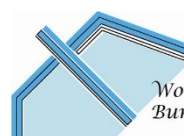


Toekomstbestendige ouderenzorg in Groningen

Van een gezamenlijke opgave
naar een gezamenlijke aanpak



zorggroepmeander



1. Aanleiding

De beschikbaarheid van voldoende, toegankelijke en bereikbare ouderenzorg in Groningen staat onder druk. Wij, enkele VVT zorgaanbieders uit Groningen (zie bijlage 1), en het zorgkantoor Menzis vinden het belangrijk om de opgave die voor ons ligt gezamenlijk op te pakken. Wij zijn bereid om over de schaduw van onze eigen organisaties heen te stappen om samen te werken aan een toekomstbestendige inrichting van de ouderenzorg in Groningen.

Dit betekent dat we keuzes moeten maken over hoe we dit gaan doen. Welke inrichting past het best bij welke (sub)regio van Groningen, rekening houdend met de eigenschappen en ontwikkelingen op lokaal niveau? Wat vraagt dit van onze verzorgings-, en verpleeghuizen, ons personeel en de wijze waarop wij zorg willen bieden en de kwaliteit die wij nastreven?

Met wie moeten we de samenwerking zoeken, zowel binnen onze eigen branche, als ook daarbuiten? En vraagt dit om andere manieren van contractering, passend bij de manier waarop we de zorg organiseren en de samenwerking die daarbij nodig is?

In deze notitie beschrijven wij onze ideeën, keuzes, consequenties en gemaakte afspraken. Maar voordat we daarop ingaan beschrijven we kort de belangrijkste ontwikkelingen waar wij in Groningen mee te maken hebben.

2. Ontwikkelingen in Groningen

Demografische, maatschappelijke ontwikkelingen en stelselmatige wijzigingen maken dat ook de zorg in Groningen aan veel verandering onderhevig is (zie bijlage 2 voor een aantal relevante overzichten; dit vormt een beperkte weergave van de totale gebiedsanalyse die is verricht). Net als in de rest van Nederland kent ook Groningen een sterke vergrijzing, die zowel invloed heeft op het aantal mensen dat zorg nodig heeft, als het aantal mensen, de zorgmedewerkers, die deze zorg bieden. Een aantal ontwikkelingen zijn daarentegen uniek te noemen en anders dan in het overgrote deel van Nederland. Grote delen van Groningen, met name aan de randen, hebben te maken met bevolkingskrimp. Verder ligt de sociaaleconomische status (SES) in Groningen lager dan in de rest van Nederland. Dit betekent een hogere werkloosheid, een lager gemiddeld inkomen, een lager opleidingsniveau en een slechtere gezondheid. Uniek is de aardbevingsproblematiek en de materiele, maar ook immateriële schade die dit met zich meebrengt.

Binnen de provincie bestaan grote verschillen tussen de stad Groningen en de plattelandsgebieden. Zowel op het gebied van de demografie, de inkomenssituatie en werkloosheid. Ook de plattelandsgebieden kennen een behoorlijke diversiteit wat betreft de SES van de mensen. De aardbevingsproblematiek beslaat daarnaast een specifiek deel van Groningen, er zijn grote delen van Groningen waar dit niet speelt. Verder geldt dat hoe verder je naar de randen van de provincie gaat, bereikbaarheids- en mobiliteitsvraagstukken een grotere rol gaan spelen.

3. Doelstellingen en verwachtingen

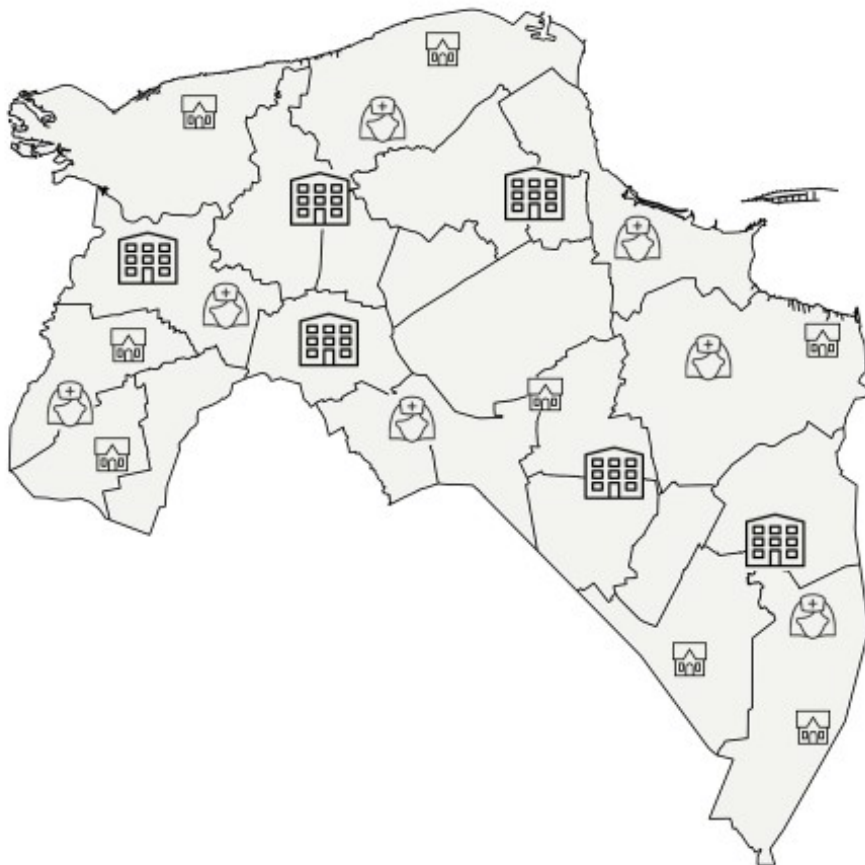
Wij begonnen met een aantal doelstellingen en verwachtingen aan dit project. Een belangrijke doelstelling was om de gezamenlijke opgave helder te krijgen door goed te kijken naar wat er om ons heen gebeurt, hoe we hier als individuele organisaties naar kijken en tot welke gezamenlijke keuzes dit leidt. Keuzes op het gebied van de inrichting van de zorg, samenwerking en contractering.

Wat vinden we dat er moet gebeuren? Ook in Groningen vinden we het essentieel dat de zorgvraag van ieder individu het uitgangspunt is. De zorg en ondersteuning die nodig is volgt het individu. We vinden het belangrijk dat we het eens zijn over wat wij en de mensen die wij ondersteunen, verstaan

onder kwaliteit van zorg en leven. Tegelijkertijd accepteren we dat dit voor elke klant anders kan zijn. Zodat we ons aanbod daarop aan kunnen laten sluiten. We hebben daarnaast de behoefte om hierover met elkaar in gesprek te blijven, waarbij het maatschappelijk belang boven het eigen organisatiebelang staat. Om dit te doen hebben we behoefte aan een bepaalde mate van zekerheid en vrijheid.

4. Uitgangspunten




Gedurende onze zoektocht passeerden verschillende inrichtingsvarianten voor de ouderenzorg in Groningen de revue. Deze inrichtingsvarianten of scenario's staan in bijlage 2. De scenario's gaan in op de verschillende manieren waarop verblijfsvoorzieningen, dagbesteding en behandeling kunnen worden gepositioneerd. Naar aanleiding van een bespreking van deze scenario's zijn we tot een keuze gekomen voor een gewenste toekomstsituatie die ervan uit gaat dat de basiszorg naar de cliënt wordt gebracht en niet andersom. Het gaat daarbij om verzorging, verpleging, dagbesteding en behandeling. Voor bepaalde vormen van hoog-specialistische zorg zal dit echter niet altijd mogelijk zijn. Om de zorg naar de mensen te kunnen brengen is in bepaalde gebieden een lokale behoefte aan diverse kleinschalige woonzorgvoorzieningen. Afhankelijk van de lokale omstandigheden vindt ook clustering plaats met welzijns en algemene voorzieningen. Samenwerking met de wijkverpleging en de gemeente is hierbij van groot belang. Deze woonzorgvoorzieningen worden ondersteund vanuit een aantal regionale expertisecentra, waarbij op provinciaal niveau voor alle Wlz-cliënten super-specialistische expertise beschikbaar is. Onderstaande afbeelding geeft dit schematisch weer, waarna een korte uitwerking op een aantal aspecten volgt.



Figuur A. Gewenste inrichting van de ouderenzorg.

De plaatsing van de verschillende symbolen is puur illustratief en daardoor geografisch niet correct.

De betekenis van de verschillende symbolen is weergegeven in de volgende tabel.

Symbool	Omschrijving
	Wijkverpleging: verpleging en verzorging bij mensen thuis in de wijk op geplande momenten en op afroep, in nauwe samenwerking met huisartsen en eerste lijn.
	Kleinschalige woonzorgvoorzieningen: verpleging en verzorging, begeleiding, dagbesteding en zorg in de nabijheid of met toezicht. Lokaal mogelijk geclusterd met overige welzijns- en algemene voorzieningen. Ook hier is nauwe samenwerking met huisartsen en eerste lijn vereist.
	Regionale expertisecentra: middelgrote/grootschalige woonzorgvoorzieningen, inclusief behandeling. Behandeling is ook beschikbaar ter ondersteuning van de wijkverpleging en de kleinschalige woonzorgvoorzieningen. Aan individuele centra zijn verschillende super-specialismen gekoppeld die een (inter)provinciale rol vervullen. Per super-specialisme kan dit een ander regionaal expertisecentrum zijn.

We hebben in Groningen niet de illusie dat we de zorg eindeloos kunnen blijven extramuraliseren. Wij vinden het niet verantwoord om mensen die niet of beperkt eigen regie kunnen voeren, moeite hebben om zelfstandig keuzes te maken en vanwege het ontbreken van het noodzakelijke toezicht in een onveilige woonomgeving verblijven, koste wat kost thuis te laten wonen. De risico's die daarmee gepaard gaan worden ondermeer versterkt door de grote afstanden tussen dorpen in het buitengebied, de lagere sociaal economische status in grote gebieden van Groningen en de specifieke vastgoed- en woningmarktproblematiek in de aardbevingsgebieden.

Wij vinden het belangrijk om te benoemen dat wij ook als uitgangspunt hanteren dat het belang van de individuele aanbieder ondergeschikt is aan het belang van de cliënt. Dit betekent dat zich situaties kunnen voordoen die vragen om keuzes die voor individuele aanbieders pijnlijk kunnen zijn. We zetten ons vanuit dat perspectief in voor een meerjaren traject dat commitment vraagt van zowel zorgaanbieders als het zorgkantoor.

Organisatorische inrichting

We zien het als onze taak om de zorg en ondersteuning voor mensen, die zolang mogelijk thuis willen blijven wonen, dichtbij te organiseren. Mits dit verantwoord en veilig kan. De daadwerkelijke invulling hiervan wordt lokaal bepaald en is voor een groot deel afhankelijk van de lokale en gebiedsgerelateerde omstandigheden. Gelet op deze ontwikkelingen is het niet realistisch te veronderstellen dat het mogelijk is om in elk dorp een klein verzorgingshuis of verpleeghuis in stand te houden. In het geval dat deze huizen ontbreken creëren we een netwerk van zorg en ondersteuning waardoor deze mensen zo lang mogelijk veilig en vertrouwd thuis kunnen blijven wonen. Een goede overgang tussen thuis en in nabijheid aanwezige voorzieningen is daarin cruciaal. Dit start met het dichtbij aan kunnen bieden van activiteiten voor een passende daginvulling, aansluitend op de wens van de cliënt. In gebieden waar noodzakelijke voorzieningen voor Wlz-geïndiceerden, die zo lang mogelijk thuis wensen te blijven wonen, niet of beperkt aanwezig zijn, vraagt dit extra inspanningen op het gebied van samenwerking met andere partijen, zoals gemeenten, corporaties, wijkverpleging en welzijnsorganisaties. Ook voor samenwerking met burgerinitiatieven staan wij open. We denken met onze jarenlange ervaring en opgebouwde expertise over de langdurige zorg een bijdrage te kunnen leveren aan de borging en continuïteit van deze initiatieven.

We willen nogmaals benadrukken dat de concrete organisatorische inrichting afhankelijk is van de lokale context. De ontwikkelingen in het aardbevingsgebied vragen om andere keuzes, dan de

ontwikkelingen in Oost-Groningen en idem voor de ontwikkelingen in Groningen-stad. Maar daarbij wel bewakend dat de inrichting plaatsvindt conform de uitgangspunten, zoals wij in dit document hebben beschreven.

Regionale expertisecentra

Vanuit een aantal regionale expertisecentra zorgen wij voor de noodzakelijke specialistische expertise. Denk aan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde, de fysio- en ergotherapeuten, psychologen en voedingsdeskundigen. Het is belangrijk dat deze specialismen nauw samenwerken met de wijkverpleging, de huisartsen, maar ook met de klinische specialismen vanuit de ziekenhuizen. Dit laatste betekent dat ook kennis en expertise vanuit de stad, elders in de provincie wordt ingezet. Resultaat hiervan moet tevens zijn dat met een integrale blik wordt gekeken naar de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënt en dat hierop een integraal antwoord wordt gevonden. We vinden het belangrijk dat deze regionale expertisecentra nauw met elkaar samenwerken, op het gebied van onderzoek, onderwijs en een slimme inzet van deskundig personeel. In de verschillende regionale expertisecentra kunnen ook verschillende, zogeheten super-specialismen¹ gehuisvest zijn. Dit zijn specialismen die een provinciale, maar soms ook interprovinciale functie hebben. De aanwezigheid van dergelijke super-specialismen speelt ook een belangrijke rol op het gebied van onderzoek, intervisie en deskundigheidsbevordering van de regionale expertisecentra.

In de stad Groningen is de samenwerking rondom deze super-specialismen tussen de zorginstellingen en ziekenhuizen al in gang gezet. Aangetoond is dat deze vorm van specialisatie en samenwerking tussen ouderenzorg en ziekenhuizen werkt. Een goed voorbeeld hiervan is de samenwerking 'Punt voor Parkinson'. Belangrijkste uitdaging is om de verschillende domeinen en financieringsstructuren beter op elkaar af te stemmen.

Personele inrichting

Een slimme en efficiënte inzet van onze medewerkers is noodzakelijk om de beschikbaarheid van kwalitatief goede ouderenzorg in de toekomst te blijven bieden. Daarbij moeten we ons ook realiseren dat aspecten die horen bij de SES in de verschillende gebieden, niet alleen van toepassing zijn op onze huidige en toekomstige cliënten, maar ook op onze medewerkers. We zorgen ervoor dat de medewerkers voldoende mogelijkheden krijgen om te kunnen groeien in hun werk. We vinden het ook belangrijk om gezamenlijk te investeren in het creëren van banen en het bieden van opleidingsplaatsen en coaching. Het uitbouwen van de bestaande samenwerkingsrelaties met ROC's en Hogescholen is daarbij van groot belang. Daarbij is het extra van belang aandacht te hebben voor de mensen met een laag opleidingsniveau. Als zorgaanbieders hebben wij ook een belangrijke, maatschappelijke rol om de werkloosheid in onze provincie te bestrijden. Daarnaast willen we in overleg met gemeenten kijken op welke wijze we mensen die werkeloos zijn zinvol kunnen inzetten in de zorg. Ook op het gebied van onze eigen opleidingsprogramma's gaan we onderling meer samenwerken. Een speerpunt daarbij is het vergroten van de uitwisselbaarheid van onze intramurale en extramurale medewerkers.

Vastgoed

We hanteren als uitgangspunt dat ons vastgoed dusdanig wordt georganiseerd dat mensen, indien gewenst en mogelijk, zo lang mogelijk in de voor hen bekende en vertrouwde sociale omgeving

¹ Denk bij super-specialismen bijvoorbeeld aan ademhalingsondersteuning, NAH, CVA en Parkinson.

kunnen blijven wonen. Dit betekent dat we de zorg zoveel mogelijk naar de mensen toebrengen in plaats van de mensen naar de zorg toehalen. De vraag van de cliënt kan er toe leiden dat een lokale verkenning plaats moet vinden naar de mogelijkheid om nieuwe woonzorginitiatieven te realiseren. Initiatieven die in veel gevallen ook het gat kunnen vullen tussen thuis en het verpleeghuis, waarbij een veilige en beschutte woonomgeving uitgangspunt is. Daarbij vinden we het belangrijk dat dergelijke initiatieven ook een bijdrage leveren aan het vasthouden van de leefbaarheid in deze gebieden. In gebieden met (te) veel of verouderd zorgvastgoed kan het omgekeerde gebeuren. In dat geval bekijken we welke omvang en aard van woonzorgvoorzieningen passend zijn in het kader van de toekomstige ontwikkelingen. We vinden dat we daarbij ook realistisch moeten zijn en moeten onderkennen dat veel van het bestaande vastgoed niet meer aansluit op de eisen en wensen van deze tijd en dat nieuwbouw in veel gevallen een verstandigere keuze is dan het renoveren of versterken van bestaand vastgoed. Daarbij kijken we ook naar mogelijkheden voor het creëren van tijdelijke huisvestingsconcepten. Ook vanuit een persoonsvolgend perspectief is het wenselijk te zoeken naar concepten om verblijfs capaciteit flexibel uit te breiden of in te krimpen. In deze zoektocht naar voldoende passend vastgoed is een goede lokale samenwerking met woningcorporaties een vereiste.

Contractering

We vinden het belangrijk dat de contractering van de zorg aansluit bij de opgave die voorligt. Daarbij is de vraag van de cliënt leidend voor de financiering. In dat kader zou contractering plaats moeten vinden op basis van uniforme kwaliteitscriteria. Dit vraagt een verdiepingsslag op wat wij verstaan onder de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van leven en de bijdrage die verschillende partijen hieraan kunnen leveren. Verder hebben we behoefte aan een klimaat waarbinnen ruimte ontstaat om te investeren en te innoveren. In onze ogen wordt dit belemmerd door enerzijds jaarlijks opnieuw te contracteren en anderzijds doordat bekostiging nog niet integraal plaatsvindt. Voor wat betreft het punt van het jaarlijks contracteren zijn wij groot voorstander van meerjaren contractering onder heldere voorwaarden, waarbij verantwoording bij voorkeur plaatsvindt op basis van het principe high trust - high penalty. Integrale bekostiging is een onderwerp dat we verder willen uitwerken. Daarbij denken we aan alternatieve vormen van bekostiging, zoals gebieds- of populatiegerichte bekostiging. Ongeacht de vorm van contractering streven we naar een situatie waarin de administratieve belasting voor ons als aanbieders en zorgkantoor, maar ook voor onze cliënten minimaal is. Uitwisselbaarheid van (administratieve) gegevens tussen de wettelijke domeinen kan daar een bijdrage aan leveren.

Integrale samenwerking

Samenwerking benaderen we niet vanuit het perspectief van de verschillende wettelijke stelsels, maar vanuit het perspectief van de mens/cliënt. Wat heeft hij of zij nodig om een kwalitatief goed leven te leiden. Wat vindt deze persoon belangrijk, welke oplossingen horen daarbij en wat betekent dit voor de organisatie van zorg en ondersteuning. Vanuit dat perspectief zou het niet uit moeten maken vanuit welk stelsel (Wmo, Zvw, Wlz) zorg en ondersteuning wordt geboden. Het gaat erom dat het aanbod aansluit bij de wens van het individu. Dat hier een uitdaging ligt in relatie tot bestaande wet- en regelgeving onderkennen we, maar dit weerhoudt ons niet om hier mee aan de slag te gaan.

Ook de integrale samenwerking in de keten met het ziekenhuis heeft onze aandacht. Het is aan ons om in dialoog met het ziekenhuis af te stemmen onder welke condities doorstromen in de keten plaatsvindt. Hiervoor is goed overleg en samenwerking tussen zorgverzekeraar en zorgkantoor noodzakelijk. Zij zijn ook de aangewezen partijen om hierin het initiatief te nemen.

Ouderenzorg en ziekenhuizen in de provincie Groningen werken sinds enkele jaren integraal samen om doorstroming en opname van cliënten vanuit de ziekenhuizen naar de ouderzorg (zorgnazorg) te bevorderen en zo goed mogelijk te laten verlopen. Dit initiatief is door de partijen zelf opgepakt. Ook de patiëntenvereniging is hierbij aangesloten. Deze samenwerking heeft aangetoond dat de client sneller geplaatst kan worden en dat onnodige ligdagen in het ziekenhuis worden voorkomen. Het is een sprekend voorbeeld dat samenwerking het zorgproces kan verbeteren. Zowel qua kwaliteit voor de client als voor de kosten voor " BV Nederland".

We vinden het daarom van groot belang om samen met de andere stelsels afspraken te maken over uit- en instroom criteria. Wat zijn objectieve omslagpunten waarop bijvoorbeeld de keuze voor opname in een woonzorgvoorziening plaats moet vinden? Zijn dergelijke omslagpunten uit te drukken in een maximum aantal uren wijkverpleging in combinatie met een analyse en advies van de huisarts/behandelaar? Dit zijn vragen waar we een antwoord op willen vinden. Ook financiële overwegingen, zoals bijvoorbeeld de hoogte van de eigen bijdrage of het aantal uren ondersteuning dat wordt geboden moet niet van belang zijn, als dit ten koste gaat van de veiligheid en passendheid van de benodigde zorg. Dit stelt hoge eisen aan de samenwerking en afstemming tussen verzekeraar, zorgkantoor en gemeente en vraagt op landelijk, stelselmatig niveau om aandacht. We gaan ervan uit dat de komende jaren geen grote systeemveranderingen plaatsvinden, maar gaan wel op zoek naar faciliteiten die het samenwerken over de domeinen bevorderen.

5. Wat we gaan doen

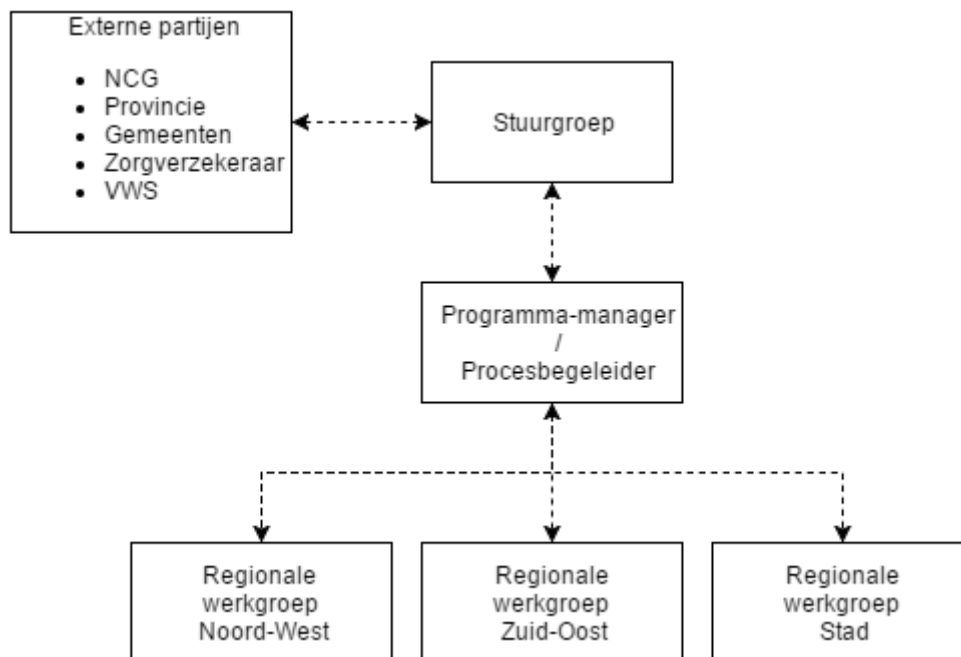
Vanuit voorliggende visie en bijbehorende uitgangspunten stellen wij voor om in 2017 verschillende activiteiten, voornamelijk regionaal, op te gaan pakken. Het gaat om onderstaande activiteiten:

- We bekijken regionaal welke trajecten/onderzoeken parallel lopen aan de activiteiten die wij als Wlz-aanbieders reeds hebben uitgevoerd en/of van plan zijn om te gaan ondernemen.
- Bovenstaande betekent dat de activiteiten en het tempo waarin activiteiten opgepakt kunnen worden regionaal kunnen verschillen.
- We organiseren in het eerste kwartaal van 2017 een breed forum voor stakeholders (inclusief VVT-aanbieders die nu niet aan tafel zitten, provincie, gemeenten, NCG, VWS, Menzis-zorgverzekeraar) waarin we onze plannen presenteren. Daarbij vinden wij het belangrijk om deze stakeholders te overtuigen van het nut en de noodzaak om mee te doen. Basis daarvoor is onze toekomstvisie die van onderop en integraal is opgesteld, waarbij wij op zoek zijn naar verbreding en verruiming. Doel van de bijeenkomst is om stakeholders aan te haken, waarbij dat aanhaken geen vrijblijvend karakter heeft. Aanhaken betekent het uitspreken van een duurzaam commitment. Dit duurzame karakter houdt in dat wij op zoek zijn naar een structurele, meerjarige bijdrage van de stakeholders om vanuit deze toekomstvisie concreet aan de slag te gaan. Een bijdrage die kan zitten in het aanwenden van specifieke middelen of fondsen, het aanpassen of instellen van bepaalde regelgeving en het bieden van experimenteer-ruimte om concreet aan de slag te gaan.
- Bovenstaande betekent tevens dat er (landelijk) commitment nodig is om de spelregels in Groningen te verruimen, in relatie tot de contractering en verantwoording van zorg en de betreffende samenwerking binnen de ouderenzorg en daarbuiten.
- We gaan in gesprek met de NCG en de provincie om onze plannen/ideeën te delen en deze partijen betrokken te krijgen bij de uitwerking van deze visie in de praktijk. Daarbij spelen nadrukkelijk ook andere vraagstukken, in het bijzonder rondom het thema leefbaarheid.
- We stellen per regio een plan van aanpak op , waarin we aangeven hoe we de zorg in gaan richten, wat we daarvoor gaan doen, hoe we daarin gaan samenwerken en welke afspraken daarbij horen.

- Deze regionale plannen van aanpak voorzien we van prikkels voor overige stakeholders om aan te sluiten. Het is belangrijk dat aansluiten bij de visie geen vrijblijvend karakter heeft.
- We gaan op zoek naar experimenteerimte.
- Samen met de stakeholders werken we toe naar een nadere concretisering van kwaliteit van leven. Wat verstaan we daaronder en wie doet wat om dit positief te beïnvloeden.
- We versterken de onderlinge samenwerking op het gebied van de nachtzorg, alarmering, waakdiensten en bereikbaarheidsdiensten. In sommige gebieden vindt deze samenwerking al plaats. Het is de bedoeling dit te versterken en regionaal/provinciaal uit te bouwen.
- We verkennen de mogelijkheden voor tijdelijke bouwoplossingen.
- We intensiveren de volgende samenwerkingsverbanden:
 1. Samenwerking met Zorgbelang/MEE + LOC
 2. Samenwerking met de VVT-instellingen
 3. Samenwerking met ziekenhuizen
 4. Samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars
 5. Samenwerking met de 1e lijn
 6. Samenwerking met financiers, provincie, Nationaal Coördinator Groningen, corporaties en particuliere partijen.

6. Hoe gaan we dit doen?

Om de beschreven aspecten te realiseren stellen we een slagvaardige stuurgroep in die de activiteiten die in de lokale/regionale werkgroepen worden opgepakt aanstuurt en contacten onderhoudt met externe partijen. Deze structuur is hieronder schematisch weergegeven. Bij het verder uitwerken van deze structuur zoeken we de aansluiting en afstemming met reeds bestaande andere relevante overlegstructuren.



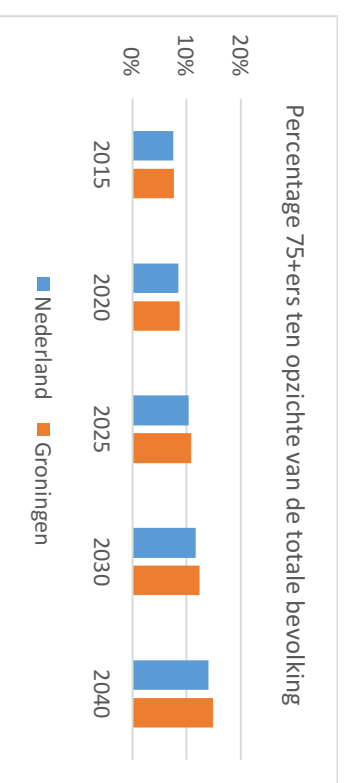
Figuur B. Schematische weergave structuur project Wlz-ouderenzorg Groningen.

- We werken met vier regionale werkgroepen:
 1. Regio Noord-Oost
 2. Regio West
 3. Regio Zuid-Oost
 4. Regio Stad
- Elke werkgroep werkt de volgende vier thema's uit:
 1. Vastgoed
 2. Personeel
 3. Regionale expertise
 4. Contractering
- De daadwerkelijke invulling en uitvoering van activiteiten per thema kan regionaal verschillen.
- Voor elke regionale werkgroep zetten we een kartrekker in. Dit is een zorgaanbieder uit de regio. De werkgroep wordt aangevuld met medewerkers van andere zorgaanbieders uit de regio, zodat elke zorgaanbieder is vertegenwoordigd.
- De regionale werkgroep krijgt de opdracht een plan van aanpak te maken, met daarin een uitwerking naar concrete actiepunten, met daarbij een heldere taak- en rol verdeling. Invulling van dit plan van aanpak is afhankelijk van de lokale context, maar bevat in ieder geval de vier bovengenoemde thema's.
- De werkgroepen worden procesmatig ondersteund door een programmamanager/procesbegeleider die verantwoordelijk is voor de monitoring van de verschillende werkgroepen en die overkoepelend zicht houdt op de inhoudelijke voortgang.
- De werkgroepen rapporteren over de regionale voortgang en ontwikkelingen via de programmamanager aan de stuurgroep. In de stuurgroep zijn in principe alle Wlz-aanbieders en Menzis zorgkantoor vertegenwoordigd.
- De stuurgroep:
 1. neemt beslissingen naar aanleiding van voorliggende vraagstukken die worden aangedragen vanuit de regionale werkgroepen en
 2. is verantwoordelijk voor de strategische afstemming met externe partijen.
- We stellen voor om in 2017 de stuurgroep een aantal keer bij elkaar te laten komen:
 1. **Eind maart 2017**, bespreken en vaststellen regionale plannen van aanpak, zodat input uit deze plannen meegenomen kan worden in het Inkoopkader Wlz 2018.
 2. **Medio juni 2017**, bespreken definitief Inkoopkader Wlz 2018, inclusief input uit de regionale plannen.
 3. **Medio november 2017**, terugblik op inkoop Wlz 2018 en voortuitblik op verdere implementatie van de plannen.

Bijlage 1 Gebiedsanalyse en prognoses in Groningen

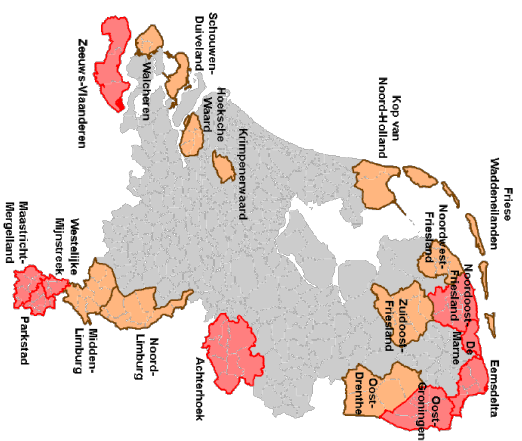
Gebiedsanalyse: vergelijking met Nederland

Demografie

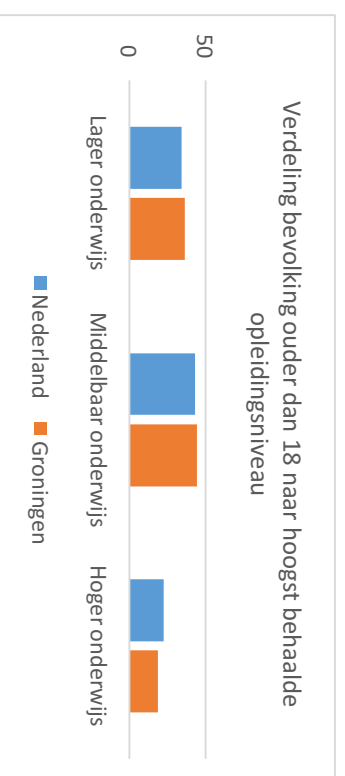


Bevolgingskrimp

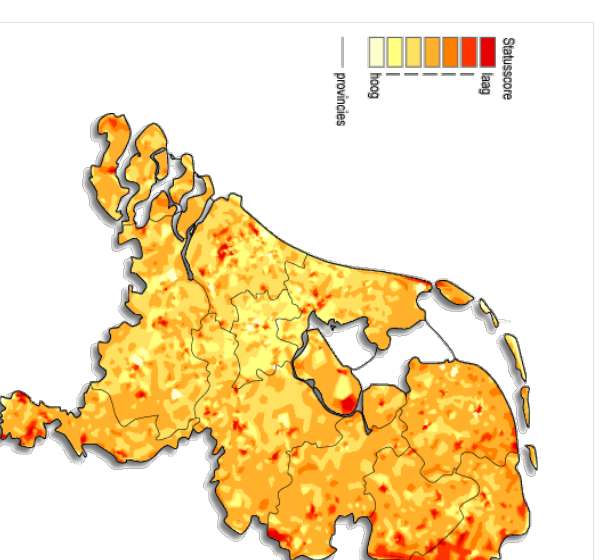
- Krimpgebieden
- Anticpeergebieden



Opleidingsniveau

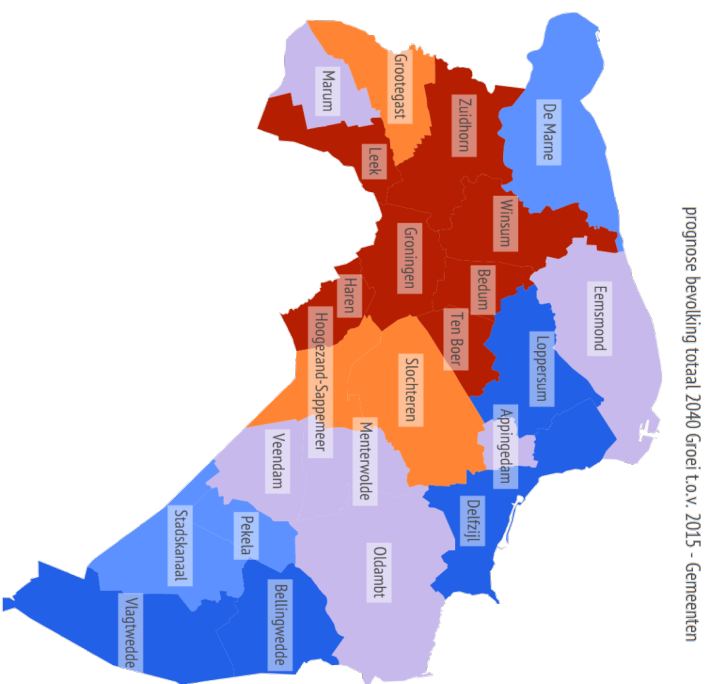


Sociaal Economische Status



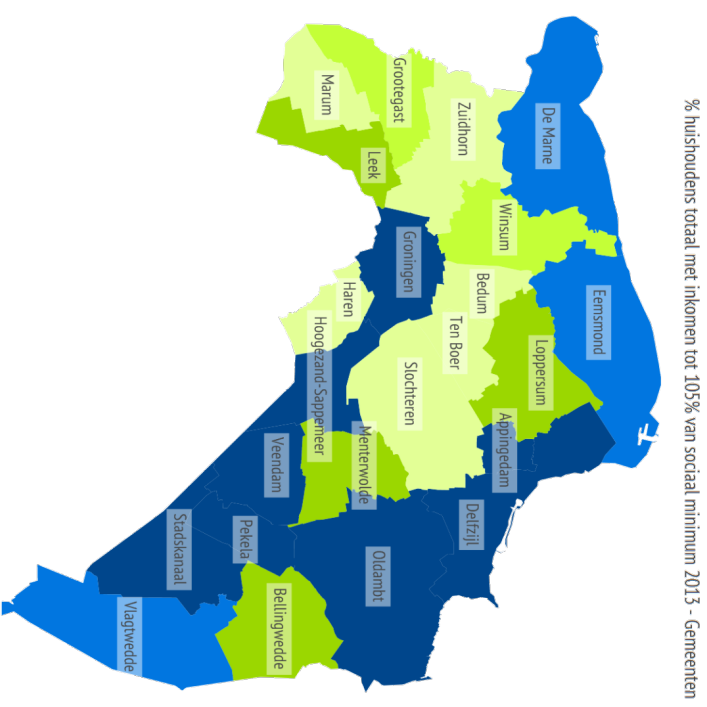
Gebiedsanalyse: verschillen binnen Groningen

Demografie



Bron: ABF/Primos, 2014

Inkomens



Bron:

Prognose: verschillen binnen Groningen

Prognose van de benodigde Wlz-verblijfcapaciteit voor de ouderenzorg in absolute aantallen en procentuele groei ten opzichte van 2015 (gebaseerd op gemiddelde verzilveringspercentages en verblijfsduur in 2015).

Totaal	2015	2020	2025	2030	2040
Appingedam	75	110	136	153	170
Bedum	98	93	131	149	187
Bellingwedde	134	104	133	142	161
De Marre	90	83	102	108	108
Delfzijl	365	280	328	347	357
Eemsmond	75	78	101	110	115
Groningen (gemeente)	1.145	889	1.130	1.370	1.706
Groote gast	94	68	89	109	143
Haren	333	223	242	252	291
Hoogezand-Sappemeer	321	261	320	365	425
Leek	157	144	180	202	252
Loppersum	117	83	108	141	174
Marum	75	74	89	104	141
Menterwolde	71	63	80	108	125
Oldambt	449	330	404	445	487
Pekela	85	80	97	91	91
Slochteren	136	98	127	169	211
Stadskanaal	331	298	345	384	446
Ten Boer	193	128	147	183	257
Veendam	305	243	306	360	414
Vlagtwedde	140	127	169	176	218
Winsum	159	137	210	252	294
Zuidhorn	226	219	280	329	414
Eindtotaal	5.235	4.213	5.251	6.050	7.187

Totaal	2015	2020	2025	2030	2040
Appingedam	100%	147%	181%	204%	226%
Bedum	100%	95%	133%	152%	190%
Bellingwedde	100%	78%	99%	106%	120%
De Marre	100%	92%	113%	120%	120%
Delfzijl	100%	77%	90%	95%	98%
Eemsmond	100%	104%	135%	147%	153%
Groningen (gemeente)	100%	78%	99%	120%	149%
Groote gast	100%	72%	94%	116%	152%
Haren	100%	67%	73%	76%	87%
Hoogezand-Sappemeer	100%	81%	100%	114%	132%
Leek	100%	92%	115%	128%	160%
Loppersum	100%	71%	92%	121%	149%
Marum	100%	99%	119%	139%	189%
Menterwolde	100%	88%	112%	152%	177%
Oldambt	100%	73%	90%	99%	108%
Pekela	100%	94%	114%	107%	107%
Slochteren	100%	72%	93%	124%	155%
Stadskanaal	100%	90%	104%	116%	135%
Ten Boer	100%	67%	76%	95%	133%
Veendam	100%	80%	100%	118%	136%
Vlagtwedde	100%	90%	120%	126%	156%
Winsum	100%	86%	132%	159%	185%
Zuidhorn	100%	97%	124%	145%	183%
Eindtotaal	100%	80%	100%	116%	137%

Bijlage 2: Toekomstscenario's

Scenario 1a: Bundeling, behandeling lokaal

Alle verblijfsvoorzieningen (basis-verblijfszorg, dagbesteding en behandelingspecialismen) gebundeld op één locatie in het grootste dorp (grootste verzorgingsgebied). Zorg in andere dorpen middels wijkverpleging/thuiszorg. Behandeling regionaal georganiseerd.



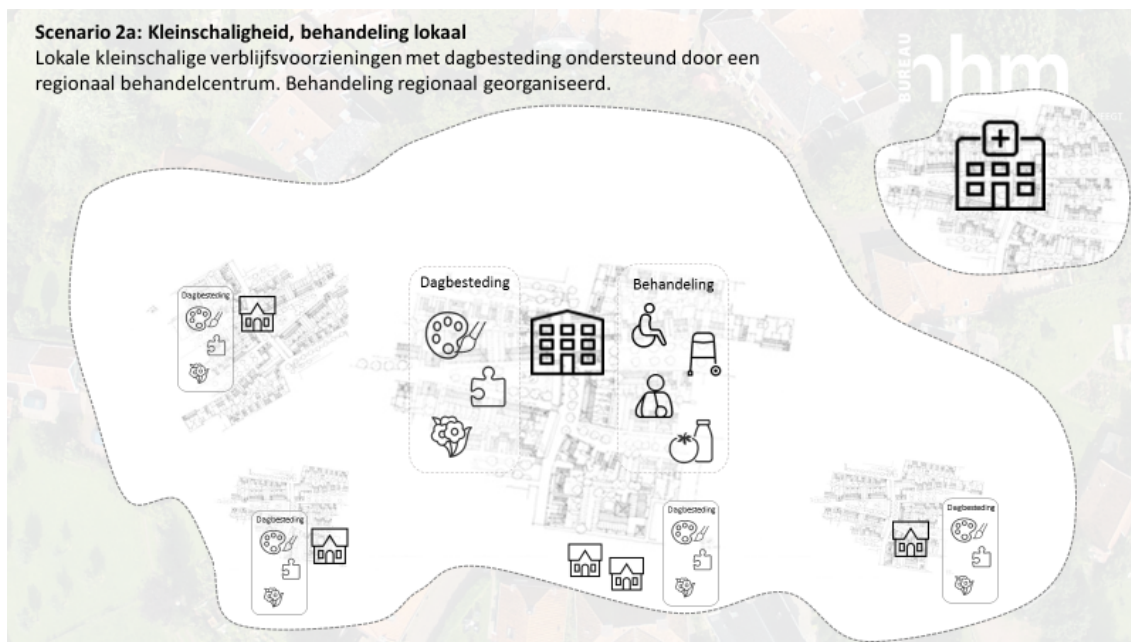
Scenario 1b: Bundeling, behandeling bovenregionaal

Alle verblijfsvoorzieningen (basis-verblijfszorg, dagbesteding en behandelingspecialismen) gebundeld op één locatie in het grootste dorp (grootste verzorgingsgebied). Zorg in andere dorpen middels wijkverpleging/thuiszorg. Alle behandeling bovenregionaal georganiseerd.



Scenario 2a: Kleinschaligheid, behandeling lokaal

Lokale kleinschalige verblijfsvoorzieningen met dagbesteding ondersteund door een regionaal behandelcentrum. Behandeling regionaal georganiseerd.



Scenario 2b: Kleinschaligheid, behandeling bovenregionaal

Lokale kleinschalige verblijfsvoorzieningen met dagbesteding ondersteund door een regionaal behandelcentrum. Behandeling regionaal georganiseerd.

