

Toekomstperspectief op zorg in de aardbevingsregio

1. De opgave

Toekomstbestendige zorg waarbij de behoefte van de mens centraal staat: een opgave die geldt voor heel Nederland maar voor Groningen bijzondere aandacht verdient vanwege 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. Hiermee doet zich de situatie voor dat de partijen in het aardbevingsgebied de kans hebben om het zorgvastgoed (versneld) aan te passen aan de toekomstige ontwikkelingen.

De partijen die zich verantwoordelijk voelen voor deze opgave hebben met elkaar afgesproken om de versterkingsopgave van het zorgvastgoed duurzaam aan te pakken en vorm te geven aan de hand van een gedragen toekomstperspectief op verblijfszorg¹. Op welke wijze ontwikkelt zich de behoefte aan verblijfszorg de komende jaren, wat betekent dit voor het benodigd zorgvastgoed en hoe kan de versterkingsopgave hierop aansluitend worden uitgevoerd?

De NCG heeft aan bureau HHM ondersteuning gevraagd bij de totstandkoming van dit toekomstperspectief. Op basis van diverse documenten en gesprekken met alle betrokken partijen hebben we voorliggend perspectief beschreven. Daarbij geldt dat het perspectief op zorg op een groter geografisch gebied van toepassing is, dan het gebied dat in eerste instantie voor versterking in aanmerking komt. Daardoor is het belangrijk om bij de versterking ook rekening te houden met de aan- en afwezigheid van verblijfsvoorzieningen buiten dit gebied.

2. Noodzaak

De ontwikkelingen in de regio (zie bijlage 1) maken duidelijk dat het noodzakelijk is om spoedig actie te ondernemen. Zonder adequate maatregelen wordt het de komende jaren lastig om voldoende kwalitatief goede zorg op een duurzame manier voor deze regio beschikbaar te houden. Het aantal mensen met chronische problematiek groeit de komende jaren, terwijl ook de complexiteit en de zwaarte van de zorgbehoefte toe neemt. Daarbij is in toenemende mate sprake van co-morbiditeit: een combinatie van psychische problemen, verstandelijke beperkingen en lichamelijke problematiek. Aangevuld met een bevolkingsafname, toenemende tekorten op de arbeidsmarkt, de forse druk op mantelzorgers en de beperkte (financiële) mogelijkheden van veel inwoners neemt de kans op verschraving van het zorgaanbod toe.

Ook de woningmarkt staat door de gevolgen van de aardbevingsproblematiek onder druk. Mensen zijn gedwongen om in hun eigen woning te blijven wonen, een woning die in veel gevallen niet aansluit bij de behoefte aan wonen in combinatie met zorg. Het risico op incidenten in de thuissituatie neemt toe. Vereenzaming ligt op de loer. Daarnaast zijn de voorzieningen voor tijdelijk en langdurig verblijf niet evenredig verdeeld over de regio en verdwijnen op lokaal niveau algemene voorzieningen. De leefbaarheid komt onder druk te staan, terwijl van de andere kant binnen de zorg allerlei bewegingen zijn om zorgbehoevende mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, te laten participeren in de samenleving en na behandeling in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis zo snel mogelijk weer thuis te laten wonen. We zien dat deze bewegingen enerzijds vanuit de landelijke overheid gestimuleerd worden en anderzijds dat dit voor veel mensen ook een wens is. Dit vraagt om een andere inrichting van de zorg waar de versterkingsopgave positief aan bijdraagt als deze vanuit dit zorgperspectief wordt uitgevoerd.

¹ Ook vormen van dagbesteding scharen wij onder de noemer verblijfszorg.

3. Zorgvraagontwikkeling en consequenties voor zorgvastgoed in de regio

De ontwikkelingen die hierboven zijn geschetst maken duidelijk dat er een grote opgave ligt in de regio. Om het perspectief op de zorg verder vorm en inhoud te geven is het belangrijk om zicht te hebben op de kwantitatieve opgave waar de regio de komende jaren mee wordt geconfronteerd. Daarbij gaat het om de opgave die voortvloeit uit de zorgvraagontwikkeling en in het bijzonder (vanwege de versterkingsopgave) wat dit betekent voor de benodigde verblijfsvoorzieningen.

3.1 Prognose behoefte aan verblijfszorg

In onderstaande tabel geven we voor de verschillende zorgsectoren een overzicht van de verwachte behoefte aan verblijf waarbij de aardbevingsregio is verdeeld in drie sub-regio's: Bedum-de Marne-Winsum-Eemmond² (Hogeland), Delfzijl-Appingedam-Loppersum (DAL) en Hoogezand Sappemeer-Menterwolde-Slochteren-Ten Boer (Midden Groningen). Het gaat hierbij om het aantal indicaties per zorgsector per jaar.

Zorgsector	Hogeland		DAL		Midden Groningen	
	2017	2030	2017	2030	2017	2030
Bevolkingsontwikkeling	49.716	45.341	46.657	40.288	69.231	65.739
Ouderenzorg						
VV intramuraal (ZCP 4-8)	625	907	820	1.041	900	1.290
VV intramuraal (ZCP 1-3) ³	69	99	173	223	165	241
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	125	198	149	189	190	274
Eerste Lijn Verblijf (ELV)	94	145	171	228	191	298
Gehandicaptenzorg						
VG intramuraal (ZCP 3-8)	295	289	215	191	640	649
VG intramuraal (ZCP 1-2) ⁴	11	11	13	12	7	6
LG intramuraal ⁵	39	36	23	26	7	8
Geestelijke gezondheidszorg						
GGZ verblijf met behandeling	88	83	68	59	122	120
GGZ Beschermd Wonen (BW Hoog intensief)	20	19	12	9	33	32
GGZ Beschermd Wonen (BW Laag intensief)	61	57	81	73	65	63
Alle sectoren						
Dagbesteding Wmo	360	386	105	108	314	402

Tabel 1. Ontwikkeling behoefte aan verblijfszorg, verdeeld naar sub-regio

² Op basis van de gemeentelijke herindeling, de gevoerde gesprekken en de uitkomsten van de gebiedsanalyse adviseren wij om Eemmond onderdeel uit te laten maken van de sub-regio Hogeland.

³ Het betreft de Zorgprofielen waarvoor binnen de Wlz geen nieuwe indicaties worden afgegeven. Deze aantallen zijn wel doorgerekend, omdat deze cliënten binnen de Wmo en de Zvw terugkomen, volgens de principes van scheiden wonen en zorg.

⁴ Het betreft de Zorgprofielen waarvoor binnen de Wlz geen nieuwe indicaties worden afgegeven. Zie voetnoot 3.

⁵ Binnen de LG worden voor de Zorgprofielen 1 en 3 geen nieuwe indicaties meer binnen de Wlz afgegeven. Vanwege de kleinere aantallen binnen de LG-sector is geen nader onderscheid tussen de Zorgprofielen gemaakt.

Aandachtspunten bij de prognoses

Tabel 1 geeft zicht op het huidige en verwachte volume per regio. Hierbij is alleen rekening gehouden met de verwachte bevolkingsontwikkeling. Andere sociaal-economische factoren die invloed kunnen hebben op de vraag naar verblijfszorg, zijn in deze aantallen buiten beschouwing gelaten. Het betreft het aantal indicaties per jaar, dat niet precies overeenkomt met het aantal verblijfsplaatsen per jaar. Het daadwerkelijk aantal verblijfsplaatsen is onder andere afhankelijk van de gemiddelde verblijfsduur. Bij een verblijfsduur korter dan een jaar zijn minder verblijfsplaatsen nodig dan het aantal indicaties per jaar⁶. Ook de beweging om een verblijfsindicatie in de thuissituatie te verzilveren maakt dat er minder verblijfplaatsen nodig zijn dan het aantal indicaties. In het overzicht hebben we ook de Wmo-dagbesteding opgenomen, omdat hiervoor ook vastgoed nodig is. Vanuit de Wmo worden ook voorzieningen voor respijtzorg geleverd, maar hierover konden we geen betrouwbare gegevens uit de beschikbare bestanden halen. Deze gegevens bieden een onderbouwing voor het spreiden of clusteren van verblijfsvoorzieningen voor de verschillende sectoren over de regio zoals beschreven in de hoofdstukken hierna. In bijlage 1 zijn overzichten van de prognoses opgenomen.

De huidige volumes per sub-regio worden voor een groot deel bepaald door de aanwezigheid van zorgvastgoed in de desbetreffende regio. Ook geldt dat verschillende verblijfsvoorzieningen een sub-regio-overstijgende of provinciale functie hebben. Bij het bepalen van een perspectief op zorg, maar ook bij het versterken van zorgvastgoed is het belangrijk hier aandacht voor te hebben. Een specifiek voorbeeld is het aantal indicaties voor VG intramuraal (ZP 3-8) in de sub-regio Midden Groningen. Afgezet tegen het aantal inwoners wijkt dit aantal verhoudingsgewijs af ten opzichte van de aantallen in Hogeland en DAL. Dit komt onder andere door de aanwezigheid van Nieuw Woelwijck, een dorpsgemeenschap voor verstandelijk gehandicapten waar circa 400 mensen verblijven.

3.2 Consequenties voor de inrichting van verblijfszorg

Als we de aantallen in tabel 1 bekijken dan zien we dat de indeling in deze drie sub-regio's leidt tot sub-regio's met een omvang van aantal inwoners en zorgvragers waarmee het mogelijk is om de zorg toekomstbestendig in te richten. Daarbij maken de aantallen ook duidelijk dat er verschillen zijn tussen de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Vandaar dat we in deze paragraaf eerst per sector aangeven wat het perspectief op hoofdlijnen is waarna we dit in hoofdstuk vier verder uitwerken.

Ouderenzorg

Gelet op de volumes per sub-regio is het haalbaar om de benodigde verpleeghuiscapaciteit (VV intramuraal, ZP 4-8) lokaal te organiseren⁷. Hiermee wordt bedoeld dat binnen de sub-regio moet worden bekeken hoe de capaciteit in kleinschalige voorzieningen wordt verdeeld over de verschillende kernen. We bevelen aan om die kleinschalige verpleeghuis-voorzieningen te realiseren in de nabijheid van woonzorgvoorzieningen (vormen van scheiden wonen-zorg). Specialistische vormen van zorg dienen op het niveau van de sub-regio te worden georganiseerd. De aantallen voor de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en het Eerstelijns Verblijf (ELV) lijken qua omvang minder geschikt om op lokaal niveau te organiseren. Echter, gelet op de ingezette

⁶ Het is belangrijk om rekening te houden met deze ontwikkeling, om daarmee te voorkomen dat er teveel plaatsen worden bijgebouwd.

⁷ ZP VV 1-3 worden niet meer afgegeven. De zorgbehoefte die bij deze ZP's hoort wordt geboden conform de principes van scheiden van wonen en zorg. Onder andere bestaande woonzorg-complexen en serviceflats voorzien in deze behoefte. Houdt hier rekening mee bij het eventueel uitbreiden van de bestaande capaciteit. Een vergelijkbare 'waarschuwing' geldt ook voor de lage ZP's in de VG en LG, welke conform scheiden wonen en zorg worden ingevuld.

ontwikkeling om mensen langer thuis te laten wonen, de behoefte om mensen in de nabijheid van de eigen woning tijdelijk op te vangen of te laten herstellen en de hoge bezettingsgraad van de ELV-plaatsen pleit het ervoor om ELV op een lager niveau dan de sub-regio te organiseren. Dit lijkt qua aantallen alleen haalbaar, indien ELV wordt gebundeld met locaties waar verpleeghuiszorg wordt geboden en/of woonzorg-voorzieningen. We adviseren om hierbij ook nauw aan te sluiten bij de ontwikkeling van voorzieningen op het gebied van respijtzorg en kortdurend verblijf.

Voor de GRZ adviseren wij om dit op sub-regionaal niveau te organiseren. De specifieke behandelexpertise en bijbehorende schaal om GRZ kwalitatief goed te organiseren maken het niet haalbaar om dit lokaal te organiseren.

Daarnaast geldt voor de ouderenzorg dat ook bundeling met voorzieningen die zijn gericht op dagbesteding, sociaal-recreatieve activiteiten en welzijn een belangrijke voorwaarde is om de leefbaarheid te bevorderen. Hiermee dient rekening te worden gehouden bij het (her)ontwikkelen van verblijfsvoorzieningen.

Gehandicaptenzorg

Anders dan in de ouderenzorg liggen de volumes in de gehandicaptenzorg aanzienlijk lager en is de verblijfsduur veel langer. Op zich biedt een en ander voldoende schaal om ook deze verblijfsvoorzieningen op lokaal niveau te organiseren. Vanuit het perspectief van de inclusieve samenleving is het wenselijk om mensen zo lokaal mogelijk een plek te bieden, in een voor hen vertrouwde omgeving, in de nabijheid van werk, dagbesteding en school. Om dit op lokaal niveau te realiseren ligt bundeling met andere sectoren voor de hand. Bundeling met de GGZ zal zich met name richten op cliënten met een verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrische problematiek. Bundeling met de ouderenzorg richt zich met name op VG-clieënten waarbij ook sprake is van dementie. Vanuit de insteek van een integraal aanbod van kennis en expertise is het bundelen van verblijfsvoorzieningen goed uitlegbaar.

In de basis geldt bovenstaand ook voor de LG. Met die uitzondering dat voor het specialistische deel van de LG geldt dat, vanwege het lage volume in de regio, in combinatie met de specifieke ondersteuningsbehoefte, de verblijfsvoorzieningen het beste op het niveau van de totale aardbevingsregio kunnen worden georganiseerd.

Daarnaast geldt voor de gehandicaptenzorg dat ook bundeling met voorzieningen op het gebied van dagbesteding, onderwijs en werk een belangrijke voorwaarde is om de kwaliteit van de ondersteuning aan deze mensen te borgen. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het (her)ontwikkelen van verblijfsvoorzieningen.

Geestelijke gezondheidszorg

Voor de GGZ geldt, nog sterker dan in de GZ, dat de volumes per sub-regio beperkt zijn. Op basis van de demografische ontwikkeling verwachten we de komende jaren ook geen grote groei. Op basis van maatschappelijke en sociaaleconomische ontwikkelingen en een toenemende complexiteit van de samenleving kan er mogelijk wel groei ontstaan. Daarnaast is de GGZ er meer en meer op gericht om cliënten zo snel mogelijk terug te laten keren in de maatschappij waardoor het beroep op verblijfszorg zal afnemen. De kans hierop wordt vergroot indien cliënten kunnen verblijven in een voor hen bekende omgeving. De GGZ-verblijfszorg, gericht op behandeling, zal daarmee naar verwachting in toenemende mate een specialistisch karakter krijgen en op het niveau van de sub-regio of een hoger niveau worden gerealiseerd.

Daarnaast geldt dat, net als voor de GZ, ook in de GGZ meer overlap is met problematiek waarover specifieke deskundigheid aanwezig is binnen andere sectoren, zoals de GZ. Voor de GGZ wordt ook steeds meer overlap geconstateerd met de ouderenzorg, dit vanwege de groeiende groep ouderen, die te maken heeft met psychiatrische problematiek. Vanuit dat perspectief is het aan te bevelen om op lokaal niveau de verbinding te zoeken tussen de GGZ, GZ en ouderenzorg zodat mensen met psychische problemen blijven participeren.

Voor de GGZ geldt dat, net als voor de GZ, ook bundeling met voorzieningen op het gebied van onderwijs en werk een belangrijke voorwaarde is om de kwaliteit van de ondersteuning aan deze mensen te borgen. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het (her)ontwikkelen van verblijfsvoorzieningen.

Aandachtspunten

Om deze ontwikkelingen mogelijk te maken is het van belang dat de aanbieders en huidige elf gemeenten niet vanuit hun eigen belang, sector en gemeente blijven redeneren. Bundeling en spreiding is noodzakelijk om de verwachte vraag naar verblijfszorg toekomstbestendig te kunnen organiseren. Daarvoor is het van belang om over de eigen schaduw heen te stappen. Ook is het van belang om met aangrenzende (beleids)terreinen de samenwerking te zoeken en te verstevigen. Denk daarbij aan onderwijs, welzijn en werkgelegenheid.

Verder geldt dat er specifieke aandacht nodig is voor het effect dat burgerinitiatieven en nieuwe toetreders hebben op de bestaande en benodigde verblijfsvoorzieningen. Vanuit het perspectief van draagvlak is het van belang om aan te sluiten bij bestaande lokale initiatieven. Vanuit het perspectief van continuïteit en kwaliteit is samenwerking en afstemming tussen deze initiatieven en andere partijen in de sub-regio's vereist.

Dit toekomstperspectief richt zich primair op verblijfszorg. We zijn ons er terdege van bewust dat naast de aardbevingsproblematiek ook op het gebied van arbeid de nodige opgaven liggen. In het kader van de versterkingsopgave is het van belang om ook vanuit het perspectief 'arbeid' te kijken naar de (her)ontwikkeling van zorgvastgoed.

Daarnaast is het van belang dat we, hoewel we over een toekomstperspectief spreken, de situatie zoals die er nu is, niet uit het oog verliezen. Het toekomstperspectief schetst de SOLL-situatie, de situatie waar we naar toe willen. Maar we hebben ook te maken met de IST-situatie, de situatie zoals het nu is, en mede bepaalt of de SOLL-situatie haalbaar is. Daarom is het voor het uitvoeren van de versterkingsopgave van groot belang zo concreet mogelijk zicht te hebben op de bestaande situatie.

Tot slot moet er rekening mee worden gehouden dat het perspectief op zorg op een groter geografisch gebied van toepassing is, dan het aardbevingsgebied dat in eerste instantie voor versterking in aanmerking komt. Deze versterkingsopgave richt zich in eerste instantie op de 0,2 contour⁸ (ter informatie als cirkel opgenomen in figuur A). Dit betekent dat een aanzienlijk gedeelte van het gebied van de elf gemeenten die betrokken zijn bij het traject om te komen tot een perspectief op zorg, buiten de scope valt. Wij adviseren om integraal met de versterkingsopgave aan de slag te gaan en niet alleen te focussen op de 0,2 contour, maar de gehele aardbevingsregio te betrekken bij de uitvoering van de versterkingsopgave.

⁸ Naast de 0,2 contour richt de versterkingsopgave zich ook op de kernen Bedum, Siddeburen en Delfzijl.

4. Perspectief op verblijfszorg

De opgave richt zich op verblijfszorg in de aardbevingsregio en de specifieke uitdagingen in dit gebied. Om de uitdagingen aan te pakken moeten maatregelen worden genomen. Maatregelen die voortvloeien uit een perspectief op de toekomst. Een perspectief waarin mensen kunnen wonen waar ze willen, waar ze zich veilig voelen en passende zorg en ondersteuning krijgen. Een perspectief waarin samen-redzaamheid en participatie niet alleen holle woorden zijn, maar daadwerkelijk invulling krijgen. Een perspectief waarin ontmoeting en sociale interactie voorwaarden zijn om verblijfsvoorzieningen te creëren en de leefbaarheid te vergroten.

Vanuit dit perspectief zijn enkele belangrijke uitgangspunten geformuleerd voor de toekomstige inrichting van zorg in deze regio, gebaseerd op een:

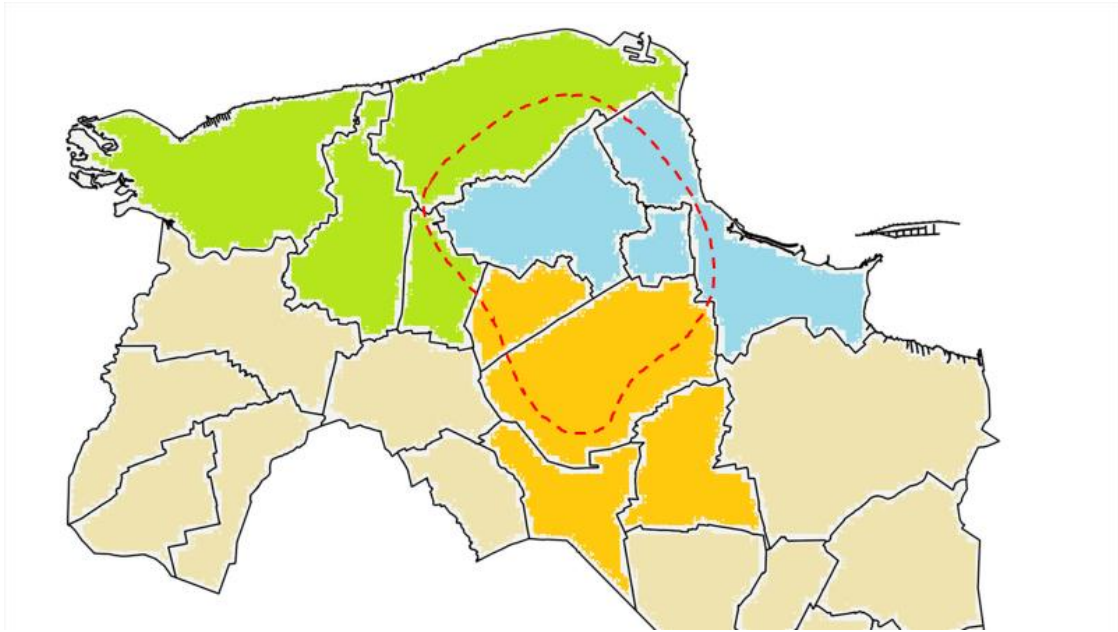
- gebiedsgerichte benadering,
- spreiding van generalistische verblijfsvoorzieningen,
- centralisatie van specialistische verblijfsvoorzieningen,
- ontwikkeling van nieuwe vastgoedconcepten voor wonen en zorg,
- nauwere samenwerking binnen en tussen sectoren.

Bovenstaande punten werken we uit aan de hand van een korte beschrijving op basis van onze constateringen, de adviezen die wij op basis hiervan geven en de effecten die daarmee worden bereikt. Ook geven we per zorgsector aan wat wij zien als generalistische en specialistische verblijfsvoorzieningen. Verschillende elementen, zoals bijvoorbeeld het bundelen van voorzieningen, het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen en de inzet van domotica komen bij verschillende uitgangspunten terug. Dit onderstreept de overlap tussen de uitgangspunten en toont aan dat het belangrijk is om integraal met de opgave aan de slag te gaan.

4.1 Gebiedsgericht aan de slag

Beschrijving:

We bevelen aan om vanuit drie sub-regio's aan de slag te gaan: BWME, DAL en Midden Groningen. Binnen deze sub-regio's geldt het uitgangspunt dat generalistische vormen van zorg en ondersteuning lokaal, in de verschillende dorpen en/of wijken beschikbaar moeten zijn. Dit vraagt binnen elke 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. Indeling in deze regio's maakt het mogelijk om aan te sluiten bij lokale initiatieven en een tijdpad te kiezen dat past bij de stand van zaken in elke sub-regio.



Figuur A: Weergave van de verdeling van de aardbevingsregio in drie sub-regio's, met daaroverheen de grens van 0,2 contour.

Coördinatie binnen de sub-regio's is cruciaal om te voorkomen dat initiatieven naast elkaar worden uitgezet die elkaar tegenwerken. Het instellen van een gebiedscoördinator is wenselijk. De coördinator draagt zorg voor het bij elkaar brengen van partijen uit verschillende sectoren, het faciliteren van het gesprek en opstellen van plannen in het kader van de versterkingsopgave. De coördinator handelt vanuit de uitgangspunten die horen bij het perspectief op zorg.

Adviezen:

- Er wordt gewerkt vanuit drie sub-regio's: DAL, Hogeland en Midden-Groningen (inclusief de gemeente Ten Boer).
- Vanuit de lokale specifieke omstandigheden worden binnen deze sub-regio's afspraken gemaakt over de spreiding van voorzieningen voor verblijfszorg.
- Bij het maken van afspraken worden de inwoners van de sub-regio nauw betrokken.
- Het maken van afspraken gebeurt onder regie van een gebiedscoördinator.
- De coördinator vervult een onafhankelijke positie en is bij voorkeur niet verbonden aan een betrokken partij in het aardbevingsgebied.
- De drie sub-regio's maken afspraken over de beschikbaarheid van regio-overstijgende, specialistische verblijfsvoorzieningen. Daarbij wordt ook waar nodig de verbinding gezocht met aangrenzende sub-regio's, die mogelijk ook aangewezen zijn op deze specialistische voorzieningen.
- Bij de gebiedsgerichte aanpak wordt nauw aangesloten bij reeds ingezette ontwikkelingen en bestaande planvorming in de verschillende sub-regio's.

Effect:

De randvoorwaarde om gebiedsgericht aan de slag te gaan draagt eraan bij dat de lokale context nadrukkelijk wordt meegenomen bij de uitvoering van verschillende maatregelen. Het instellen van een onafhankelijk gebiedscoördinator draagt bij aan het draagvlak bij de totstandkoming en uitvoering van versterkingsplannen.

4.2 Spreiden van generalistische verblijfsvoorzieningen

Beschrijving:

In de regio wordt breed onderschreven dat generalistische vormen van zorg zo lokaal mogelijk en dichtbij de plek waar men woont moet worden georganiseerd. Om deze generalistische vormen van zorg zo lokaal mogelijk te organiseren is het van belang om te investeren in het behoud van de leefbaarheid, het stimuleren van participatie en het versterken van de circulaire economie. Om (dure) voorzieningen beschikbaar te houden, personeel efficiënt in te kunnen zetten (binnen een steeds krappere wordende arbeidsmarkt) en benodigde kennis en expertise te bundelen is samen optrekken noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om samen optrekken met zorgaanbieders uit de eigen sectoren, maar ook met aanbieders uit andere sectoren en zelfs met organisaties en actoren uit andere domeinen, zoals het onderwijs, welzijn en werkgelegenheid.

Bovenstaande vraagt om een lokale/wijkgerichte aanpak, waarbij ook zeker initiatieven die van onderaf ontstaan worden omarmd. Denk daarbij aan verschillende vormen van burgerinitiatieven en/of zorgcoöperaties.

Onder generalistische verblijfsvoorzieningen vallen onder andere voorzieningen voor:

- algemene verpleeghuiszorg,
- woonzorg-complexen gekoppeld aan een locatie voor verpleeghuiszorg,
- eerstelijnsverblijf,
- beschermd en beschut wonen voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap,
- beschermd en beschut wonen voor mensen met psychiatrische problematiek.

Adviezen:

- Het is van belang om per sub-regio nader af te stemmen welke zorg binnen generalistische verblijfsvoorzieningen wordt geleverd. Daarbij wordt gekeken naar de huidige en toekomstige zorgvraag, in combinatie met de benodigde kennis en expertise om desbetreffende zorg kwalitatief hoogwaardig en efficiënt te kunnen organiseren.
- Uitgangspunt is om verblijfsvoorzieningen te spreiden binnen de sub-regio, mits er voldoende schaalvolume is om dit ook efficiënt te organiseren.
- Dit betekent dat indien voor bepaalde gebouwen wordt overgegaan tot nieuwbouw het voor kan komen dat op de huidige locatie minder capaciteit wordt gebouwd en op locaties waar deze voorziening nog niet beschikbaar is de resterende capaciteit wordt ontwikkeld. Bijvoorbeeld, een voorziening met 80 plaatsen wordt afgekeurd en nieuwbouw is noodzakelijk. 40 plaatsen worden teruggebouwd op dezelfde locatie, de overige 40 plaatsen op een andere locatie in de sub-regio om een betere spreiding van voorzieningen te realiseren (mogelijk gebundeld met een voorziening uit een andere sector, zodat beide locaties wel exploitabel zijn).
- Burgerinitiatieven en zorgcorporaties worden betrokken bij of ingepast in de ontwikkeling van generalistische basisvoorzieningen. De sub-regio's hebben baat bij de ontwikkeling van deze initiatieven, waarbij het wel van belang is dat deze duurzaam worden georganiseerd. Het is belangrijk dat de kwaliteit van de zorg en ondersteuning verantwoord is en de continuïteit van deze initiatieven is geborgd.

Effect:

De lokale aanwezigheid van generalistische verblijfsvoorzieningen heeft een positief effectief op de leefbaarheid in het brede gebied. Ook wordt zorg bereikbaar voor mensen, doordat de verblijfsvoorzieningen lokaal en daardoor dichterbij beschikbaar zijn. Tot slot is ook 24-uurszorg

voor mensen in de thuissituatie lokaal effectiever te organiseren, vanwege de nabijheid van verblijfsvoorzieningen.

4.3 Centraliseren van specialistische verblijfsvoorzieningen

Beschrijving:

In de gehele regio wordt de gedachte gedeeld dat specialistische vormen van zorg centraal worden georganiseerd. Met centraliseren bedoelen we in dit geval dat dergelijke voorzieningen op sub-regionaal niveau worden georganiseerd. Daarbij is het van groot belang om ook aardbevingsregio-overstijgend te kijken. Verschillende voorzieningen bieden een bovenregionale, soms zelfs provinciegrens-overstijgende functie. Het organiseren van specialistische voorzieningen kan op meerdere niveaus plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld op het niveau van het benodigde personeel, maar ook in relatie tot het benodigde vastgoed.

Bij het centraliseren van specialistische voorzieningen bevelen we aan om zoveel mogelijk voorzieningen fysiek te bundelen. Een voorbeeld is bijvoorbeeld het aan elkaar koppelen van voorzieningen voor verzorging en verpleging, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Uitgangspunt is dat specialistische vormen van zorg centraal zijn geclusterd en binnen elk van de drie sub-regio's beschikbaar is. Voor hele specifieke specialistische voorzieningen kan het, door het ontbreken van de benodigde schaal om een en ander efficiënt te organiseren, nodig zijn om deze voorzieningen op het niveau van de aardbevingsregio te organiseren (bijvoorbeeld specialistische ggz-verblijfszorg). Uitgangspunt daarbij is dat dergelijke voorzieningen wel binnen de aardbevingsregio beschikbaar blijven.

Onder specialistische verblijfsvoorzieningen vallen onder andere voorzieningen voor:

- verpleeghuiszorg voor specifieke ziektebeelden, zoals Huntington en Korsakov.
- geriatrische revalidatiezorg,
- verblijf voor mensen met een ernstig meervoudige verstandelijke beperking,
- verblijf voor mensen met een verstandelijke beperking waar zware gedragsproblematiek dominant is en 1 op 1 begeleiding in veel gevallen noodzakelijk is,
- verblijf voor mensen met een lichamelijke beperking, die een beroep doen op hoog-specialistische zorg,
- verblijf voor de behandeling van psychiatrische problematiek.

Adviezen:

- Het is van belang om per sub-regio af te stemmen wat onder specialistisch wordt verstaan. Daarbij wordt gekeken naar de huidige en toekomstige zorgvraag, in combinatie met de benodigde kennis en expertise om desbetreffende zorg kwalitatief hoogwaardig en efficiënt te kunnen organiseren.
- Specialistische vormen van zorg zijn binnen elk van de drie sub-regio's beschikbaar, mits er voldoende schaalvolume is om dit ook efficiënt te organiseren.
- Indien dit niet per sub-regio mogelijk is, wordt dit geclusterd voor de gehele regio georganiseerd.
- Daarbij hoort de ontwikkeling van specialistische zorgcentra, waarbinnen verschillende disciplines, vanuit verschillende sectoren en vanuit verschillende zorgaanbieders worden gebundeld en ingezet in de sub-regio's.

Effect:

De centralisatie van verblijfsvoorzieningen draagt bij aan het beschikbaar houden van specialistisch zorg in de aardbevingsregio. Hiermee borgen we naast de beschikbaarheid ook de kwaliteit van deze zorg. Specialistische voorzieningen worden efficiënter ingezet en blijven behouden voor de totale regio. Mensen zijn minder snel genoodzaakt om voor specialistische voorzieningen grote afstanden af te leggen.

4.4 Ontwikkelen van nieuwe zorgvastgoedconcepten

Beschrijving:

De bevolkingsontwikkeling, alsmede de beweging om mensen langer zelfstandig te laten wonen of zo snel mogelijk weer zelfstandig te laten wonen, hebben tot gevolg dat er op een andere manier moet worden gekeken naar verblijfsvoorzieningen. De extramuralisering in de zorg heeft ertoe geleid dat het vroegere verzorgingshuis op papier is verdwenen⁹. De beweging om mensen met een handicap of psychiatrische problematiek waar mogelijk zo zelfstandig te laten wonen vraagt om een andere inrichting van wonen en zorg.

Er ontstaat ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe vastgoedconcepten die het gat vullen tussen de reguliere woning en de traditionele verblijfsvoorzieningen. In dit tussengebied ontstaat volop ruimte om nieuwe concepten voor wonen in combinatie met zorg te ontwikkelen. Vormen van beschut en verzorgd wonen, waarbij zorg ambulante wordt georganiseerd. Of de ontwikkeling van verschillende vormen van tijdelijk verblijf. Ook concepten waarbinnen verschillende sectoren worden gebundeld sluiten aan bij de tijdsgeest. Hierbij is het van groot belang om ook kritisch te kijken naar het bestaande vastgoed en aandacht te hebben voor de wijze waarop in gezamenlijkheid wordt omgegaan met de risico's die horen bij de exploitatie van het vastgoed.

Daarnaast zijn er naast vernieuwing van de 'stenen' ook andere veranderingen noodzakelijk. Verandering die nodig is om mensen zo lokaal mogelijk duurzaam en langdurig te ondersteunen. Vernieuwingen die zich nadrukkelijk richten op het vergroten van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg en ondersteuning. Investeren in zorg op afstand, het toegankelijk en levensloopbestendig maken van reguliere woningen, het gezamenlijk organiseren van 24-uurs beschikbaarheid van voorzieningen zoals nachtzorg en 24-uurs toezicht zijn enkele pijlers waarin moet worden geïnvesteerd. Deze samenwerking gaat over de diverse zorgsectoren heen en alle betrokken partijen moeten bereid zijn over hun eigen schaduw heen te stappen. Ook het realiseren van laagdrempelige en toegankelijke voorzieningen waarbij ontmoeting en sociale interactie centraal staan is noodzakelijk.

Adviezen:

- Onder zorgvastgoed verstaan we alleen het vastgoed dat wordt onttrokken aan de reguliere woningmarkt, specifiek voor het bieden van wonen in combinatie met zorg.
- Nieuw vastgoed dient ten aller tijden alternatief aanwendbaar te zijn. Enerzijds is het geschikt voor meerdere doelgroepen, anderzijds is er mogelijkheid tot omkeerbaar bouwen.
- Nieuw vastgoed dient een maatschappelijke functie te vervullen, naast het bieden van verblijf.
- Er is geconstateerd dat verschillende partijen zich zorgen maken over financiering van het zorgvastgoed. Zowel voor wat betreft het bestaande, als het nieuw te ontwikkelen vastgoed. We vinden het van belang dat de verschillende partijen, waaronder corporaties,

⁹ In de praktijk zijn deze gebouwen niet allemaal verdwenen. Het is belangrijk deze gebouwen mee te nemen in de planvorming.

zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraar/kantoor afspraken maken hoe wordt omgegaan met de risico's die voortkomen uit financieringsvraagstukken aangaande het vastgoed.

- Het gebruik van technologie, waaronder zorg op afstand en domotica, zijn een onderdeel van en/of leveren een bijdrage aan nieuwe vastgoedconcepten.
- Nieuwe vastgoedconcepten sluiten aan bij de overige uitgangspunten van het perspectief op de toekomst.
- Ook wordt er (lokaal) voldoende capaciteit gerealiseerd voor tijdelijk en kortdurend verblijf. Vastgoed-concepten maken het mogelijk om eenvoudiger de benodigde capaciteit uit te breiden, dan wel af te schalen op basis van de daadwerkelijke behoefte.

Effect:

Door het aanbod van verschillende concepten uit te breiden, vergroten de mogelijkheden voor mensen om zo lang mogelijk of zo snel mogelijk daar te kunnen wonen waar zij zich prettig en veilig voelen en waar de passende zorg en ondersteuning effectief kan worden ingezet.

4.5 Samenwerken bevorderen binnen en tussen sectoren

Beschrijving:

Om succesvol te zijn bij het inrichten van de zorg en ondersteuning is het van groot belang om bij het organiseren van verblijfszorg bottom-up te bekijken wat nodig is. Daarbij geldt de lokale en waar nodig sub-regionale context als uitgangspunt. Op basis van vertrouwen en integrale, domein-overstijgende samenwerking is het zaak om te werken aan een toekomstbestendige inrichting van verblijfszorg. Deze samenwerking betreft niet alleen een samenwerking tussen zorgaanbieders onderling, zowel binnen de eigen sector, als tussen zorgsectoren, maar ook structurele samenwerking met gemeenten, welzijnsorganisaties, corporaties, zorgkantoor en zorgverzekeraar.

Deze samenwerking is nodig om het bundelen van verblijfsvoorzieningen te realiseren. Bundelen van voorzieningen is een belangrijke voorwaarde om de benodigde verblijfsvoorzieningen beschikbaar te houden voor de aardbevingsregio.

Ook het bundelen van voorzieningen op andere terreinen is daarbij belangrijk. Hiervoor is verdergaande samenwerking met onder andere onderwijs en arbeidsmarkt noodzakelijk. Het is belangrijk dat de ontwikkelingen op het gebied van de zorg een bijdrage leveren aan de bredere opdracht in de aardbevingsregio om het economisch perspectief in dit gebied te versterken.

Adviezen:

- Er is geconstateerd dat de verschillende partijen snel geneigd zijn om de oorzaak van veel knelpunten die zij ervaren bij de verbetering van de zorg bij andere partijen neer te leggen. Er is ook geconstateerd dat het gesprek tussen de verschillende partijen niet of nauwelijks plaatsvindt. Hierdoor blijven knelpunten mogelijk onnodig bestaan. Het advies is dan ook om dit gesprek te organiseren, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de gebieds-coördinatoren als onafhankelijk gespreksleider.
- Om samenwerking te bevorderen is het elkaar kennen/ontmoeten/spreken van groot belang. Binnen de aardbevingsregio wordt dit op veel plekken al opgepakt. We adviseren om dit overleg te intensiveren, waarbij nadrukkelijk afstemming met reeds bestaande overlegstructuren wordt gezocht. Van belang is dat alle stakeholders hiervoor worden uitgenodigd, inclusief cliënten/inwoners.
- Bestaande bekostiging van zorg en ondersteuning dient niet belemmerend te werken bij het realiseren van verblijfsvoorzieningen die aansluiten bij het perspectief op de toekomst.

- Financierende partijen committeren zich en ondernemen actie om belemmeringen in de bekostiging en bestaande wet- en regelgeving weg te nemen.
- Bij het ontwikkelen van nieuwe of het aanpassen van bestaande verblijfsvoorzieningen dient structureel te worden verkend wat de mogelijkheden zijn om te bundelen. De haalbaarheid van bundelingsmogelijkheden dienen hierbij te worden onderzocht. Ook het verkennen van de mogelijke verbinding met burgerinitiatieven is hierbij een belangrijk onderdeel.
- Gelet op de kleinschaligheid, gecombineerd met de unieke eigenschappen en identiteit van veel dorpen en wijken kan worden gesteld dat er weinig tot geen ruimte is voor concurrentie in deze gebieden. De sleutel tot succes bevindt zich in het verstevigen van de onderlinge samenwerking.

Effect:

Door nauw samenwerken wordt kennis en expertise van verschillende sectoren efficiënt ingezet. Hierdoor vergroten de kansen om desbetreffende zorg voor de regio beschikbaar te houden, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. Samenwerking verbreedt daarnaast het blikveld van de verschillende stakeholders, waardoor nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan.

5. Implementatie

Om de versterkingsopgave vanuit dit perspectief op zorg uit te voeren is het van belang om op korte termijn, gezamenlijk aan de slag te gaan. Stilzitten is geen optie, actie is noodzakelijk.

Wij adviseren om, na besluitvorming over dit perspectief op zorg, op korte termijn per sub-regio een coördinator aan te stellen. Zij vervullen een belangrijke rol om de partijen bij elkaar te brengen en vorm en inhoud te geven aan de planvorming ter voorbereiding op de versterkingsopgave per sub-regio. Zodat partijen daadwerkelijk met elkaar aan de slag gaan. De gebiedscoördinator werkt op basis van vertrouwen. Hij of zij heeft inhoudelijke kennis van het zorglandschap in de regio, kan op meerdere niveaus schakelen en is in staat om te verbinden. Begrippen als mandaat en doorzettingsmacht passen niet bij deze werkwijze. De gebiedscoördinator is bij voorkeur een externe, onafhankelijke persoon, met kennis van de (sub)-regio en de stakeholders.

We adviseren om de concrete uitwerking van het profiel van de gebiedscoördinator, waarin taken en verantwoordelijkheden gedetailleerder zijn beschreven, in het verlengde van dit toekomstperspectief op te stellen en ter besluitvorming voor te leggen aan de stuurgroep.

Wij adviseren om de bestaande stuurgroep intact te houden. De stuurgroep hangt boven deze gebiedscoördinatoren en bewaakt de continuïteit, voortgang en samenhang tussen de ontwikkelingen in de sub-regio's en stuurt waar nodig bij. In de stuurgroep zitten alle relevante partijen om de afstemming te realiseren met andere terreinen dan zorg en, indien nodig, kunnen escaleren richting (landelijke) overheden en beleidsbepalers.

Bijlage 1. Resultaten gebiedsanalyse

Demografie

Opmerkingen bij figuren:

- Toename oudere zorgvragers,
- afname mantelzorgers,
- behoefte aan levensloopbestendige woningen.

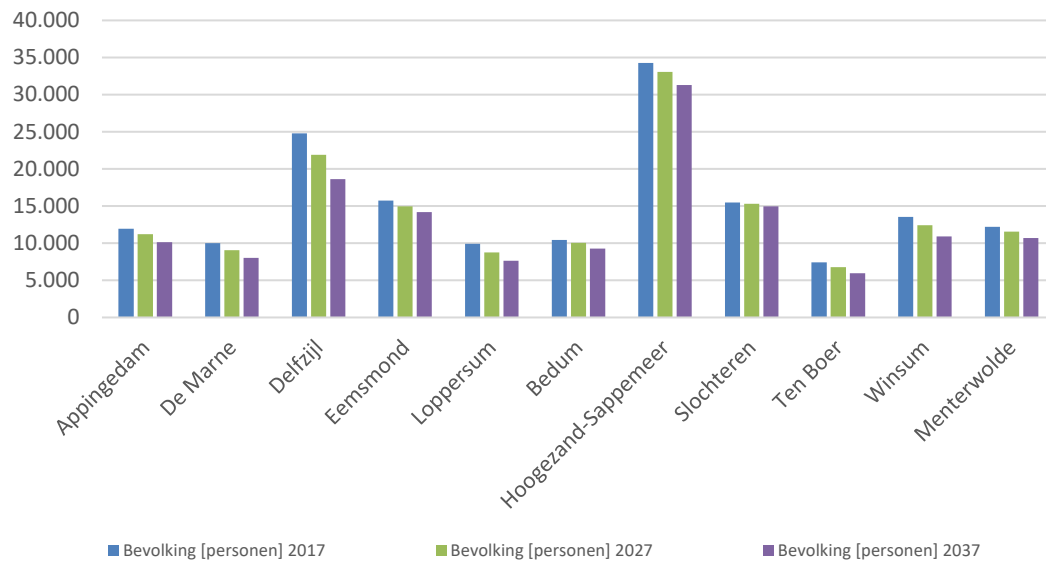
Bron: Primos Bevolkingsprognose, bewerkt door bureau HHM

11 gemeenten	2017	2022	2027	2032
Bevolking 0 - 19	36.105	32.602	29.695	27.577
Bevolking 20 - 44	41.930	39.714	38.463	37.086
Bevolking 45 - 64	51.352	47.966	43.060	37.638
Bevolking 65 - 74	21.352	22.152	21.968	22.183
Bevolking 75+	14.955	18.334	21.931	24.383
Eindtotaal	165.694	160.768	155.117	148.867

11 gemeenten	2017	2022	2027	2032
Bevolking 0 - 19	22%	20%	19%	19%
Bevolking 20 - 44	25%	25%	25%	25%
Bevolking 45 - 64	31%	30%	28%	25%
Bevolking 65 - 74	13%	14%	14%	15%
Bevolking 75+	9%	11%	14%	16%

Nederland	2017	2022	2027	2032
Bevolking 0 - 19	22%	22%	21%	21%
Bevolking 20 - 44	31%	30%	31%	30%
Bevolking 45 - 64	28%	27%	26%	24%
Bevolking 65 - 74	11%	11%	12%	12%
Bevolking 75+	8%	9%	11%	12%

Bevolkingsontwikkeling per gemeente



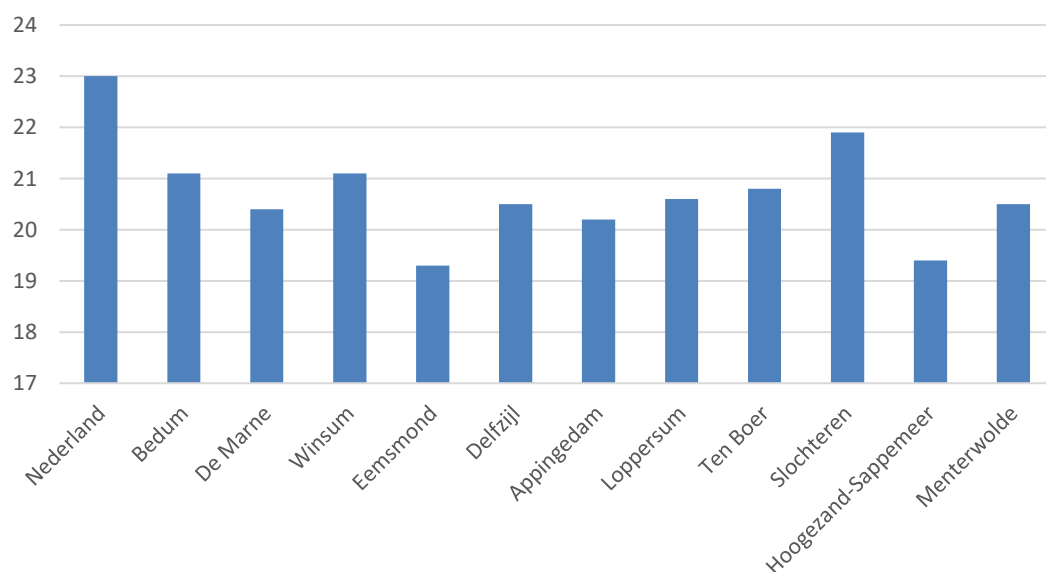
Sociaal economische status

Opmerkingen bij figuren:

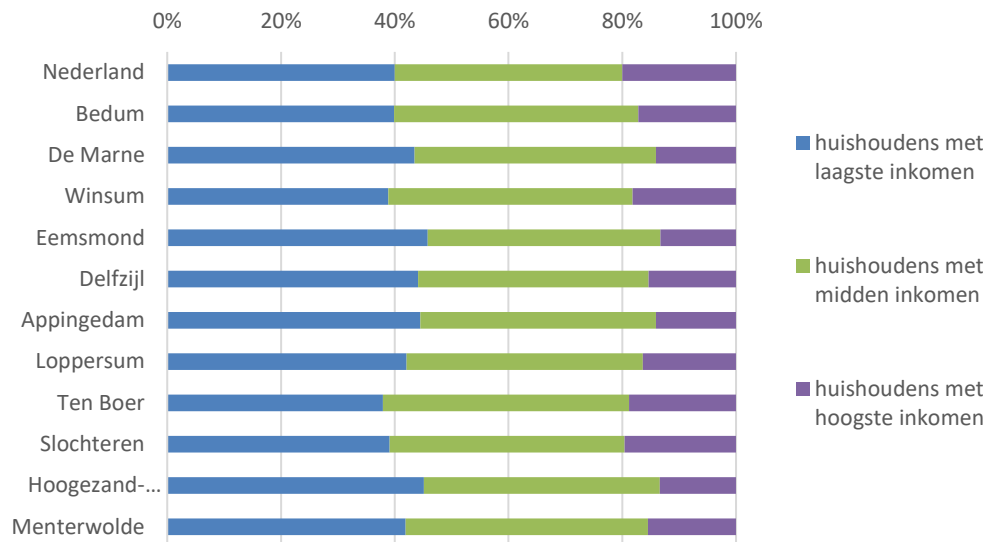
- Behoeftte aan woningen met lage huur,
- Weinig hoger opgeleide zorg-/behandelprofessionals beschikbaar.

Bron: CBS Kerncijfers Wijken en Buurten, bewerkt door bureau HHM

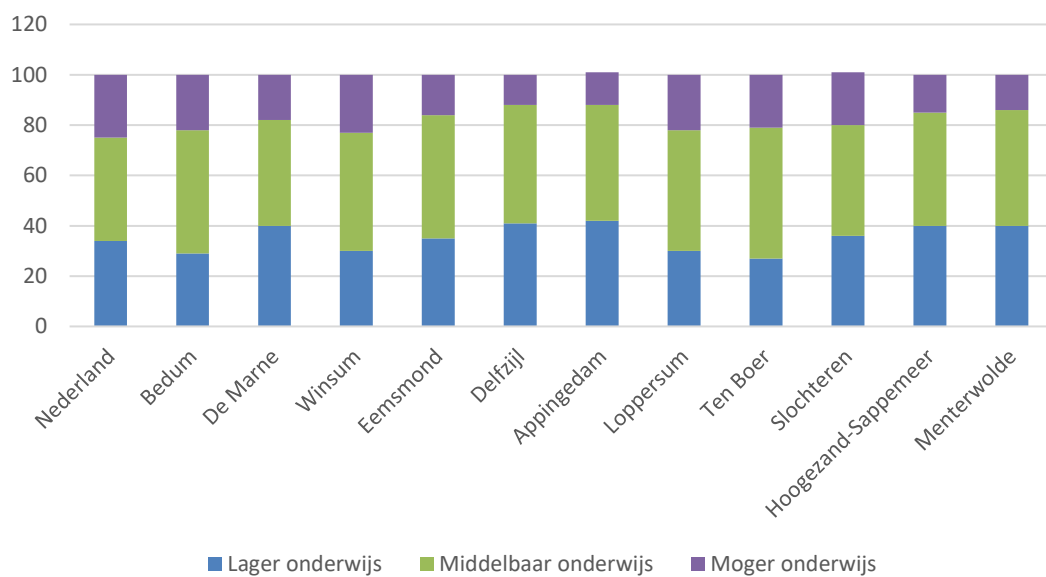
Gemiddeld jaarinkomen per inwoner (x €1.000)

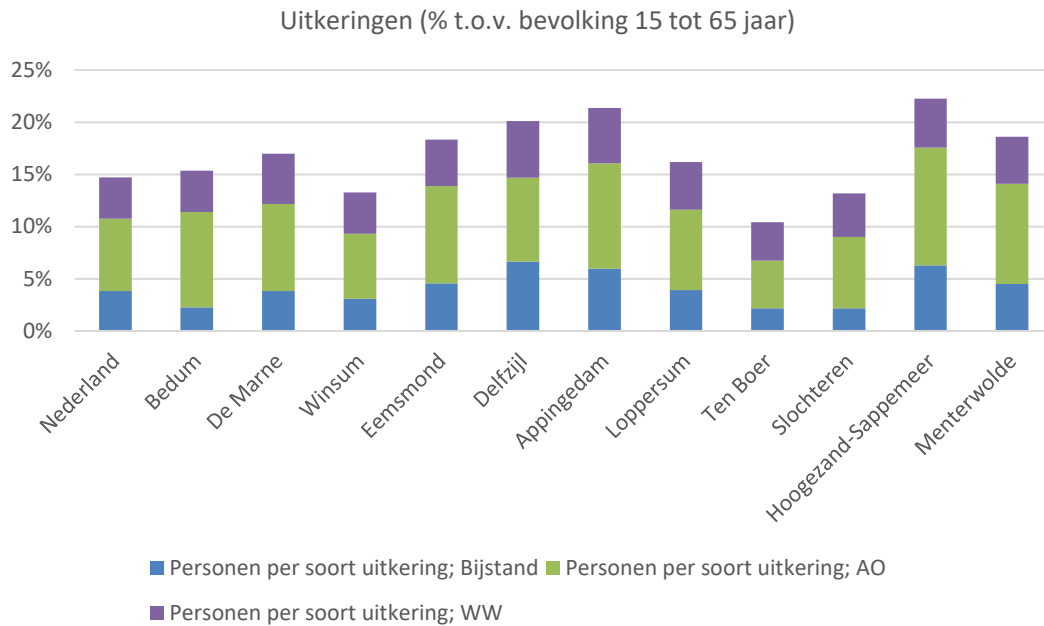


Laag, Midden en hoog gemiddeld besteedbaar inkomen per huishouden



Hoogstbehaalde opleidingsniveau (% t.o.v. 18+ zonder studerenden)



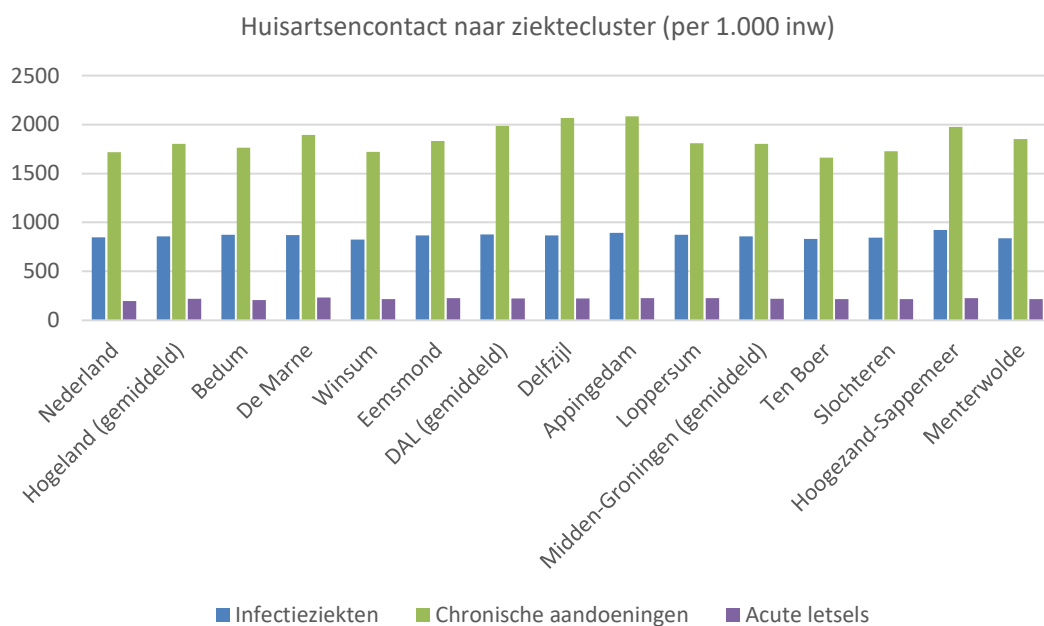


Gezondheidsstatus

Opmerkingen bij figuren:

- meer chronische aandoeningen, infectieziekten en acute letsels dan landelijk gemiddeld

Bron: Nivel, bewerkt door bureau HHM

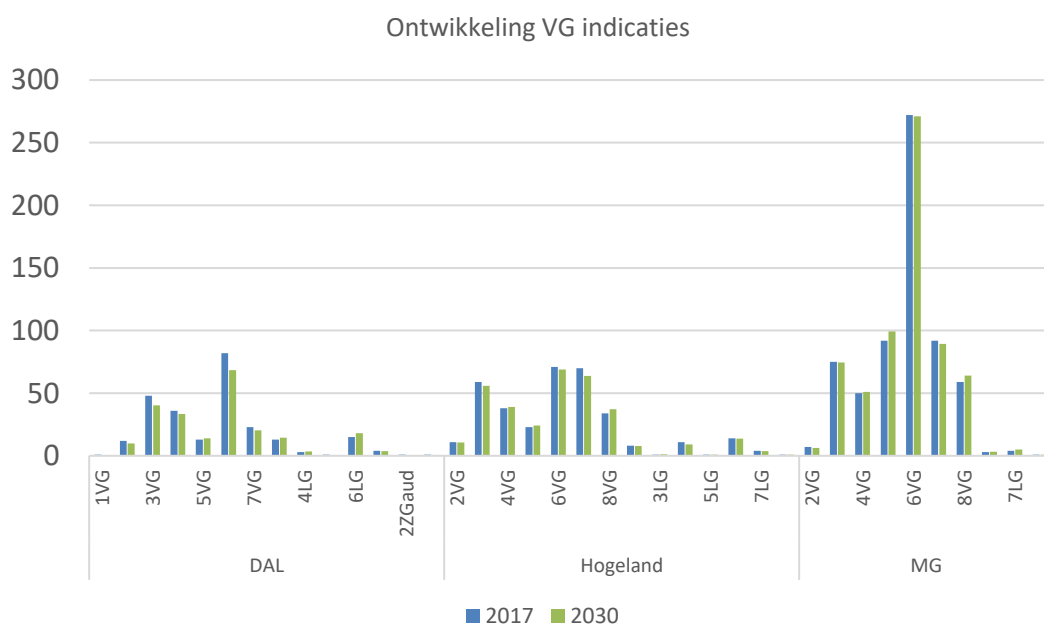
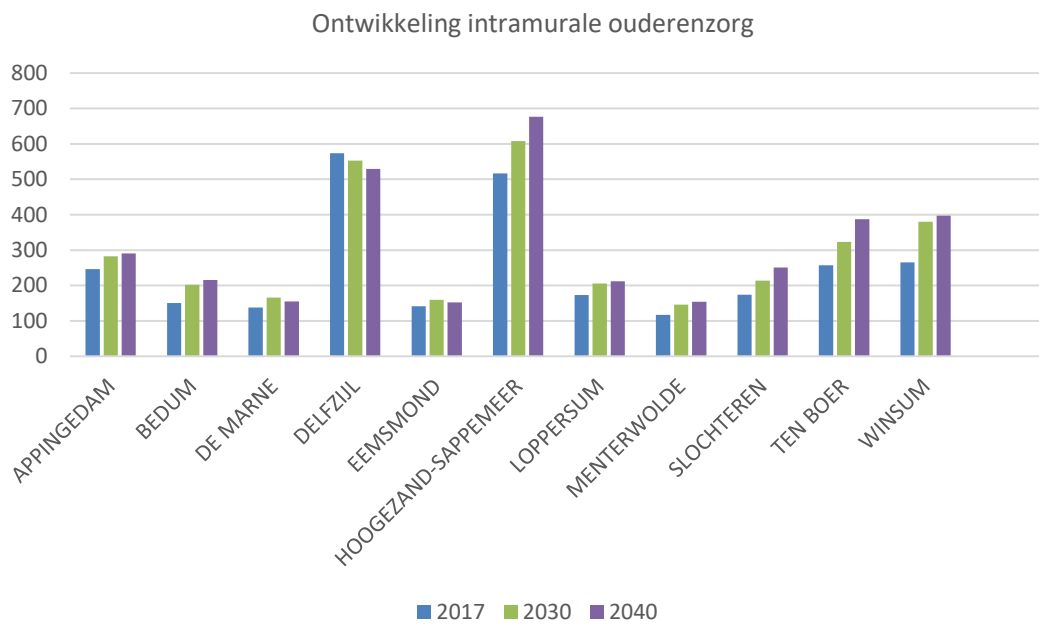


Zorggebruik Wlz

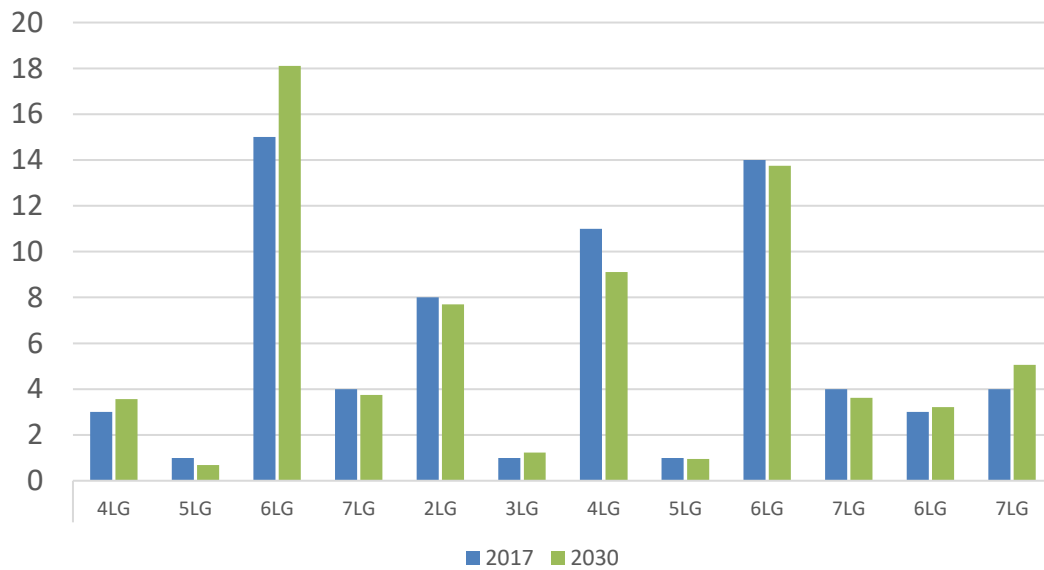
Opmerkingen bij figuren:

- o.b.v. demografie toename VV tot 2030, uitzondering Delfzijl, houdt o.a. verband met hoog percentage lage ZZP's
- o.b.v. demografie gelijkblijven GZ

Bron: Menzis Zorgkantoor, bewerkt door bureau HHM



Ontwikkeling LG indicaties



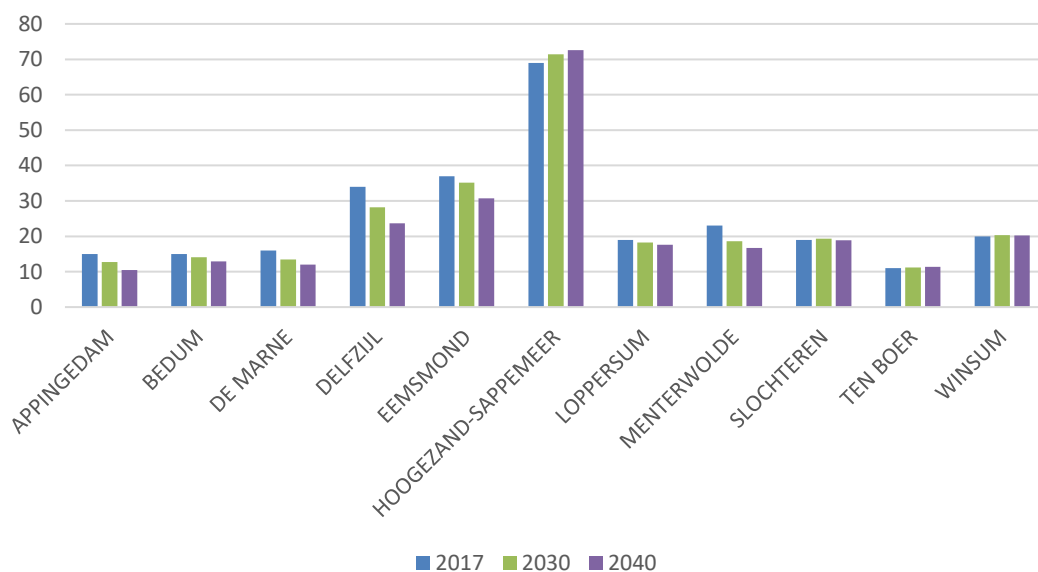
Zorggebruik Zvw

Opmerkingen bij figuren:

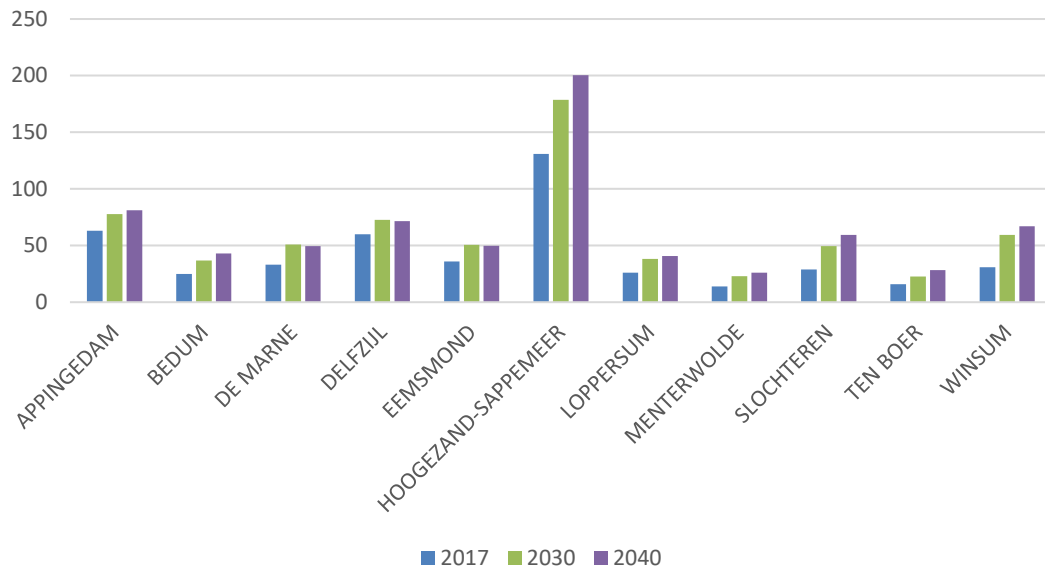
- o.b.v. demografie gelijk blijven GZ
- o.b.v. demografie afname GGZ, toename GRZ
- o.b.v. demografie toename ELV

Bron: Menzis Zorgverzekeraar, bewerkt door bureau HHM

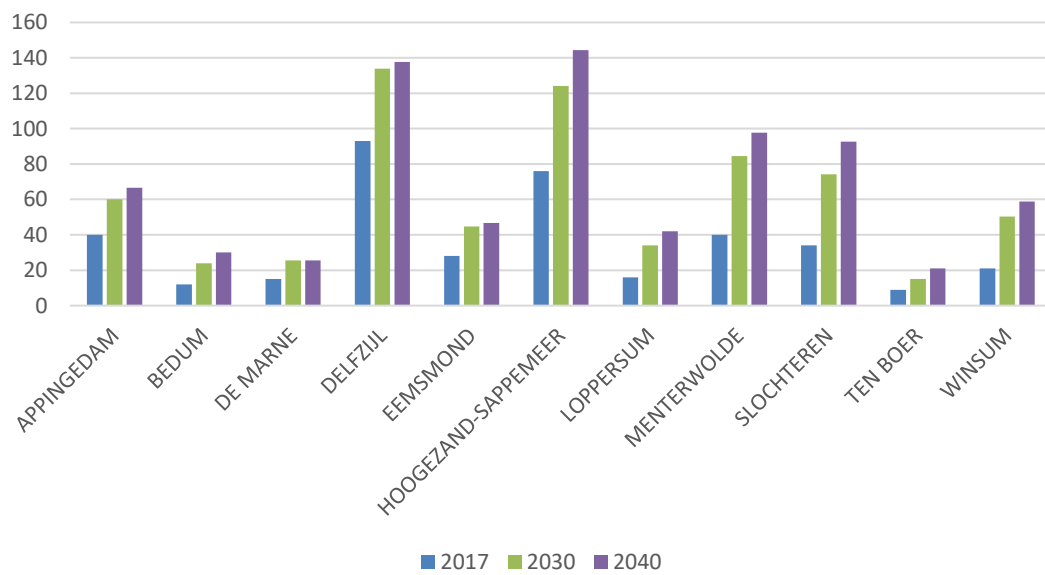
Ontwikkeling GGZ met verblijf (Zvw)



Ontwikkeling GRZ (Zvw)



Ontwikkeling ELV op basis van cijfers subsidieregeling 2016



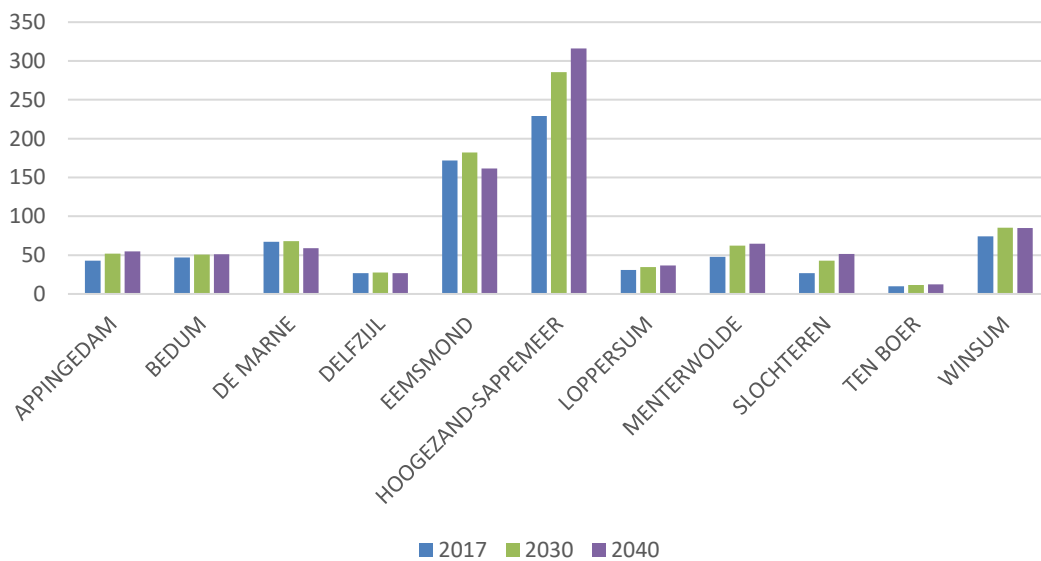
Zorggebruik Wmo

Opmerkingen bij figuren:

- o.b.v. demografie toename dagbesteding tot 2030, daarna in sommige gemeenten een afname o.b.v. verwachte bevolkingskrimp
- o.b.v. demografie afname Beschermd Wonen.

Bron: Wmo-Monitor, bewerkt door bureau HHM

Ontwikkeling Dagbesteding



Ontwikkeling Beschermd Wonen

