

Seker en Sûn in Fryslân

Een documentenstudie

door Guus Schrijvers, Stella Buurma,
Klaus Boonstra, Fransiska Mast,
Pepi Wadman, Jan Bleeker en Esther de Vrij



Seker en Sûn

samen voor de beste zorg in 2030

Seker en Sûn in Fryslân

een documentenstudie

Een onderzoek in 42 beleidsdocumenten uit de periode 2015 tot en met oktober 2017 over welzijn, gezondheid, zorg, individualisering en informatietechnologie in Friesland, als onderdeel van het project Seker en Sûn van GGD Fryslân, Zorgbelang Fryslân en ZorgpleinNoord in de Provincie Fryslân

door Guus Schrijvers, Stella Buurma, Klaus Boonstra, Fransiska Mast en Esther de Vrij.

Heerenveen, januari 2018

Contactadres

Guus Schrijvers
Medewerker Zorgbelang Fryslân
K.R. Poststraat 70-72
8441 ER Heerenveen
0854832433

Inhoudsopgave

Inleiding op het onderzoek	6
Leeswijzer	9
 Gezond en wel in Fryslân 2000 – 2030	 10
2.1 Introductie	11
2.2 Bevolkingssamenstelling, nu en straks	12
2.3 Gezondheid van Nederlanders	16
2.4 Gezondheid van Friezen	18
2.5 Welzijn in Nederland en Friesland	23
2.6 De vraag naar dienstverlening en zorg in Friesland	26
2.7 Wonen en woonomgeving	29
2.8 Eenzaamheid en sociale contacten	32
2.9 Mantelzorg en vrijwilligerswerk	35
2.10 Discussie: de betekenis voor Seker en Sûn	37
 Individualisering en gemeenschapszin van Friezen	 40
3.1 Introductie	41
3.2 De invloed van de geschiedenis	41
3.3 Waardenoriëntatie van Friezen	44
3.4 Sociale cohesie	49
3.5 De Omgevingswet	54
3.6 Zorgcoöperaties	56
3.7 Discussiepunten	58
 Informatietechnologie overbrugt afstanden: soms wel en soms niet	 60
4.1 Introductie	61
4.2 Informatievoorziening van pers naar social media	62
4.3 Het gebruik van big data	64
4.4 Medische gegevens inzien	66

4.5	Communicatie tussen zorgprofessionals	68
4.6	eHealth en condities daarvoor	68
4.7	Domotica en robotica	70
4.8	Discussiepunten	71
Ontwikkelingen in de zorgverlening		74
5.1	Introductie	75
5.2	Nieuwe competenties van professionals	75
5.3	Zes beleidsonderwerpen rond zorg en gezondheid	78
5.4	Het zorgaanbod in 2030	80
5.5	Substitutie en zorgarrangementen	82
5.6	Discussiepunten	85
Beschikbare sociale en andere innovaties in het Noorden van Nederland		90
6.1	Introductie	91
6.2	Innovaties van zorgaanbieders	92
6.3	Gemeentelijke initiatieven	99
6.4	Digitale innovaties	103
6.5	Het invoeren van innovaties	105
Verdieping literatuur arbeidsmarkt zorg en welzijn		110
7.1	Landelijke en Friese ontwikkelingen	112
7.2	Beleidsmaatregelen	116
Bijlagen		122

HOOFDSTUK 1

Inleiding op het onderzoek

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag: Welke kennis bevatten recente beleidsdocumenten die relevant is voor het project Seker en Sûn? Deze studie is een onderdeel van dit grotere project dat als doelstelling heeft scenario's te ontwikkelen voor de Friese ouderenzorg naar het jaar 2030.

Vier scenario's zijn in voorbereiding voor deze ouderenzorg:

1. Veel technologie en veel individualisme
2. Veel technologie en veel gemeenschapszin
3. Weinig technologie en veel individualisme
4. Weinig technologie en veel gemeenschapszin

Welk scenario beleidsmakers als gemeenten, provincie Fryslân, zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan kiezen, hangt af van:

1. De mate van waarschijnlijkheid dat een scenario zich gaat voordoen en
2. De wenselijkheid van het scenario in de ogen van beleidsmakers. Bij dit laatste gaat het om de ingeschatte voor- en nadelen per scenario.

In documenten van beleidsinstanties over individualisering, technologie en zorgontwikkeling komen de genoemde waarschijnlijkheden en voor- en nadelen vaak aan de orde. Daarom vindt deze studie plaats. Die heeft als meerwaarde een opsomming van waarschijnlijkheden en voor- en nadelen gevonden in recente beleidsdocumenten. Deze zijn verwoord in de Discussiepunten die elk hoofdstuk afsluiten.

Vanwege het beschikbare onderzoeksbudget en het korte tijdspad hebben wij gekozen voor alleen documenten van Nederlandse beleidsinstanties: wetenschappelijke publicaties zoals dissertaties en documenten van internationale instanties bleven buiten beeld. Bovendien kozen wij voor documenten waarin evaluatie van lopende ontwikkelingen centraal staan. Arbitrair hebben wij gekozen voor maximaal veertig

te bestuderen documenten, waarvan ongeveer de helft van nationale instanties en de andere helft van Friese instanties.

Voor de selectie van de publicaties hebben wij gekozen voor de nationale instanties met reputatie op het terrein van de scenario's: het Sociaal Cultureel Planbureau, de Algemene Rekenkamer, het Zorginstituut Nederland, Nictiz en Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Voor Friese documenten zijn we te rade gegaan bij het Fries Sociaal Cultureel Planbureau, NHL Hogeschool, de Rijksuniversiteit Groningen, Partoer, het Zorginnovatie Forum, het KAW en ook Wikipedia.

Toen bleek dat we over de afgelopen vijf jaar tot meer dan veertig documenten uitkwamen, hebben we de meest recente geselecteerd. Kortom, dit onderzoek inventariseert waarschijnlijkheden en voor- en nadelen van individualisering, technologische ontwikkelingen en zorgontwikkelingen van nationale en Friese beleidsdocumenten over de afgelopen twee tot drie jaar.

Elk van de eerste 41 documenten is gelezen door twee leden van het Seker en Sûn team. De eerste auteur (GS) heeft alle publicaties gelezen en de genoemde co-auteurs een beperkter aantal. Het perspectief was steeds de relevantie van het document voor de scenario's voor de Friese ouderenzorg.

De overige negen documenten kwamen naar voren na lezing van de eerste 32. Alleen de eerste auteur heeft deze gelezen. Van sommige betrof dat alleen de samenvatting.

Per hoofdstuk vatten wij de bestudeerde documenten samen op thema's die daarin aan bod komen. Elk hoofdstuk eindigt met een discussie over de betekenis die de thema's kunnen hebben voor Seker en Sûn.

In de bijlage treft u een overzicht aan van de 41 bestudeerde documenten. De referenties in de tekst verwijzen naar de nummers in deze bijlage.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat sociaal demografische statistische berekeningen over gezondheid en kwaliteit van leven van Friese burgers. Hoofdstukken 3, 4 en 5 gaan in op de genoemde aspecten van de scenario's, respectievelijk "Individualisering en gemeenschapszin van Friezen", "Informatietechnologie" en "Ontwikkelingen in de zorgverlening". Slot-hoofdstuk 6 bevat beschrijvingen van geslaagde zorginnovaties die in diverse scenario's bruikbaar zijn om gewenste ontwikkelingen in gang te zetten. Alle kleine nummers verwijzen naar documenten, opgesomd in de bijlage.

HOOFDSTUK 2

Gezond en wel in Fryslân 2000 – 2030

Hieronder komen de documenten aan de orde met informatie over gezondheid en welzijn in Friesland. Meestal geven wij eerst statistische gegevens uit deze rapporten. Daarna bespreken wij de betekenis die auteurs aan die data geven. De door ons geraadpleegde documenten zijn alle afkomstig van instanties die het algemeen belang dienen. Voor de wijze van selecteren van de documenten verwijzen wij naar het vorige hoofdstuk. Als een document statistische gegevens of andere publicaties van derden gebruikt, is er sprake van een secundaire bron. We hebben niet nagegaan wat de kwaliteit van de primaire bron was.

Meestal was de primaire bron een publicatie van het CBS, het Sociaal Cultureel Planbureau of een wetenschappelijk artikel.

Soms overlaptten de documenten elkaar: wij kozen dan meestal voor het meest recente rapport en soms voor het meest uitgebreide. Wel vermelden wij in voetnoten de referenties van die andere bronnen. Indien zinnen in een document goed liepen of auteurs een zinvolle metafoor gebruikten, hebben wij leentjebuurtjes gespeeld. Dit gebeurt vaak in dit rapport. Niet altijd hebben wij overgenomen zinnen van een referentie voorzien.

Als een document over alleen (regio's van) Friesland gaat, wordt dat vermeld. Dat is ook het geval, als een document algemener is. Bijvoorbeeld als het gaat over het platteland in het algemeen.

De eerste auteur heeft alle rapporten minstens tweemaal gelezen en toen gemeenschappelijke thema's benoemd van de diverse documenten. De thema's die in dit hoofdstuk achtereenvolgens aan de orde komen, zijn: Bevolkingssamenstelling, nu en straks (2.1); De vraag naar dienstverlening en zorg (2.2); Wonen en woonomgeving (2.3); Sociale

contacten en eenzaamheid (2.4) en mantelzorg (2.5). Dit hoofdstuk sluit af met een discussie-paragraaf waarin wij de mogelijke betekenis schetsen voor scenario's voor Seker en Sûn.

2.2 Bevolkingssamenstelling, nu en straks

Friesland telt 24 gemeenten.³⁶ Meer dan de helft van de 419 gehuchten, dorpen en steden van Friesland telt minder dan 500 inwoners. Van de dorpen tellen er 21 meer dan 5000 inwoners. In de vier grote steden (Leeuwarden, Drachten, Sneek en Heerenveen) wonen minstens 25.000 personen. Al deze data maken dat bijna de hele provincie als platteland is te kenschetsen.

Tussen 2000 en 2015 is de resterende levensverwachting van 65-jarigen aanzienlijk toegenomen.³³ De resterende levensverwachting van Nederlandse mannen van deze leeftijd steeg in deze periode van 15,7 naar 18,4 jaar. Bij vrouwen was de toename iets minder sterk, namelijk van 19,6 naar 21,4 jaar. Voor Friesland is de resterende levensverwachting van 65-jarigen iets lager dan landelijk: mannen 18,1 en vrouwen 21,3 jaar. Deze toename in de resterende levensverwachting van senioren komt vooral door de verbeterde zorg bij hart- en vaatziekten en de afname van het roken.

- De meeste Friezen vinden zichzelf in 2015 gezond:³³ ruim acht op de tien Friezen (81%) ervaren hun gezondheid als 'goed' tot 'zeer goed'. Dit cijfer ligt boven het landelijk gemiddelde (77%).
- Met het stijgen der jaren neemt de waardering voor de eigen gezondheid af: van alle 75-plussers noemt 62% de eigen gezondheid goed tot zeer goed. De GGD Fryslân bevestigt dit beeld uit 2015.⁸
- Vier op de vijf Friezen ervaart de gezondheid als (zeer) goed. Vergeleken met het landelijke gemiddelde zijn Friezen iets positiever.
- Van de Friezen onder de 65 jaar ervaart een groter deel hun gezondheid positiever dan van de Friezen boven de 65 jaar (respectievelijk 82 procent en 69 procent). Het meest positief zijn de 19 tot en met 34 jarigen.
- Laagopgeleiden ervaren hun gezondheid minder positief vergeleken met hoger opgeleiden. Van de arbeidsongeschikte of werkloze Friezen ervaart minder dan de helft de eigen gezondheid als (zeer) goed.

De tevredenheid met het leven is in het algemeen in Nederland groot²⁷. Gemiddeld geven Nederlanders daarvoor het rapportcijfer 7,8. Een hoog gemiddeld rapportcijfer wil niet zeggen dat er binnen Nederland geen verschillen zijn. Eerder onderzoek uit 2013 wees uit dat dorpsbewoners gemiddeld genomen gelukkiger zijn dan inwoners van steden.

Friezen zijn over het algemeen tevreden over hun eigen leven, 94 procent geeft een voldoende.⁸ Mannen en vrouwen zijn ongeveer even positief over hun leven. Hetzelfde geldt voor volwassenen tussen de 19 en 65 jaar en ouderen vanaf 65 jaar. Laagopgeleide Friezen en arbeidsongeschikte of werkloze Friezen zijn iets minder positief (respectievelijk 92 procent en 82 procent).

Inwoners van kleine afgelegen dorpen in Nederland zijn over het algemeen tevredener over hun eigen situatie dan stedelingen.²⁷ Dat wil zeggen: ze zijn gelukkiger, meer tevreden met de eigen gezondheid en over de eigen financiële situatie.

De Friese bevolking is optimistischer over de toekomst van de eigen provincie dan over de toekomst voor heel Nederland, aldus een representatieve steekproef van een e-panel van het Fries planbureau.³² Dit geldt voor alle leeftijden. Ondanks krimp, vergrijzing en wegtrekkende jongeren zien de Friese panelleden de toekomst over het algemeen zonnig tegemoet. Voor Nederland in zijn geheel is dat niet het geval. Het blijkt dat de jongste en de oudste generatie onder de panelleden de toekomst voor zowel Fryslân als Nederland het meest zonnig inzien.

Bevolkingsprognose 2017

Begin 2017 publiceerde de Provincie Fryslân haar meest recente bevolkingsprognose.⁶ Wij ontleen daaraan de volgende zinnen:

Afgelopen jaren is het aantal geboorten relatief sterk afgenomen, maar de verwachting is dat het aantal geboorten de komende jaren weer licht gaat stijgen van 6.000 geboorten in 2015 naar zo'n 6.500 in 2025. Daarna treedt weer een daling in naar 6.000 geboorten per jaar in 2035. Deze afname op langere termijn komt hoofdzakelijk doordat het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd kleiner wordt. Het aantal sterfgevallen zal ondanks groeiende levensverwachting komende decennia verder toenemen. Dit komt doordat de babyboom generatie langzaamaan ouder wordt en op enig moment komt te overlijden. Het aantal sterfgevallen stijgt van zo'n 6.000 sterfgevallen per jaar nu naar circa 7.000 in 2030 en 7.700 in 2040.

Vanaf 2024 zal het aantal sterfgevallen structureel groter zijn dan het aantal geboorten. De provincie Fryslân verwacht op lange termijn dat jaarlijks 500 personen met een migratieachtergrond zich voor langere tijd vestigen op haar grondgebied. Omdat het vertrek van Friezen naar andere provincies aanmerkelijk groter is dan de komst van Nederlanders uit andere provincies, leidt tot een negatief migratie saldo van 1100 personen.

De natuurlijke aanwas en tijdelijk extra asielmigratie zorgen in 2016 en 2017 voor een lichte groei van het inwonertal tot 646.174.

Daarna zal de bevolkingsdaling die we al langer zien, zich verder doorzetten. Na 2018 zal het inwonertal verder af gaan nemen tot circa 637.500 inwoners in 2030 en 619.000 inwoners in 2040. Friesland heeft te maken met zowel vergrijzing als ontgroening. Dat proces is al aan de gang en zal zich verder doorzetten. De prognose laat zien dat er vooral een toename van het aantal ouderen wordt verwacht. Het aantal 65-plussers zal met zo'n 45% toenemen van 125.000 nu tot bijna 190.000 personen in 2040. Binnen deze groep zijn het vooral de oudste groepen die relatief gezien de grootste groei kennen: het aantal 85-plussers zal tot 2040 meer dan verdubbelen.

Alle jongere leeftijdsgroepen (jonger dan 65 jaar) nemen tot 2040 alleen maar af in aantal. De groep 45 tot 65 jaar kent met -24% tot 2040 de grootste afname. Het aantal kinderen tot 15 jaar zal de komende tien jaar met 9% afnemen tot 100.000. Daarna stabiliseert dit aantal zich. Dit betekent ook dat de omvang van de potentiële beroepsbevolking verder gaat afnemen van ruim 482.500 in 2016 tot 466.500 in 2025 (3,5% afname).

De prognose van de huishoudens uitgesplitst naar huishoudentypen laat zien dat er met name groei van het aantal alleenstaanden wordt verwacht. Het aantal alleenstaanden zal geleidelijk aan groeien van 100.000 in 2016 tot 121.000 huishoudens in 2040. Deze toename is dus groter dan de huishoudensgroei die in totaal nog te verwachten is (+12.500 tot 2030). Het betreft daarbij voor een groot deel oudere alleenstaanden.

Friesland kent ruim 11.000 institutionele huishoudens. Dit aantal stijgt tot 2025 relatief gering (+600), maar zal daarna sterker toenemen tot 16.000 personen in 2040. Tot 2025 zit de groei vooral in de

jongere tehuisbevolking (vooral asielzoekers) en de 65 tot 75-jarigen. De tehuisbevolking van 75 jaar en ouder kent enige afname. De vraag naar verpleeghuisplaatsen neemt daarmee ook tijdelijk af, nog eens versterkt door het extramuraliseringsbeleid. Na 2025 zit de groei vooral in de oudere tehuisbevolking van 75 jaar en ouder. Tussen 2025 en 2040 zal deze groep met 67% groeien (+ 3.250 personen). De vraag naar verpleeghuis-plaatsen zal daarmee in dezelfde orde van grootte weer toenemen.

Het aantal huishoudens groeit iets langer door dan het aantal inwoners. Tot 2030 groeit het aantal huishoudens nog tot 300.000 huishoudens, maar daarna neemt het aantal huishoudens af. In de periode 2016 tot 2030 komen er nog zo'n 12.500 huishoudens bij (+4,1%). In 2040 zal het aantal huishoudens afgenomen zijn tot 293.000.

Voor de verschillende dorpen betekent dit:³³

- Dat reeds krimpende dorpen nog sneller krimpen;
- Dat dorpen met een resterende kleine huishoudensgroei stabiliseren of beginnen te krimpen;
- Dat dorpen waar nu nog een stevige groei is nog slechts licht groeien of stabiliseren.

De regio Noordoost-Fryslân heeft in 2015 de status van krimpregio gekregen.¹¹ De regio krijgt te maken met een afnemend aantal inwoners en huishoudens (vanaf 2025) en een sterk veranderende bevolkingssamenstelling.

De eerstkomende tien jaar is er een lichte huishoudensgroei te verwachten, maar op lokaal niveau is er al vraaguitval. Groei en krimp gaan hand in hand.

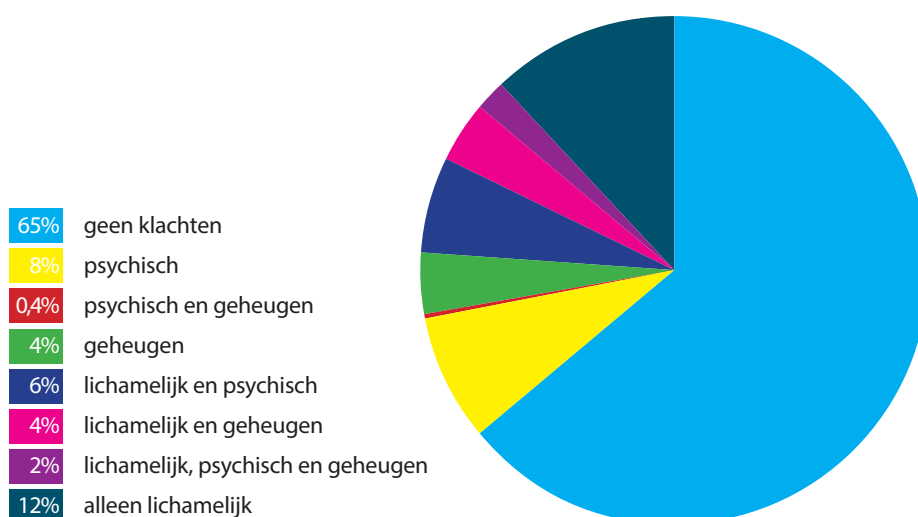
De structurele bevolkingsdaling in de meer perifere delen van het land hebben alles te maken met selectieve migratiepatronen in het verleden.²⁷ Jongeren trekken al decennia lang naar de stad voor hun opleiding. De andere constante was lange tijd dat hoogopgeleiden met hun jonge gezinnen terugverhuisden, maar daarin lijkt sinds kort een kentering te zijn opgetreden. Resultante van deze migratiepatronen is een ontgroend en vergrijsd platteland, en naarmate dorpen verder van de stad liggen en kleiner zijn ook een lager opgeleide bevolking.

De komende jaren veroudert ook de bevolking van Friesland snel.^{9,33} Lag in 2009 het aandeel 65-plussers gemiddeld in Friesland op zo'n 16%, in 2020 is dit aandeel al opgelopen tot zo'n 23%, maar in sommige gemeenten is het aandeel dan naar verwachting al tot 26% gegroeid. Rond 2030 ligt het gemiddelde al rond de 28% en zijn er gemeentelijke uitschieters met een aandeel van 36%. Hoewel het tempo verschilt per gemeente, krijgen alle Friese gemeenten met vergrijzing te maken.

2.3 Gezondheid van Nederlanders

Het Sociaal Cultureel Planbureau komt begin 2017 met recentere cijfers over gezondheid en zorg van de thuis wonende Nederlandse bevolking boven de 18 jaar.¹² Zij combineerde data van het CBS met gegevens die zij zelf reeds verzamelde over 2015. Onderstaande passages zijn afkomstig uit het rapport.

Ongeveer 15% van de zelfstandig wonende Nederlandse 18-plussers ontving in 2015 zorg en ondersteuning. Dat zijn bijna 2 miljoen mensen. Gezondheidsproblemen zijn de belangrijkste reden om zorg en ondersteuning te ontvangen. Het Sociaal Cultureel Planbureau onderscheidt in haar rapport drie soorten gezondheidsklachten: lichamelijke beperkingen, psychische klachten en geheugenklachten (zie afbeelding 2.1).



Afbeelding 2.1

Verskillende typen beperkingen van zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2824)

Bron: Verbeek-Oudijk, Putman L en de Klerk M (2017). Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015, Sociaal Cultureel Planbureau Den Haag, januari 2017.

Net als in 2014 gaat het bij deze gezondheidsklachten vaak om hulp van het sociale netwerk: 9% van de volwassenen kreeg deze ondersteuning. Daarmee verschilt het gebruik van zorg en ondersteuning in 2015 niet significant van dat in 2014. In 2015 ontving ruim 6% van de volwassen Nederlanders publiek gefinancierde hulp en bekostigde ongeveer 3% zelf hulp. Het aandeel van de volwassen Nederlandse bevolking dat hulp in het huishouden krijgt, is in 2015 duidelijk en significant lager dan in 2014: bijna 3 procentpunten minder. Onduidelijk is hoe dat komt en of er sprake is van een trend.

Mensen ontvangen vooral hulp bij het huishouden: ongeveer 11% van de 18-plussers kreeg deze vorm van hulp in 2015. Persoonlijke verzorging en begeleiding (beide 4%), en verpleging (2%) kwamen beduidend minder vaak voor. Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, ouderen, alleenwonenden en mensen met een laag inkomen ontvangen relatief vaak zorg en ondersteuning. Dit beeld is in 2015 niet anders dan in 2014. De hulp bij het huishouden ('lichte hulp') wordt vaak door informele helpers gegeven, terwijl verpleging ('zware hulp') meestal door publiek gefinancierde professionals wordt geboden.

Voor de aanvraag van huishoudelijke hulp en begeleiding, of voor woning-aanpassingen, hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen kunnen mensen onder andere terecht bij het Wmo-loket van de gemeente. Ongeveer 60% van de Nederlandse zelfstandig wonende 18-plussers is bekend met het Wmo-loket en ongeveer 5% heeft er daadwerkelijk contact mee gehad. Zowel de bekendheid van het loket als het contact ermee is vergelijkbaar met het beeld in 2014 en het grootst onder mensen met beperkingen en ouderen. Toch is er ook een aanzienlijke groep volwassenen die het Wmo-loket mogelijk wel nodig heeft, maar niet kent.

Iets minder recentere en beperktere gegevens, en wel over het jaar 2013 en over 55-plussers in Nederland, biedt het CBS (zie afbeelding 2.2).

Bijna de helft (49,2%) van de 75-plussers ervaart zijn gezondheid niet als goed. Ongeveer eenderde (35,7%) heeft last van heupen en knieën en een kwart (25,6%) heeft kanker (gehad).

Aandoeningen en beperkingen	Leeftijdsgroepen		
	55–65	65–75	>75
Niet als goed ervaren gezondheid	31,8	32,8	49,2
Chronische gewrichtsontsteking	6,7	9,8	12,1
Duizelig met vallen	3,0	5,1	10,9
Slijtage van heupen en knieën	22,1	32,8	35,7
Hartaandoening	2,6	4,2	9,3
Incontinentie	7,4	9,3	20,4
Rugaandoening	12,7	11,3	17,3
Diabetes	9,4	12,8	19,0
Beroerte gehad	3,8	6,5	10,3
Kanker gehad	9,7	19,9	25,6
Dementie/ alzheimer (2011)	0,1	0,5	3,4
Gemiddeld aantal beperkingen (OESO)	0,1	0,3	0,8
Gemiddels aantal beperkingen (ADL)	0,1	0,2	0,8

2.4 Gezondheid van Friezen

Het overgrote deel van de Friezen heeft voldoende regie over het eigen leven. Eén op de tien Friezen heeft echter onvoldoende zelfregie. Het aantal mensen dat onvoldoende regie over het eigen leven heeft, neemt toe naarmate zij ouder worden. Het stijgt van 5 procent bij 19 tot 35 jarigen tot 18 procent bij Friezen van 75 jaar en ouder. In oktober 2017 bracht GGD Fryslân haar gezondheidsmonitor uit over 2016.⁸

Onderstaande passages zijn letterlijk hieruit overgenomen.

Eén derde van de Friezen geeft aan minimaal één chronische aandoening te hebben. Dit is vergelijkbaar met het landelijke gemiddelde. Vrouwen hebben iets vaker een chronische aandoening dan mannen. Laagopgeleide Friezen hebben ruim anderhalf keer zo vaak een chronische aandoening als hoogopgeleide Friezen.

Ruim één op de tien Friezen heeft last van ten minste één functiebeperking in zien, horen of bewegen. Vrouwen hebben iets vaker te maken met een functiebeperking dan mannen. Hoe hoger de leeftijd, hoe vaker een functiebeperking: van 4 procent bij de 19 tot en met 34-jarigen naar ruim een derde bij 75-plussers. Van de laagopgeleide Friezen heeft één op de vijf ten minste één beperking. Dat is bijna vier keer zo vaak als onder hoog opgeleide Friezen.

Afbeelding 2.2

Ervaren gezondheid, aandoeningen en beperkingen als percentage van de betreffende leeftijdsgroep, 2013

Bron: CBS statistiek Gezondheid aandoeningen beperkingen; persoonskenmerken d.d. 30 juni 2014.

Twee van de vijf Friezen loopt matig tot hoog risico op een depressie. In Nederland ligt het percentage mensen met verhoogd risico op depressie op 44 procent. Vrouwen hebben vaker een verhoogd risico op depressie dan mannen (respectievelijk 42 procent en 35 procent). Het meeste risico op een depressie lopen de Friezen in de leeftijdscategorie van 19 tot 35 jaar en van 75 jaar en ouder.

De helft van de Friezen van 19 jaar en ouder is te zwaar. Ruim een derde heeft matig overgewicht en ruim een tiende obesitas. Overgewicht neem toe met de leeftijd. Bij ouderen tussen de 65 en 75 jaar komt overgewicht bijna twee keer zo vaak voor als bij de jongere generatie tussen de 19 en 35 jaar (respectievelijk 61 procent en 32 procent)

Een ruime meerderheid van de Friezen van 19 jaar en ouder voldoet aan de ontbijtnorm. Een op de vijf Friezen voldoet aan de voedingsnorm groente, vier op de tien Friezen aan de voedingsnorm fruit eten.

Twee derde van de Friezen van 19 jaar en ouder voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Bijna een derde voldoet aan de Fitnorm, die zich richt op conditieverbetering. Mannen en vrouwen bewegen even veel. Ouderen boven de 50 jaar bewegen meer dan de jongere leeftijdsgroepen. Volwassenen tussen de 35 en 50 jaar bewegen het minst.

Eén op de vijf Friezen rookt. Mannen roken vaker, ongeveer een kwart van de Friese mannen rookt. Vrouwen roken minder vaak, van hen rookt iets minder dan één op de vijf. Friezen onder de 65 jaar roken twee keer zo vaak als Friezen van 65 jaar en ouder (respectievelijk 24 procent en 12 procent). De jongste leeftijdsgroep rookt het meest vaak. Ongeveer 40 procent van de Friezen heeft nooit gerookt.

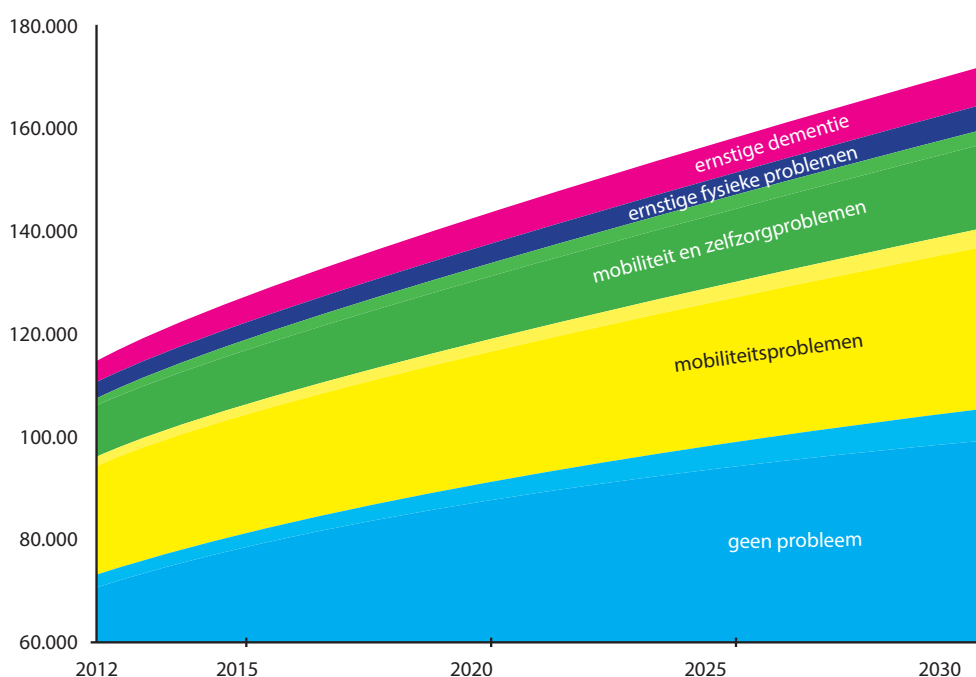
Ruim één op de tien Friezen (11%) is een zware drinker.³³ Zwaar drankgebruik neemt af met het stijgen van de leeftijd. Eén op de tien Friezen heeft in de thuisomgeving last van geluid. Friezen van 19 tot en met 64 jaar hebben vaker last van geluid dan oudere Friezen (respectievelijk 13 procent en 4 procent). Hoe jonger mensen zijn, hoe vaker zij aangeven hinder te ervaren van geluid. De groep 19 tot en met 34 jarigen heeft het meest vaak last van geluid.

Tot zover de GGD monitor over het jaar 2016. Twee andere rapporten^{19,33} geven een nog wat scherper beeld van de gezondheid van 65-plussers. Wij citeren: Van alle Friezen van 65-74 jaar wordt 67% behandeld voor minimaal één chronische aandoening. Bij 75-plussers gaat het om 83%. Met name senioren kampen vaker met meer dan één chronische aandoening. 43% van de Friezen van 65-74 jaar heeft twee of meer chronische aandoeningen, van alle 75-plussers gaat het om 56%. Bijna zes van de tien Friese 65-plussers is te zwaar (dit geldt ook voor 50% van de 35-64-jarigen en voor 30% van de 19-34 jarigen). Mensen met overgewicht kampen vaker met chronische aandoeningen en ervaren hun gezondheid negatiever.

Zeven van de tien Friese 65-plussers bewegen voldoende. Ze voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Van alle 65-74-jarigen is 5% inactief, van de 75-plussers gaat het om 16%.

Een hoge bloeddruk komt bij vier van de tien 65-plussers voor.³³ Eenderde (31%) van alle 65-plussers kampt met gewrichtsslijtage in de heupen of de knieën. Bijna zes van de tien Friese 65-plussers is te zwaar.

Eén op de twintig 65-plussers in Fryslân wordt mishandeld.³³ Ze worden bijvoorbeeld agressief behandeld, uitgebuit of verwaarloosd. Meestal is onmacht of ontspoorde, overbelaste mantelzorg de oorzaak van de mishandeling. Bijna altijd is er sprake van een persoonlijke of professi-



Afbeelding 2.3

Prognose functioneren ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Friese prevalentiegegevens

Bron: TNO-rapport Indicatie van de zorgvraag in 2030, bijlage bij Kaljouw, M. & Van Vliet, K. (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Innovatie Zorgberoepen & opleidingen, Zorginstituut Nederland.¹⁵

onele relatie tussen degene die mishandelt en de oudere. Omdat ouderenmishandeling uit schaamte meestal niet wordt gemeld bij de politie of hulp-verlenende instanties, gaat het volgens deskundigen om veel meer dan 5% van alle senioren.

Onder Friese ouderen komen mobiliteitsproblemen het vaakst voor.⁹ In 2012 waren er ongeveer 21.000 Friese ouderen met mobiliteitsproblemen. Dit aantal gaat naar verwachting stijgen naar 32.000 ouderen met mobiliteitsproblemen in 2030. Zie hiervoor en voor andere prognoses afbeelding 2.3.

Dementie

Van alle Friese 65-plussers heeft 8,8% momenteel de aandoening dementie.³³ De meeste mensen (96,6%) die deze diagnose krijgen zijn 65 jaar of ouder. Van hen woont twee derde thuis. Als gevolg van de vergrijzing en de verandering in het zorgstelsel zal het aantal dementerenden, dat met hulp en steun vanuit hun eigen netwerk thuis blijft wonen, de komende jaren toenemen. Op dit moment zijn er ongeveer 10.500 ouderen met dementie. De komende jaren gaat dit stijgen naar 18.000 inwoners, wat een stijging betekent van 70%.

In de beeldvorming van het lijden aan dementie staat het geestelijk verval centraal, het verlies van cognitieve vaardigheden, zo geeft Anne-Mei The aan in haar publicatie Zaaïen en Oogsten over de proeftuin in Friesland.²⁸

Wij citeren:

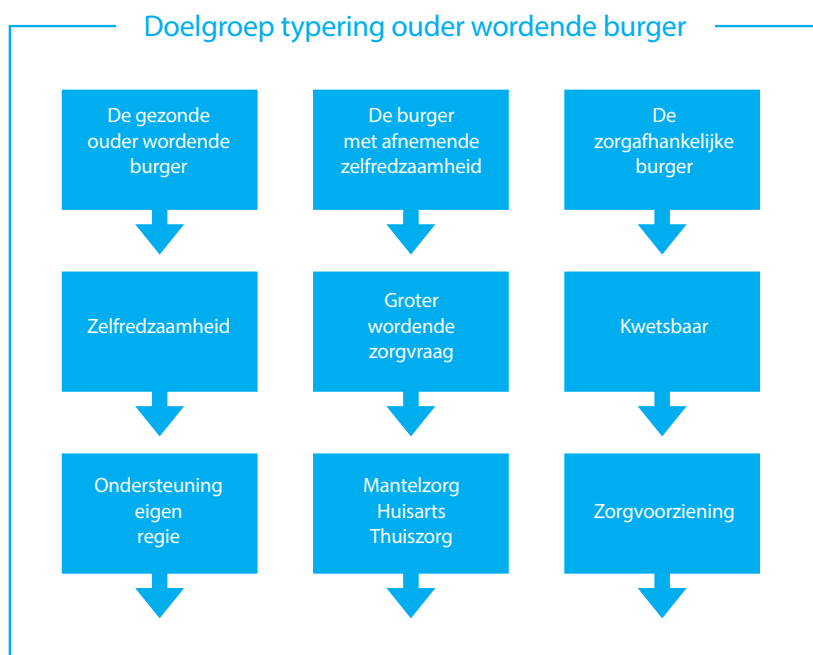
Wie met mensen met dementie en hun naasten praat, leert inzien dat ook de omgeving van grote invloed is op het welzijn. 'Met dementie valt best te leven', vertrouwde een meneer ons toe, 'maar dat de mensen om mij heen me niet meer voor vol aanzien, dat is ondragelijk.'

Vraag en aanbod sluiten in de zorg voor mensen met dementie niet op elkaar aan.¹⁴ Het zorgsysteem is vooral gericht op medische zorg, terwijl mensen die leven met dementie én hun naasten juist veel behoefte hebben aan psychologische en sociale ondersteuning, vooral in de vaak jarenlange periode thuis, maar ook in latere fasen van de ziekte.

Dementie, aldus Anne-Mei The, heb je niet alleen. Het raakt ook de mensen om je heen, het verandert relaties, sociale contacten en je dagelijkse leven. De mantelzorgers en de sociale omgeving zijn vooral

bepalend voor hoe lang iemand thuis kan blijven wonen.

Dijkstra maakte in 2011 een conceptuele driedeling binnen de oudere bevolking: de vitale oudere, die gezond ouder wordt; de burger met afnemende zelfredzaamheid en de zorgafhankelijke burger (zie afbeelding 2.4).



Afbeelding 2.4

Typering ouder wordende burgers

Bron: inaugurele rede dr. Ate Dijkstra Technologie als inspiratiebron voor menselijk handelen, Leeuwarden, 2011

De relatieve toename van de kwetsbare groep gaat in de grote dorpen harder dan in de kleine dorpen. Dit verschil is plausibel gezien het grotere aanbod aan seniorenwoningen in centrumdorpen. Voor vitale ouderen geldt dat zij doorgaans niet verhuizen, en dat zij in staat zijn om in hun eigen behoeften te voorzien. Voor hen zijn geen bijzondere investeringen nodig.¹¹

2.5 Welzijn in Nederland en Friesland

Inkomen

Zestien procent van de Friezen heeft moeite om rond te komen.⁸ De groep mensen tussen de 35 en 50 jaar heeft relatief gezien de meeste moeite om rond te komen. Kijkend naar opleidingsniveau, dan hebben de laag opgeleide en de middelbaar opgeleide Friezen de meeste moeite met rondkomen. Zoals verwacht, hebben mensen zonder werk door arbeidsongeschiktheid of werkloosheid de grootste moeite om rond te komen (39 procent).

Van de gemeenten met een armoedepercentage hoger dan het landelijke gemiddelde (7,7%) ligt bijna de helft in Groningen, Friesland of Drenthe.²⁷ Met name in Friesland wordt gebruik gemaakt van voorzieningen met betrekking tot de participatiewet, dat wil zeggen bijstand en Wajong.¹⁰ We zien een hoog gebruik van bijstand en Wajong, terwijl het gebruik van jeugd- en Wmo-voorzieningen in Friesland opvallend laag is.

In vergelijking met andere leeftijdscategorieën hebben 65-plussers het minst vaak kans op armoede.³³ Opvallend is dat bij de 65-plussers dit aandeel in Fryslân met 3,8% lager is dan landelijk (4.7%). Het gemiddeld (netto) besteedbaar inkomen van senioren is het laagst in gemeenten in Noordoost-Friesland en in de kustgemeenten van Noordwest Friesland.³³

Plattelandsbewoners zijn vaker ondernemer (vooral in de afgelegen dorpen), hebben een aanzienlijk lager beroepsniveau en werken vaker in kleine dan in grote deeltijdbanen. Uit onderzoek in Groningen²⁷ blijkt overigens dat vestigers op het platteland een hoger inkomen hebben dan vertrekkers, ongeacht of de dorpen gelegen zijn in een groeiregio of in een krimpregio. Het moet nog blijken of dit een structureel patroon is en of het ook voor Friesland geldt.

Zelfstandig wonen

In Nederland blijven veel ouderen tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen. Van de 85-89-jarigen woont driekwart nog zelfstandig, van de 90-95-jarigen nog 60%. Pas boven de 95 jaar woont een meerderheid (57%) in een verzorgings- of verpleeghuis. Woonde in 1980 20% van de 80-plussers in een woonzorginstelling, in 2010 was dat nog maar 14%. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft een groep van 1768

65-plussers veertien jaar lang gevolgd. Het onderzoek van welke zorg, voorzieningen, persoonlijke en sociale hulpbronnen ze gebruik maakten en hoe lang ze daarmee zelfstandig bleven wonen voor ze naar een verzorgings- of verpleeghuis verhuisden of overleden.

Om beleidskwesties op landelijk en lokaal niveau te kunnen onderzoeken, aggregateerden we in de voorliggende studie de individuele zorgtrajecten naar veranderingen in het zorggebruik van de bevolking van 65 jaar en ouder en van de diverse groepen daarbinnen. Als conclusie van het onderzoek schrijft het SCP: er is een aantal bepalende factoren voor langer zelfstandig wonen aan te wijzen.

Ten eerste de gezondheid: gezondheidsproblemen hebben het grootste effect op het zelfstandig blijven wonen. Deze betreffen met name chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen.

Van de 65-plussers zonder chronische aandoening woont driekwart na veertien jaar zelfstandig; van de groep met meer dan één chronische aandoening is dat slechts de helft, en van de mensen met cognitieve beperkingen nog maar eenderde. De anderen zijn verhuisd naar een verzorgings- of verpleeghuis of zijn overleden.

Daarnaast zijn materiële, mentale en sociale hulpbronnen relevante factoren. Van de 65-plussers met aanvankelijk een laag inkomen woont na veertien jaar 50% nog zelfstandig en van degenen met een hoog inkomen 60%. Psychische en sociale hulpbronnen tonen vergelijkbare effecten.

Zo woonde van de 65-plussers die weinig regie over het leven ervaren, na veertien jaar 10% minder zelfstandig dan van degenen die meer regie ervaren. Van de 65-plussers met een groot sociaal netwerk woonde na veertien jaar twee derde nog zelfstandig, tegen minder dan de helft van degenen met een klein sociaal netwerk.

Welzijn in verzorgings- en verpleeghuizen

In verpleeghuizen en verzorgingshuizen wonen steeds minder mensen.³⁰ Met deze zin begint de samenvatting van een uitgebreid onderzoek uit 2017 van het Sociaal Cultureel Planbureau. Wij citeren in de volgende passages uit deze samenvatting.

De bewoners vormen de meest kwetsbare groep ouderen in de samenleving. De trend van langer zelfstandig wonen van ouderen is al enkele decennia zichtbaar. Daardoor zijn zij minder vaak in een instelling woon-

achtig. Sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015 worden veel verzorgingshuizen gesloten of omgevormd tot verpleeghuizen. De SCP-studie gaat over de leefsituatie van de oudere verpleeg- en verzorgingshuispopulatie. Het bureau verzamelde vanaf april 2015 tot in april 2016 hierover gegevens uit tal van bestanden. Ook bevroeg het SCP 1601 oudere verpleeg- en verzorgingshuisbewoners.

In 2015 woonden circa 117.000 ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Voor het grootste deel zijn dat vrouwen van 80 jaar of ouder (ruim 60%). De vrouwelijke bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn gemiddeld 87 jaar oud en daarmee gemiddeld vijf jaar ouder dan hun mannelijke medebewoners. Hoewel de meerderheid van de bewoners is verweduwd, heeft bijna één op de vijf een partner, die vaak zelfstandig woont.

De directe aanleiding voor opname is doorgaans een geleidelijke verslechtering van de gezondheid. Bijna driekwart van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners heeft geheugenklachten, vier op de vijf bewoners hebben (zeer) ernstige lichamelijke beperkingen, en 85% heeft meer dan twee chronische aandoeningen. Ruim een kwart van de bewoners wordt vaak belemmerd door pijn en een vijfde van hen heeft regelmatig problemen met het slapen.

Ongeveer één op de zeven bewoners krijgt zelden of nooit visite (15%). De meeste ouderen gaan ook zelf niet meer bij anderen op bezoek; ruim twee derde doet dit zelden of nooit. Bijna 80% van de ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuis wonen heeft kinderen en kleinkinderen, die meestal eens per week op visite komen.

Driekwart van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners ontvangt naast de zorgverlening van het personeel in het tehuis ook hulp van één van hun familieleden. Meestal is dat dan van één van de kinderen. Vier op de tien bewoners ontvangen hulp van vrijwilligers.

Aan de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners is gevraagd hoe zij hun financiële situatie beoordelen. De meeste bewoners vinden dat zij goed rond kunnen komen met hun financiële middelen, of houden geld over. Daartegenover staat het deel van de ouderen dat inteert op hun spaargeld (13%) of schulden maakt (1%).

Een kwart van de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners komt zelden of nooit buiten. Twee derde van de bewoners komt wel dagelijks (30%)

of ten minste een keer per week buiten (34%). Iets minder dan de helft van de bewoners geeft aan vaker naar buiten te willen, maar doet dit niet omdat de gezondheid dat belemmert, of omdat niemand mee wil of de bewoner kan brengen en halen. Een groot deel van de ouderen neemt deel aan verschillende activiteiten. Ruim twee derde van de ouderen gaat regelmatig gezamenlijk koffie of thee drinken.

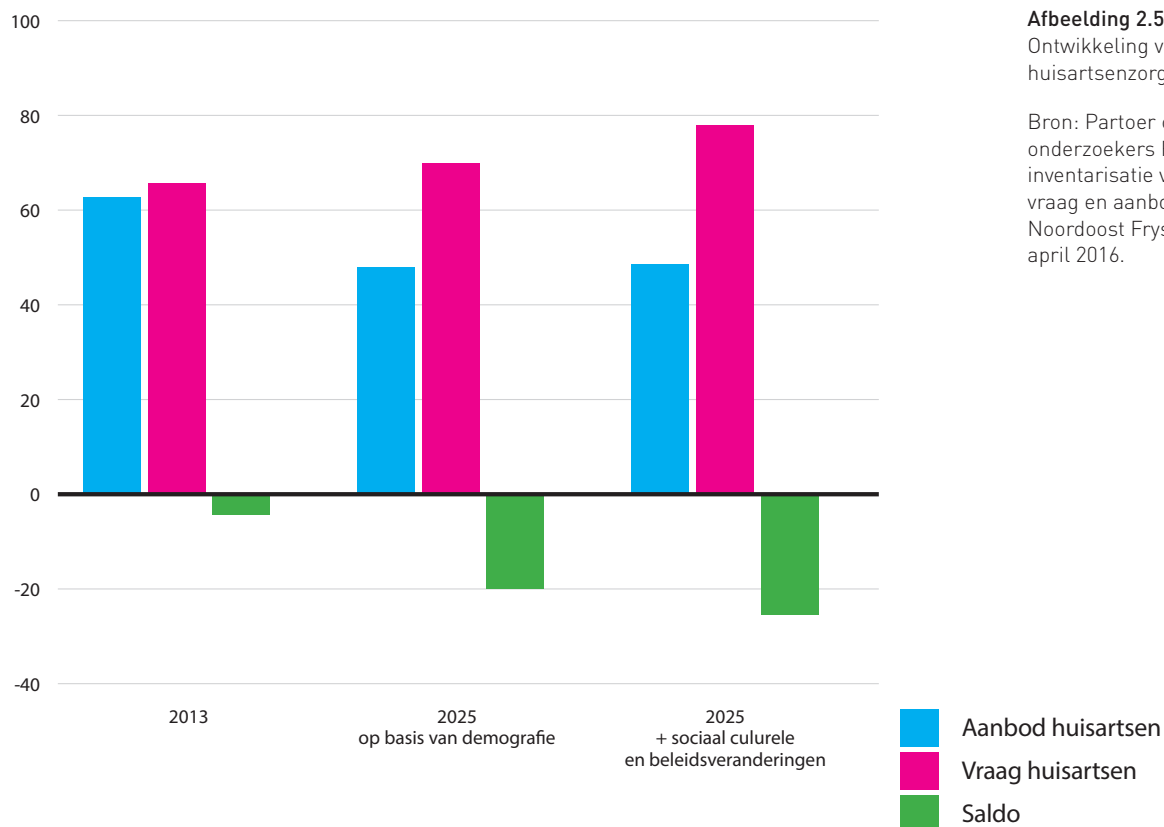
De vraag van het Sociaal Cultureel Planbureau is hoe de bewonerssamenstelling van in het bijzonder verpleeghuizen er uit zal gaan zien. Ouderen blijven steeds langer zelfstandig wonen en de zorgbehoefte van degenen die naar een verpleeghuis verhuizen, zal vermoedelijk groter zijn dan nu.

2.6 De vraag naar dienstverlening en zorg in Friesland

In 2014 werkten er 49.410 mensen in de zorg- en welzijnssector in Friesland.²³ De verwachting was in dat jaar dat de werkgelegenheid in de volgende jaren zou dalen. Sindsdien neemt echter de vraag naar zorg weer toe. Het aantal vacatures in zorg en welzijn in de Noordelijke provincies stijgt tot de recordhoogte in 2016 van 7.199 (2013: 4.023).³⁹ Voor verzorgenden en verpleegkundigen wordt een groei verwacht over de periode 2016 - 2020 van minimaal 4% en maximaal 14%.

Vanaf 2018 is de verwachting dat de werkgelegenheid in de zorg weer gaat groeien. De bedreiging vanuit de arbeidsmarkt voor de sector welzijn en zorg is te zoeken in het al jaren gaande vertrek van jongeren uit Friesland, met name vanuit studiemotieven en gebrek aan hoogwaardige werkgelegenheid.²¹ Daarbij komt dat steeds minder jongeren kiezen voor een opleiding in de zorg.

Omdat mensen in de toekomst langer thuis blijven wonen vraagt dit om een andere manier van werken van zorgprofessionals.²¹ Hierbij hebben huisartsen een spilfunctie. Immers, driekwart van de Friezen van 19 jaar en ouder heeft in het jaar vóór afname van de Gezondheidsmonitor contact gehad met de huisarts.⁸ Vanaf 65 jaar is het huisartsbezoek 82 procent. Arbeidsongeschikte of werkloze Friezen zijn ook vaker naar de huisarts geweest (81 procent). In de toekomst is in de regio Noordoost behoefte aan 77 huisartsen. Op dit moment zijn dat er 64 op 32 locaties. Door de vergrijzing van huisartsen in de regio Noordoost Fryslân zullen er de komende jaren 20-28 nieuwe huisartsen nodig zijn. Zie afbeelding 2.5.



Landelijk gezien is de instroom van nieuwe huisartsen voldoende om de uitstroom te compenseren, maar deze instroom is regionaal niet gelijk verdeeld. Vooral de noordelijke provincies, dus ook Noordoost Fryslân zijn niet populair als vestigingsplaats. Er kan op dit huisart-sentekort geanticipeerd worden door meer huisartsen aan te trekken. Zo kan er bijvoorbeeld bemiddeld worden bij het op zoek gaan naar een opvolger van een huisarts. Ook kan Noordoost Fryslân gepromoot worden als aantrekkelijk gebied om te wonen en werken. Verder kunnen er aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarden gecreëerd worden, zoals ondersteuning bieden bij het zoeken naar een baan voor de partner of het geven van een financiële prikkel.

Het langer thuis blijven wonen wordt niet alleen bepaald door het rijksbeleid, maar ook door het eigen beleid van zorgaanbieders en het inkoopbeleid van het zorgkantoor.²¹ Wanneer zorgaanbieders en het zorgkantoor er voor kiezen om ook hogere zorgzwaartepakketten niet meer te huisvesten in zorgcentra, zal de behoefte aan intramurale capaciteit verder afnemen. Afhankelijk van waarvoor gekozen wordt in Noordoost Fryslân, zal de capaciteitsbehoefte met 30% tot 70%

kunnen afnemen.^{33,23,19} De dalende capaciteitsbehoefte is vooral van toepassing op verzorgingshuizen. De vraag naar intramurale verpleeghuiszorg gaat juist stijgen de komende jaren. Er gaat een verschuiving plaatsvinden van het verzorgd wonen richting het beschermd wonen. De huidige vraag naar verzorgingshuizen zal verschuiven naar een vraag naar verpleeghuizen. 2300 Plekken voor verpleegzorg zijn nodig in de regio Noordoost Fryslân in het jaar 2030. Op dit moment zijn dat er ongeveer 1650.

Het percentage senioren met een vraag naar verzorging en verpleging en dienstverlening is in Friesland al jaren stabiel. Omdat er steeds meer senioren zijn, is het aantal zorgvragen wel gestegen. Tot 2015, het jaar waarin het zorgstelsel ingrijpende wijzigingen onderging, had 5% van alle 65-74-jarigen, 21% van alle 75-84-jarigen en 61% van alle 85-plussers een CIZ-indicatie voor AWBZ-zorg. Het betrof steeds een constant percentage van de leeftijdsgroepen.



Afbeelding 2.6
Levenslooptbestendige woningen met een goede plattegrond geschikt voor bewoning door diverse doelgroepen

Onder Nederlandse dorpsbewoners van 75 jaar en ouder ervaren bewoners met zware lichamelijke beperkingen twee keer zo vaak sociaalemotionele problemen als bewoners zonder lichamelijke beperkingen en zelfs drie keer zo vaak praktische problemen.²⁹

Om hier zicht op te krijgen, heeft het Sociaal Cultureel Planbureau aan dorpsbewoners die zeggen te kampen met 'een langdurige ziekte, lichamelijke beperking of psychische klacht' gevraagd, in hoeverre zij gebruikmaken van vormen van ondersteuning.⁴ Het aandeel bewoners dat zich tot deze categorie rekent, neemt toe met de leeftijd: van 20% onder vijftigers tot meer dan de helft van de bewoners ouder dan 85 jaar. Binnen deze laatste groep neemt het aandeel dat ondersteuning

ontvangt eveneens toe met de leeftijd: ongeveer 20% van de zestigers ontvangt professionele hulp of zorg en ruim 80% van de 85-plussers.

2.7 Wonen en woonomgeving

Relatief de meeste 65-plussers als aandeel van de totale bevolking wonen op Schiermonnikoog (27%), in Harlingen (23%) en de gemeenten Oost- en Weststellingwerf (22%). Het laagste aandeel senioren woont in Leeuwarden (17%), Littenseradiel, Achtkarspelen en Kollumerland (alle drie: 18%).

In 2016 woonde 95,5% van alle 65-plussers zelfstandig, in 2000 was dit nog 93,5%.³³ Het totale aantal 65-plussers in zorginstellingen is in Fryslân in 2016 in vergelijking met 2000 licht gedaald: van 5850 in 2000 tot 5757 in 2016. In relatieve zin is het aandeel senioren in zorginstellingen aanzienlijk gedaald, in lijn met het nieuwe zorgbeleid: van 6,5% van de 65-plussers in 2000 tot 4,5% van de 65-plussers in 2016. Van de 65-74-jarigen woont slechts 1% in een zorginstelling, van de 75-plussers is dit 9%. Het aandeel 75-plussers in zorginstellingen is in de periode 2000-2016 wel aanzienlijk afgenomen: van 12,7% in 2000 naar 9,2% in 2016. Ook in absolute aantallen is het aantal 75-plussers in zorginstellingen afgenomen: van 5220 in 2000 naar 4993 in 2016. Van de Friese 75-plussers woonde in 2016 90,8% zelfstandig, dit is iets minder dan landelijk, waar dit 91,6% is.

Uit het Woon Onderzoek Nederland 2015⁴², een driejaarlijks enquête-onderzoek van de Rijksoverheid, blijkt dat 23% van de zelfstandig wonende senioren van 75-84 jaar in Fryslân in een woning woont die niet geschikt voor senioren is. Dit betreft een woning die niet gelijkvloers of per lift bereikbaar is. Van de jongere senioren (65-74 jaar) is dit 45%. Senioren van 75 jaar en ouder wonen overwegend in een ouderwoning of nultredenwoning (een woning die traploos te bereiken is en waar alle primaire voorzieningen zoals een slaapkamer, woonkamer, toilet, badkamer en keuken gelijkvloers zijn. De woning ligt op de begane grond, of is per lift bereikbaar.)

Ideaal is een levensloopbestendige woning waar een senior kan blijven wonen ongeacht diens mobiliteit. Afbeelding 2.6 toont een foto van dergelijke woningen.

Terwijl onder jongere leeftijdsgroepen rond de 80% van mening is dat de woning geschikt is voor de huidige levensfase, daalt dit percentage bij ouderen rond zestig jaar: omstreeks twee derde acht de eigen

woning passend bij de eigen levensfase.⁵ Als het gaat om de volgende levensfase, zijn ouderen nog iets kritischer: omstreeks de helft is van mening dat hun woning hiervoor geschikt is.

Door de vergrijzing en de afname van intramurale zorg komt er meer behoefte aan aanleunwoningen en levensloopgeschikte woningen.²¹ Dit betekent dat er meer wordt gevraagd van de kwaliteit en bruikbaarheid van woningen. De inschatting is dat er in 2025 ongeveer 1900 extra levensloopgeschikte woningen nodig zijn in de regio Noordoost Fryslân. Dit betekent niet dat er heel veel nieuwbouwwoningen bij moeten komen. Bestaande woningen die na 2000 zijn gebouwd kunnen in de meeste gevallen levensloopgeschikt gemaakt worden. De meeste gemeenten in de regio Noordoost Fryslân hebben genoeg woningen die hiervoor in aanmerking komen. Een uitzondering daarop is de gemeente Dantumadiel, waar met circa 160 woningen die na 2000 zijn gebouwd en een geschatte behoefte van 230 levensloopgeschikte woningen, het risico op een mismatch ontstaat.

Veruit de meeste woningen zijn aanpasbaar.¹¹ Vrijwel alle woningen zijn met relatief beperkte middelen geschikt te maken om oud in te worden: wegnemen van drempels, trapliften, sanitair beneden, etc. Daarmee zijn het nog geen zorgwoningen, maar veel huishoudens verkiezen behoud van hun woning en sociale omgeving boven verhuizen tegen (vaak) hogere woonlasten.²⁵ Voor deze groep is niet zozeer de woning een punt van zorg.

Sinds 1 januari 2015 is de zorg ingrijpend veranderd door invoering van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz).³³

Deze beleidsverandering heeft consequenties voor wonen en zorg. Het betekent een toename van het aantal zelfstandig wonende senioren die thuis hulp of zorg nodig hebben, ook de zwaardere vormen van hulp, zorg of verpleging. Doordat het rijksbeleid zich richt op extramuralisering van cliënten met een zorgzwaarte-pakket 1 t/m 3 en de helft van zorgzwaartepakket 4 leidt dit tot een geleidelijke uitstroom van cliënten uit verzorgingshuizen. Op dit moment zijn er ongeveer 1.650 intramurale plaatsen beschikbaar in Noordoost Fryslân.

Woonomgeving

Voor de 65-plusleden van het Fries burgerpanel zijn de huisarts, supermarkt en pinautomaat de belangrijkste voorzieningen om dichtbij te wonen.³³ Voor senioren zijn verder het dorps- of buurthuis, de kerk

en de bibliotheek belangrijker dan voor de panelleden jonger dan 65 jaar. Senioren op het platteland vinden het dorps- of buurthuis duidelijk belangrijker dan de senioren in meer stedelijke gebieden.

In de afgelegen dorpen neemt het geluksgevoel enigszins af.²⁷ Dat komt wellicht omdat er een groep woonachtig is, waarvan de woonomgeving niet meer aansluit bij hun woonwensen. Zo is bekend dat 12% van de oudere Nederlanders die landelijk wonen, binnen twee jaar zou willen verhuizen naar een centrumdorp. Met het ouder worden neemt de actieradius af en groeit de behoefte om in de directe woonomgeving boodschappen te kunnen doen. Voor ongeveer driekwart van de 75-plussers met verhuisplannen geldt deze wens om binnen 500 meter een winkel voor de dagelijkse boodschappen te kunnen bereiken.

Nu 93% van de plattelandshuishoudens over één of meerdere auto's beschikt, is deze bereikbaarheid vooral een probleem voor de jongere of juist oudere bewoners zonder auto of rijbewijs.^{27,35} Voor senioren die nog mobiel zijn, is het afnemen van het aantal voorzieningen in hun omgeving niet zo'n probleem.³³ Steeds meer senioren blijven tot op hoge leeftijd mobiel. Met hun auto, fiets en/of elektrische fiets kunnen zij toch voorzieningen bereiken. De gezondheidsmonitor 2016 van de GGD Fryslân meldt dat van degenen die eerstelijnszorg hebben ontvangen, de meerderheid de afstand tot de voorzieningen acceptabel vindt.⁷ Voor senioren die niet meer mobiel zijn, is het wel een probleem als voorzieningen op grotere afstand van hun woning komen te liggen. Vooral voor senioren op het platteland, waar de dichtheid van voorzieningen een stuk minder is dan in de grotere plaatsen, is dit een probleem. Als de mobiliteit afneemt, vermindert ook de zelfredzaamheid.

De groep thuis wonende mensen met een intensieve zorgvraag groeit.¹⁵ Vaak ontstaat vrij acuut de noodzaak tot intensieve zorg en/of verhuizing. Het is belangrijk om voor die groep dan ook een passend aanbod te hebben.

Door de uitgestrektheid van de regio is het moeilijk om op alle plekken hetzelfde niveau van wonen, zorg, voorzieningen en een passende woonomgeving te bieden. Het lijkt onvermijdelijk dat dit aanbod steeds meer geclusterd aangeboden wordt in enkele dorpen waar de randvoorwaarden daarvoor goed zijn. Een centrumdorp met seniorenwoningen en diverse ouderenvoorzieningen is dan veel gunstiger dan een kleine kern zonder seniorenwoningen en zonder basisvoorzieningen.²⁷

2.8 Eenzaamheid en sociale contacten

Eenzaamheid is een situatie van gemis (sociaal) en teleurstelling (emotioneel) die als negatief wordt ervaren.

Bij onderzoek naar eenzaamheid wordt vaak gebruikgemaakt van een verkorte schaal van De Jong Gierveld en Van Tilburg, met zes stellingen:

1. Er zijn mensen met wie ik goed kan praten.
2. Ik voel me van andere mensen geïsoleerd.
3. Er zijn mensen bij wie ik terecht kan.
4. Er zijn mensen die me echt begrijpen.
5. Ik maak deel uit van een groep vrienden.
6. Mijn sociale contacten zijn oppervlakkig.

De antwoordcategorieën zijn 'ja', 'soms' en 'nee'. De zes vragen kunnen samen maximaal 12 punten opleveren. Een hogere score betekent een sterkere mate van eenzaamheid. Iemand wordt eenzaam genoemd bij een score van 1 tot en met 6.²² De GGD Fryslân onderscheidt sociale eenzaamheid (weinig contacten met medemensen) en emotionele eenzaamheid. Die twee kunnen samenvallen, maar dat hoeft niet. Mensen kunnen alleen zijn en zich toch niet eenzaam voelen. Omgekeerd kunnen mensen in een groep zich toch eenzaam voelen. Wij citeren hieronder de Gezondheidsmonitor 2016 van de genoemde GGD.

Vier op de tien Friezen is matig tot zeer ernstig eenzaam. Bijna een op de tien is zeer ernstig eenzaam. Bij uitsplitsing naar sociale en emotionele eenzaamheid, blijkt 43 procent van de Friezen sociaal eenzaam te zijn. Dat wil zeggen dat zij betekenisvolle relaties met een brede groep mensen missen. 28 Procent van de Friezen is emotioneel eenzaam, oftewel zij ervaren een sterk gemis van een intieme relatie of emotioneel hechte band met een partner of vriend(in). Eenzaamheid is van alle leeftijden, maar over het algemeen neemt het percentage mensen dat eenzaam is toe met de leeftijd. Emotionele eenzaamheid komt tot de 65 jaar even veel voor. Tussen de 65 en 75 jaar zijn minder mensen emotioneel eenzaam (24 procent), terwijl de oudste ouderen vaker emotioneel eenzaam zijn (37 procent).

De studie van de GGD wordt bevestigd in rapporten van een oudere datum.^{31,33} Wij citeren:

Eenzaamheid is van alle leeftijden, maar onder senioren is eenzaamheid existentieel: ze worden vanwege hun leeftijd veelvuldig met blijvende verliezen geconfronteerd, zoals verlies van vitaliteit, netwerk, mobiliteit en vaardigheden. Of ze ervaren dat ze niet meer 'mee tellen'. Het opleidingsniveau heeft een grote invloed op eenzaamheid: hoe hoger opgeleid, des te minder last van eenzaamheid.

Activiteiten

De meeste 65-plussers nemen deel aan culturele activiteiten.³³ Jongere senioren (65-74 jaar) nemen vaker deel aan culturele activiteiten dan oudere senioren (75-plussers). In vergelijking met jongere leeftijdscategorieën bezoeken senioren meer concerten van klassieke muziek, koren en van harmonie, fanfare en brassband. Museumbezoek is populair onder de senioren die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Zij bezoeken veel vaker een museum dan de respondenten jonger dan 65 jaar. Vooral het Fries Museum en het Natuurmuseum zijn populair onder de senioren, meer dan 40% heeft één van deze musea bezocht in het afgelopen jaar. Onder 75-plussers zijn vooral het Fries Landbouwmuseum en het Fries Scheepvaartmuseum populair.

De meest voorkomende culturele activiteiten die senioren zelf beoefenen zijn zingen en het bespelen van een muziekinstrument. Meer dan 20% van de senioren heeft in de afgelopen twaalf maanden gezongen of een muziekinstrument bespeeld. Ook tekenen, schilderen en fotografie zijn populair onder senioren. Deze laatstgenoemde activiteiten worden vaak in niet-georganiseerd verband gedaan. Zingen, toneel en dans worden daarentegen vooral in verenigings- of clubverband uitgeoefend. De 75-plussers zijn iets minder bezig met kunstzinnige activiteiten dan de 65-74-jarigen. Alleen het zelf schrijven van verhalen en gedichten en toneelspelen hebben ze in het afgelopen jaar vaker gedaan.

Sociale contacten

Afgezien van een kleine opleving in de levensfase van het jonge gezin, heeft rond de 60% van de dorpsbewoners in geheel Nederland vaker dan wekelijks contact met familieleden (contact per telefoon en sociale media meegerekend).³¹ Hoewel het contact met familieleden op hoge leeftijd van aard zal veranderen, is het aandeel ouderen dat zo regelmatig contact met familieleden heeft niet anders. Dat neemt niet weg dat 12% van de dorpsbewoners van 75 jaar of ouder hooguit maandelijks contact met familie heeft.

Waar verschillen in sociale contacten met de stad gemeten worden, zijn deze niet zo groot.²⁷ ‘Ik heb veel contact met mijn directe bureu’, beaamt 64% van de bewoners van kleine afgelegen dorpen in heel Nederland en 52% van de stedelingen. Ook zijn er soms geen verschillen waar ze wel verwacht werden: bureu helpen elkaar op het platteland niet vaker en verkeren even vaak in een isolement. De actieve inzet en zorgzaamheid is daarbij niet gelijk verdeeld. In dorpen met een mooie landschappelijke ligging zijn bewoners beduidend vaker actief dan in minder fraai gelegen dorpen.

Er bestaat op het platteland ontevredenheid over de kwaliteit van sociale contacten:³³ van de 75-plussers noemde 63% de contacten te oppervlakkig, 49% voelde zich niet begrepen, en 31% gaf aan geen mensen om zich heen te hebben met wie ze goed konden praten.

Nu een groot deel van het leven zich buiten het dorp afspeelt en gedragsregels meer nadruk leggen op privacy en individuele vrijheid dan op zorgzaamheid en sociale controle, is het niet vanzelfsprekend dat lokale contacten en lokale omgangsvormen veel opleveren voor de kwaliteit van leven van ouderen. Uit deze studie blijkt dat wie meer lokale contacten heeft en positiever is over de lokale omgangsvormen, een betere kwaliteit van leven heeft.

Hulpverlening komt steeds vaker tot stand door bemiddeling, zowel van de gemeente en welzijnsorganisaties als van het eigen netwerk (vrienden, familie en kennissen). Kortom, kwetsbare ouderen hebben hulp nodig bij het organiseren van hulp.

Aanwezigheid van niet-westerse migranten kan ook gepaard gaan met nieuwe contacten, kennismaking met nieuwe culturen en uiteindelijk tot acceptatie en vertrouwdeheid.²⁷ Beide reacties zijn afgelopen periode in het nieuws geweest: heftige protestacties bij plannen voor (tijdelijke) huisvesting voor vluchtelingen en asielzoekers, maar evengoed vreedzame protestacties bij voorgenomen uitzetting van gezinsleden of gezinnen die in de lokale gemeenschap zijn opgenomen.³⁸

Vier soorten kapitaal

Uit de sociologie is de vierdeling van economisch, persoonlijk, sociaal en cultureel kapitaal van de burger bekend.³³ Economisch kapitaal houdt in dat er voldoende inkomen en eigen vermogen is. Persoonlijk kapitaal gaat over een goede gezondheid en vitaliteit. Een effectief sociaal

netwerk vormt sociaal kapitaal. Cultureel kapitaal houdt in dat men niet wordt uitgesloten of gediscrimineerd. De meeste senioren (landelijk 70%) beschikken over voldoende kapitaal, verdeeld over de vier vormen.

Zij ondervinden dikwijls geen problemen in de participatiesamenleving en kunnen hun leven goed op orde houden. De overige 30% heeft onvoldoende kapitaal op één of meerdere gebieden, en kan dit ook niet compenseren. Voor hen is zelfredzaamheid minder vanzelfsprekend én minder realiseerbaar. Zij kunnen het niet en hebben het nooit gekund. Het is dus niet realistisch om álle burgers in staat te achten om volledig zelfredzaam te blijven vanuit sociaal, economisch, persoonlijk en cultureel kapitaal.

2.9 Mantelzorg en vrijwilligerswerk

Van alle Friezen van 19 jaar en ouder geeft 12% in 2014 aan mantelzorger te zijn.¹⁰ In 2016 is dat 14%.⁸ Er zijn dus in 2016 ongeveer 90.000 (646.174 inwoners x 14% = 90.464) mantelzorgers in Fryslân. Het gaat om zorg die langer dan 3 maanden en/of meer dan 8 uur per week gegeven wordt. Vrouwen geven in 2016 vaker dan mannen mantelzorg.⁸ In de leeftijdsgroep 19 tot en met 34 jaar is het percentage mantelzorgers met 5 procent het laagste. De meeste mantelzorgers bevinden zich in de leeftijdsgroep 50 tot en met 64 jaar (22 procent). Franekeradeel, Leeuwarden en Tytsjerksteradiel tellen het hoogste aandeel oudere mantelzorgers.³³ De jongere senioren geven vooral mantelzorg aan hun (schoon)ouders, de oudere senioren bieden vooral partnermantelzorg.

Door het vertrek van jongeren naar steden in het centrum van het land wonen ouderen in perifere regio's vaak ver van hun kinderen en kleinkinderen¹⁰ terwijl zij door de bezuinigingen in de zorg juist meer op hen zijn aangewezen. Kinderen zijn erg belangrijk in hoe hun oudere vader of moeder zich voelt. Als zij geacht worden primaire zorg te verlenen krijg je een opmerkelijke vermenging van rollen. De belangrijkste rol van informele zorg is er te zijn als persoon, dat moeten professionals faciliteren. Terzijde merken wij hierbij op, dat in Zweden mantelzorg een wettelijke status heeft.²³

De lokale overheden daar hebben de plicht om familieleden niet alleen te helpen met informatie, maar ook heel concreet met bijscholing, regelingen voor werkenden, vervanging in vakantieperiodes en budget. Dat werkt goed om het onderscheid tussen formele zorg en informele zorg te bewaken.

Zo'n driekwart van de Friese mantelzorgers (76%) haalt veel voldoening uit het verlenen van mantelzorg:¹⁰ de saamhorigheid van samen mantelzorgen, een intensieve relatie met de verzorgde, en een goed gevoel om iets voor de hulpbehoevende te kunnen doen.¹⁰ Dit gevoel van voldoening speelt vooral als de zorgtaken tot maximaal drie uur per week in beslag nemen.

Van alle mantelzorgers voelen 6.500 (11%) zich zwaar belast door deze zorgtaken. Echter, ruim de helft van alle mantelzorgers ervaart niet of nauwelijks belasting. Zwaarbelaste mantelzorgers laten een significant hoger percentage (58%) van matig tot zwaar ervaren eenzaamheid zien ten opzichte van licht belaste mantelzorgers (32%). Wat partnermantelzorg vooral zwaar maakt is de verschuiving van een gelijkwaardige relatie naar een afhankelijke zorgrelatie en de veelheid en complexiteit van administratie. Als oudermishandeling plaats vindt, gebeurt dat meestal door overbelaste mantelzorgers.

Friesland heeft vergeleken met de andere Nederlandse provincies het hoogste bevolkingsaandeel dat vrijwilligerswerk doet:³³ 58% van alle Friezen. Samen met Gelderland staat Fryslân op de hoogste plaats wat het bevolkingsaandeel betreft dat zich vrijwillig inzet voor kerken. Senioren (65-plus) doen veel vaker vrijwilligerswerk bij een kerk, levensbeschouwelijke groeperingen, culturele verenigingen en in de verzorging of verpleging dan Friezen van 18-64 jaar.

2.10 Discussie: de betekenis voor Seker en Sûn

Uit dit hoofdstuk komt een aantal discussiepunten naar voren dat van belang is voor Seker en Sûn. Voor een deel komen deze punten naar voren in de bestudeerde documenten.

Discussiepunt 1. Redelijk tevreden bevolking



Citaat: *Er komt een beeld naar voren van redelijk gelukkige, gezonde en tevreden Friese bevolking. Indien we een vergelijking maken met de Nederlandse bevolking in totaal. Er zitten problemen aan te komen, maar Friesland staat op dit moment niet in brand.*

Seker en Sûn kan voortbouwen op een trend. Er is geen sprake van een trendbreuk sinds de decentralisatie in 2015.

Discussiepunt 2. Niet zelfredzame deel van de bevolking



Citaat: *Het is een uitdaging voor gemeenten om niet-zelfredzame senioren op tijd en voldoende ondersteuning te bieden.³³ Waar wonen de senioren met een laag inkomen, een lage opleiding, die alleenstaand zijn, zonder kinderen (in hun nabije omgeving), met een slechte gezondheid en een klein sociaal netwerk?*

Dit zijn onderwerpen die in Seker en Sûn terug kunnen komen.

Discussiepunt 3. De vraag naar verpleeghuiszorg neemt toe



Citaat: *De vraag van Sociaal Cultureel Planbureau is hoe de bewonerssamenstelling van in het bijzonder verpleeghuizen er uit gaan zien. Ouderen blijven steeds langer zelfstandig wonen en de zorgbehoefte van degenen die naar een verpleeghuis verhuizen, zal vermoedelijk groter zijn dan nu.*

Het is een uitdaging voor ons als onderzoeksteam om de toenemende vraag naar verpleeghuiszorg in Seker en Sûn mee te nemen.

Discussiepunt 4. **Weinig cijfers over curatieve zorg**



Paragraaf 4.3 en 4.4. gaan over ontwikkelingen in de vraag naar zorg en dienstverlening. Enkele opmerkingen komen aan de orde over de vraag naar huisartsen, thuiszorg en wonen in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Wat opvalt is het ontbreken van documenten (we hebben wel gezocht) over de vraag naar curatieve zorg. De gegevens over de vraag naar huisartsen zijn heel summier beschikbaar, alleen uitgedrukt in formatieplaatsen.

Hoeveel consulten door mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit gevraagd zijn, is bijvoorbeeld niet specifiek voor Friesland bekend. Hetzelfde geldt voor medisch specialistische zorg: wat zijn bijvoorbeeld de ontwikkelingen in de vraag naar oncologische, cardiologische en gynaecologische zorg? Er zijn geen trendmatige cijfers beschikbaar.

Dit houdt in dat Seker en Sûn ofwel de vraag naar curatieve zorg buiten beeld laat ofwel dat aanvullend onderzoek nodig is. Op zich zijn gegevens beschikbaar bij bijvoorbeeld Zorgverzekeraar De Friesland en bij de ziekenhuizen. De ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg zijn van grote betekenis voor de ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen in de zorg en voor de acute bereikbaarheid van de zorg. Voor ons als auteurs staat nu ter discussie om ofwel de scenario's te beperken of toch aanvullend onderzoek voor gegevens daarover.

HOOFDSTUK 3

Individualisering en gemeenschaps- zin van Friezen

In dit hoofdstuk komen dertien documenten aan de orde. Ze zijn samengevat rond een aantal thema's. Het hoofdstuk eindigt met een aantal discussiepunten die van belang zijn voor Seker en Sûn. Over de wijze van selecteren van de documenten en het ordenen rond de thema's verwijzen wij naar de introductie op hoofdstuk 2. De thema's zijn: de invloed van de geschiedenis (3.2), Waardenoriëntatie van Friezen (3.3), Sociale cohesie (3.4), De omgevingswet (3.5), Zorgcoöperaties (3.6). De hieronder besproken documenten bevat minder statistische gegevens en zijn meer beschouwend van aard. Dit hoofdstuk is dan ook meer een weergave van een dialoog dan een statistische samenvatting. De afsluitende paragraaf 3.7 benoemt een aantal discussiepunten voor het vervolg van het project Seker en Sûn.

3.2 De invloed van de geschiedenis

In hoofdstuk 2 kwam naar voren dat Noordoost-Friesland weinig gebruik maakt van WMO-voorzieningen en veel van de Participatiewet (werkloosheidsuitkeringen, bijstandsuitkeringen en Wajong). *Weinig* en *veel* staan hierbij in relatie tot het gemiddelde van Nederland. Het Sociaal Cultureel Planbureau organiseerde rondetafelgesprekken om te zoeken naar verklaringen voor deze verschillen, die niet alleen in Friesland maar ook in Groningen en Limburg naar voren komen.¹⁰ In alle rondetafelgesprekken stond men uitgebreid stil bij de geschiedenis van de streek. Veel gespreksdeelnemers veronderstellen dat deze doorwerkt in zowel de cultuur en mentaliteit van de inwoners, als in de economische structuur van een gebied. Alleen verschilt de lokale duiding en inkleuring per regio. In Groningen legde de politieke kleur gewicht in de schaal, in Friesland en Limburg ging het sterker over de rol van de kerk. De kerk staat van oudsher symbool voor ontmoeting, medemenselijkheid en spiritualiteit.²⁷ Zij is dan ook, naast het dorpse

verenigingsleven, traditoneel een belangrijke arena van het gemeenschapsleven op het platteland, alhoewel deze rol van de kerk van dorp tot dorp sterk kan verschillen. Te melden is dat plattelandsbewoners in geheel Nederland in vergelijking met stedelingen vaker lid zijn van een geloofsgenootschap en dat deze leden ook frequenter een (kerk) dienst bezoeken.

In Hoofdstuk 2 hebben wij aangegeven dat de ervaren kwaliteit van leven en gezondheid op het platteland van Friesland nog steeds hoger is dan in de steden. Dat is een tweede structureel kenmerk van de Friese populatie. Waarom zouden de dorpen in Nederland, afgezien van de demografische ontwikkelingen, geen duidelijke achteruitgang hebben laten zien? Het Sociaal Cultureel Planbureau geeft als antwoord drie mogelijke redenen.²⁷

Ten eerste moet bedacht worden dat dorpen geen typische afspiegeling hoeven te vormen van de regio. Veel ontwikkelingen, met name die in sociaaleconomische status, volgen uit selectieve migratiepatronen.

Het zou zo kunnen zijn dat de meest kwetsbare bewonersgroepen de dorpen mijden, omdat zich hier weinig geschikte woningen bevinden en omdat het leven in een dorp kosten met zich meebrengt of lichamelijke uitdagingen, die niet voor iedereen op te brengen zijn. Centrumdorpen en steden hebben immers praktische voordelen voor zowel financieel als lichamelijk beperkte bewoners. Hierdoor zouden toenemende contrasten zich sterker kunnen voordoen in de grotere kernen. Ook is het denkbaar dat deze selectieve migratiepatronen de dorpen relatief ruimdenkend houden. Dat is een tweede reden: men past zich in zijn denken en waarden aan in de loop der tijd. Ten derde is het mogelijk dat de grote inspanningen van lagere overheden in samenspel met bewoners de negatieve gevolgen van krimp hebben gecompenseerd. Wellicht ging juist naar de dorpen veel aandacht en geld om de leefbaarheid te bevorderen en de lokale samenleving te versterken. Bekend zijn de succesverhalen van dorpen die handig gebruik konden maken van subsidies (zowel uit het plattelandsbeleid als uit de krimp-potjes) en hun dorp met grootse projecten in de picture speelden.

Een derde, reeds vele jaren voorkomend kenmerk van de Friese bevolking is de structurele werkloosheid: reeds in 1960 merkte de overheid Oostelijk Groningen, Oostelijk Friesland, en Zuidoost Drenthe aan als gebieden die te kampen hadden met structurele werkloosheid.¹⁰

Hiervoor zijn drie oorzaken aan te wijzen:³⁶ De schaalvergroting en rationalisaties van bedrijven, waarbij kleinere bedrijven worden opgekocht door grotere, speelden een rol. Een voorbeeld hiervan is de vorming van grote melkfabrieken zoals Friesland Campina. Hierbij ging vaak werkgelegenheid verloren. Ook veranderde de smaak van consumenten: zij willen een groter assortiment van kleding die eenvoudige, kleine dorpswinkels niet kunnen leveren. Veel beleidsmakers en onderzoekers zijn in de loop van de tijd tot de overtuiging gekomen dat de aanwezigheid van voorzieningen in de kleine dorpen voor hedendaagse dorpsbewoners ook niet meer zo belangrijk is.²⁷ Dankzij hun mobiele leefpatronen zou bereikbaarheid belangrijker zijn dan aanwezigheid. Toch blijft het beeld – aldus een van de documenten²⁷ dat voorzieningen in het dorp nodig zijn voor sociale cohesie. Tenslotte verminderde de werkgelegenheid recentelijk, omdat bezuinigingen op zorg, welzijn en overheidsdiensten aan de orde van de dag waren. De structurele werkloosheid leidt ertoe, dat bewoners van Noordoost-Friesland veel voorzieningen gebruiken die hun materiële bestaansbasis raken, te weten bijstand, Wajong en WSW.¹⁰ Uitkeringsafhankelijkheid en de beschutte arbeidsmarkt bieden meer zekerheden dan de kwetsbare en onzekere arbeidsmarkt en deze ‘mentaliteit’ – zo betoogt document 24- wordt van generatie op generatie overgedragen.

Een vierde, historisch constant blijvende ontwikkeling is die van de technologie.²⁷ In de jaren vijftig, toen automatisering ten koste ging van werkgelegenheid in het agrarische bedrijf, en toenemende welvaart en automobilititeit het dorpsleven openbraken, werd gevreesd voor leegloop en zelfs voor het verdwijnen van dorpen.³¹ Verhuisbewegingen, verplaatsingen en dergelijke zijn individuele keuzes die mensen maken binnen de mogelijkheden die zij zien.³¹ En deze mogelijkheden veranderen onder andere door technologie.

Nog niet zo lang geleden werd verwacht dat de toenemende mobiliteit, media en internet mensen minder afhankelijk zouden maken van plaats en daarmee de keuze voor het heerlijke buitenleven zouden vergemakkelijken. Hoewel deze tendens niet doorzette, betekent dit ook niet dat de trek naar de stad zich altijd zal blijven voortzetten.

De bewegingen in de binnenlandse verhuizingen veranderden al eerder van richting en zijn bijzonder moeilijk te voorspellen. Ook in de toekomst zal de inrichting van de samenleving naar verwachting weer ingrijpend veranderen, in sterke mate onder invloed van technologie. Een toenemende tijd- en plaatsonafhankelijkheid ligt hierbij in de rede,

onder werk, studie en sociale contacten. Deze gaat verder dan wat we nu kennen en behelst bijvoorbeeld ook verzorgen en vergaderen op afstand. De vraag is dan, wat doet dat met de aantrekkingskracht van het platteland? Dat dorpsbewoners meer sociale samenhang ervaren in hun directe woonomgeving dan stedelingen, hangt samen met de vijfde en laatste historische factor.²⁷ Vele dorpelingen in geheel Nederland wonen in grondgebonden woningen. Zij raken figuurlijk geworteld aan hun grond. Daarom verblijven zij relatief vaak lang op dezelfde plek. Het aandeel grondgebonden woningen, veelal eengezinswoningen, daalt overigens wel langzaam.²⁷

3.3 Waardenoriëntatie van Friezen

In deze paragraaf komen achtereenvolgens algemene waarden, politieke oriëntatie, individualisering en waardenoriëntatie van ouderen aan bod.

Uit de empirische literatuur en enquêtemateriaal komt naar voren dat er brede steun is onder Nederlanders voor 'democratie', 'vrijheid' en 'gelijkheid' als algemene waarden.⁷ Achter deze 'gedeelde waarden' gaan echter aanzienlijke verschillen van mening schuil over wat democratie is, waar de grenzen van vrijheid of tolerantie liggen en wat gelijk moet zijn. Ook over burgerschap wordt verschillend gedacht, al wordt wel breed gedeeld dat het eerder om sociale verantwoordelijkheden en gezagsgetrouwheid gaat dan om actieve betrokkenheid bij de politiek.⁷ Zo was in 2007 93% van de Nederlanders het eens met de stelling dat een democratie de beste vorm van regeren is en vond 92% een democratisch systeem een goede manier om het land te besturen.⁷ Mensen associëren democratie met vrijheid (vrijheid van meningsuiting, vrijheid in het algemeen, een vrij land) en met een systeem om besluiten te nemen. Vrije verkiezingen en een gelijke behandeling van rechtbanken worden het meest belangrijk gevonden. In 2014 vonden Nederlanders³ het recht op gezondheidszorg veel belangrijker dan het recht op burgerlijke ongehoorzaamheid. Verder blijkt in ons land meer steun voor bestuur door een sterke leider die 'zich niet druk hoeft te maken om het parlement en verkiezingen' (37%) en nog meer voor experts die in de plaats van de regering besluiten nemen (51%).

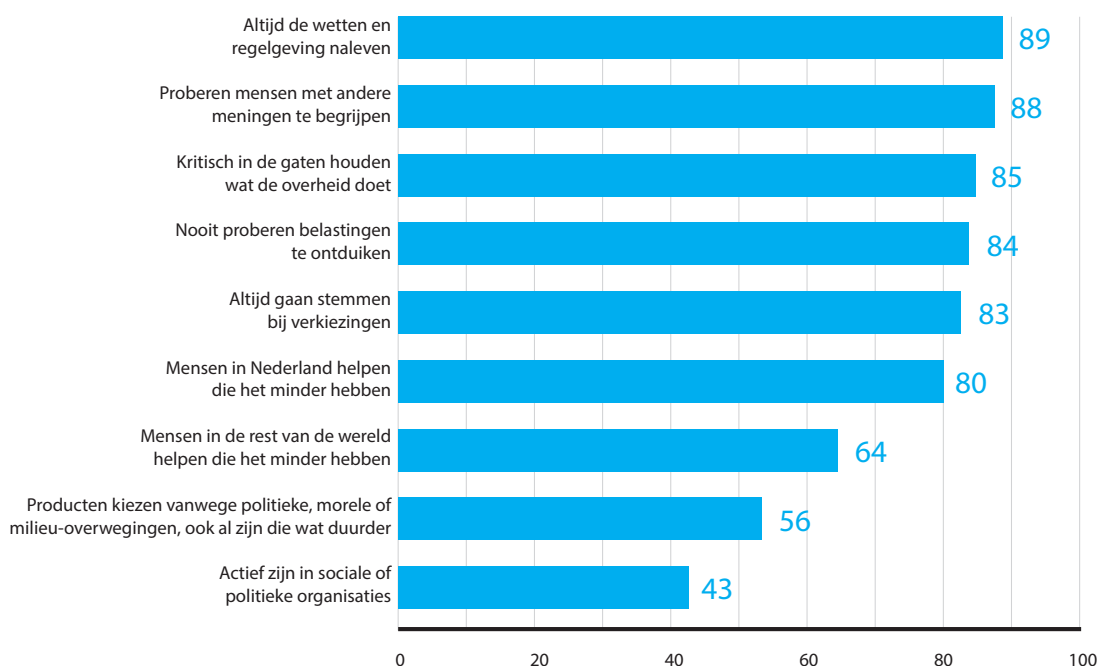
Er is een onderscheid te maken tussen 'intrinsieke' en 'instrumentele' democraten.⁷ Intrinsieke democraten zien democratie als doel op zich, 'instrumentelen' zien haar als een middel voor het bereiken van welvaart.

Instrumentele steun is kwetsbaarder dan intrinsieke steun: op het moment dat de welvaart onder druk staat (bv. door economische tegenspoed) kan de steun voor democratie verminderen omdat democratische waarden niet echt ‘doorleefd’ zijn.

Hoewel de veranderingen niet groot zijn, laat vergelijking van de aangepaste Nederlandse gegevens in 2002 en 2014 zien dat gezagsgetrouwheid (naleven van wetten en regels en belasting betalen) belangrijker zijn geworden. Het naleven van wetten en regels is in 2014 de belangrijkste burgerdeugd geworden.⁴Zie ook de afbeelding 3.1.

Het is goed te overwegen dat samenleven en democratie eerder gemeenschappelijke normen voor gedrag vergen, maar dat die normen op uiteenlopende waarden kunnen zijn gebaseerd.⁷ *Gij zult niet doden* is een goede norm, die men kan volgen als goddelijk gebod of vanuit geloof in de onschendbaarheid van het menselijk leven. Dit voorbeeld laat tevens zien dat het probleem niet hoeft te zijn dat normen onvoldoende gedeeld worden. De heftige maatschappelijke reacties op normafwijkend gedrag van enkelen illustreren eerder een stevige consensus.

Afbeelding 3.1
belang van negen kenmerken



Politieke oriëntatie

In mei 2017 trok het Fries Sociaal Planbureau een steekproef van bijna 4.000 Friezen en bevroeg de leden ervan over hun politieke oriëntatie.³² Ruim eenderde valt in de groep 'optimisten'. Zij vinden dat het de goede kant op gaat met Nederland en zijn dik tevreden met de Nederlandse samenleving en economie. Zij bezitten een groot vertrouwen in anderen en vinden de multiculturele samenleving een goede zaak. Ze hebben veel vertrouwen in de politiek en regering en voelen zich gehoord. Ze tonen zich over de hele linie tevreden en hebben vaak een positief beeld van de medemens, ook als die politicus is of van buitenlandse komaf.

Eenderde van de panelleden zijn 'Den Haag sceptici'. Zij zijn vooral kritisch over alles wat te maken heeft met de politiek in Den Haag. Het vertrouwen in de Tweede Kamer en de regering is laag, zij voelen zich niet erg gehoord en de politiek in Den Haag krijgt een onvoldoende (5.4).

Daarentegen zijn zij over het algemeen positief over de multiculturele samenleving en hebben groot vertrouwen in anderen. Het gaat niet de verkeerde kant op met Nederland, maar ook niet de goede. Ze zijn redelijk tevreden met de Nederlandse samenleving en economie, maar minder tevreden dan de optimisten.

Krap eenderde van de panelleden valt in de groep 'pessimisten'. Zij zijn over de hele linie nogal negatief en somber. Bijna iedereen in deze groep vindt dat het de verkeerde kant op gaat met Nederland en is ontevreden over de Nederlandse samenleving en economie. Een minderheid heeft vertrouwen in andere mensen en vrijwel niemand geeft de politiek wat betreft tevredenheid of vertrouwen een rapportcijfer 7 of meer. Zij zijn vrij negatief over de multiculturele samenleving en ook zeer ontevreden over de politiek en regering. Tevens voelen zij zich niet gehoord.

Ruim de helft van alle panelleden vindt dat er te weinig aandacht voor Friesland is in de landelijke politiek. Dit geldt met name voor de pessimisten (71%) en in mindere mate voor de Den Haag sceptici (59%). Voor de optimisten ligt dit met 43% een stuk lager. Ruim 40% van alle panelleden vindt dat de Friese belangen onvoldoende worden behartigd in de Tweede Kamer. Deze onvrede is het grootst onder de pessimisten. Wordt aan de panelleden gevraagd uit een lijst van veertien maatschappelijke kwesties de twee belangrijkste voor Nederland te kiezen, dan staat gezondheidszorg en sociale zekerheid veruit bovenaan. Hierna volgen 'milieu, klimaat en energiekwesties' en 'immigratie' op

een gedeelde tweede plaats. Opvallend is dat milieu, klimaat en energiekwesties onder de Friese panelleden een stuk hoger op de ranglijst staan in vergelijking met de Nederlandse bevolking (op plaats 7 in Nederland).

Aan de panelleden is ook gevraagd om uit veertien Friese maatschappelijke kwesties de twee belangrijkste te kiezen. Werkgelegenheid staat veruit bovenaan. Hierna volgen krimp, op de voet gevolgd door de gaswinning en de Friese taal en cultuur op een gedeelde derde plaats. De Friese panelleden zijn meer tevreden met het lokale bestuur dan met hogere politieke niveaus. Het gemeentebestuur krijgt gemiddeld een rapportcijfer 6.3, de provinciale politiek een 6.2, de Haagse politiek een 5.6, en de Europese politiek een 4.9.

Gemeenschapszin

De belangrijkste reden die bewoners noemen als toelichting bij hun positieve oordeel over het leven in Friesland betreft de manier waarop bewoners met elkaar samenleven. De één waardeert het feit dat bewoners elkaar met rust laten: *Zoals ik het ervaar lijkt 'leven en laten leven' hier van toepassing. Dat bevalt mij.* Anderen noemen juist de onderlinge verbondenheid en de initiatieven die bewoners tot stand brengen.³⁵ Splitsen we de sociale binding uit naar diverse categorieën van de bevolking, dan ontstaat het volgende beeld.³⁵

- 'Traditioneel gebonden' bewoners (14% van alle bewoners) hebben meestal meer contacten in het dorp dan erbuiten. Deze gemiddeld oudere, lager opgeleide bewoners hebben daarbij een relatief sterke culturele en landschappelijke binding. Onder hen zijn veel dorpsautochtonen en kerkelijke bewoners.
- 'Sociaal gebonden' bewoners (9%) hebben eenzelfde sterke sociale binding en zijn vaak in het dorp geboren en getogen. Anders dan 'traditioneel gebonden' bewoners ervaren zij weinig landschappelijke, culturele en functionele binding en zijn ze overwegend jong.
- 'Sociale rustzoekers' (25%) hebben ook veel contacten in het dorp, maar minstens evenveel contacten buiten het dorp. Verder hebben zij een sterke landschappelijke binding, vaak een middelbare leeftijd en een lange geschiedenis in het dorp.
- 'Goede bekenden' (17%) hebben eveneens veel contacten in het dorp, zonder sociaal gezien sterk op het dorp georiënteerd te zijn. Deze groep heeft geen sterke landschappelijke binding.

Iets vaker dan gemiddeld zijn zij vrouw en ouder van thuiswonende kinderen.

- 'Rustzoekers' (24%) hebben weinig contacten in het dorp, maar de landschappelijke binding van deze groep is sterk. Onder deze groep zijn veel nieuwe bewoners, hoger opgeleiden en bewoners van middelbare leeftijd.
- 'Ongebonden' bewoners (9%) hebben eveneens weinig contacten in het dorp. Ze wonen relatief kort in het dorp, zijn relatief vaak alleenstaand en hebben vaak een laag inkomen.
- 'Rustmijders' (2%) vormen een kleine groep. Het zijn vooral jonge bewoners die 'het landschap' en 'rust en ruimte' niet positief waarderen.

Individualisering

Individualisering scoort in onderzoek onder burgers lager dan gemeenschapszin.⁷ Uit een enquête van het Sociaal Cultureel Planbureau in 2014¹⁸ blijkt, dat 89% van de respondenten vindt: "mensen helpen die er slechter aan toe zijn dan zichzelf" een teken van goed burgerschap. 80% van de respondenten vindt kenmerk van goed burgerschap: "mensen in Nederland helpen die het minder hebben". Interessant is de grote aandacht voor het individu in de gezondheidszorg en de verwaarlozing van de collectieve preventie. Medicalisering komt vaak voort uit het toeschrijven van gezondheidsproblemen aan het individu (slechte coping).²⁶ Het individu moet daar zelf een oplossing voor vinden, eventueel met enige empowerment van zorgprofessionals. Doch, veel van de problemen waar mensen tegen aan lopen, betreffen de inrichting van de maatschappij. Collectieve veranderingen zijn nodig, en niet perse van het individu dat zich weerbaarder moet maken.

Waardenoriëntatie van ouderen

De babyboomgeneratie heeft veelal een andere waardenoriëntatie en leefstijl dan de voorgaande generaties.³³ Ze zijn vaak hoger opgeleid, hebben hogere inkomens (door betere pensioenopbouw, dit geldt ook voor vrouwen) en zijn relatief gezonder en mobieler dan eerdere generaties. Babyboomers willen ook op oudere leeftijd zelf hun leven vormgeven. Ze zijn meer gewend zich te informeren, bijvoorbeeld over nieuwe ontwikkelingen. Ook hebben ze dikwijls meer computervaardigheden dan vorige generaties en zijn daarom wat beter toegerust op de huidige digitale maatschappij.



Discussiepunt 1

Deze nieuwe generatie senioren heeft wat betreft wonen en zorg meestal andere wensen dan de stille en de vooroorlogse generatie waarop wonen en zorg is afgestemd, bijvoorbeeld in verpleeg- en verzorgingshuizen. Wij hopen dat deze vitale uitstraling bijdraagt aan een betere beeldvorming over senioren.

Die is niet zo positief.²³ Want als je de nieuwe generatie senioren vraagt hoe ze ouderen zien, dan zeggen ze vaak zelf dat ze nog niet bij die groep horen. Ze lopen nog de marathon of ondernemen veel. Dat is dan het argument om te zeggen dat je nog niet oud bent. Zolang je dat doet kun je afstand nemen van de beeldvorming en hoef je die niet te bevechten. Terwijl ze ook zouden kunnen zeggen dat de stereotyperingen niet kloppen. Ouderdom staat niet gelijk aan ziekte of immobiliteit.

3.4 Sociale cohesie

De sociale samenhang in de Nederlandse dorpen vertoont enige variatie in de tijd, maar is min of meer op gelijk niveau gebleven.²⁷ Er kan althans statistisch geen trend worden vastgesteld voor de dorpen. Het overheersende positieve beeld is dat dorpsbewoners leven in een hechte gemeenschap waarin ze voor elkaar klaarstaan en naar elkaar omkijken, maar dat dit als negatieve kant sociale controle kan hebben. De sociale samenhang is significant hoger op het platteland dan in de stad.²⁷ Wel is er een toenemende afstandelijkheid in omgangsvormen tussen buren te constateren.³¹ Zo hechten veel mensen groot belang aan privacy en wordt sociale controle dus vaker negatief gewaardeerd, ook in dorpen. Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat tussen buren gedragsnormen bestaan die het vragen en aanbieden van hulp in de weg staan. Van alle informele helpers is 5-9% een buur. Hun hulp is minder intensief en langdurig dan die van primaire mantelzorgers en minder intiem, maar buren leveren wel praktische hulp en emotionele steun.³¹ Men is meer bereid tot vrijwilligerswerk, indien zij gemeenschapszin en leefbaarheid voor iedereen van belang vindt.³⁵

Als belangrijke voorwaarde voor een leefbaar dorp zien veel bewoners en beleidsmakers van oudsher de onderlinge betrokkenheid tussen bewoners.²⁷ Naarmate het levendige dorp van weleer wat in de vergetelheid raakte en veel stedelingen het platteland opzochten voor de rust, leek de sociale cohesie wat minder onmisbaar te worden voor een leefbare omgeving; veel bewoners hechtten meer aan de woning en het groen in de buurt dan aan de sociale gemeenschap.

Een punt van zorg is de tanende sociale cohesie in het groeiende beroep dat overheden doen op burgers in de zorg voor hun omgeving, waarbij het welzijn van ouderen een niet onbelangrijk doel is.²⁷ Nu een groeiend aantal soms zeer kwetsbare ouderen zich zelfstandig moet redden, wordt veelal naar de lokale omgeving gekeken bij het zoeken naar oplossingen voor degenen die hierbij aan hun eigen netwerk niet genoeg hebben. 'Zelfredzaamheid', 'eigen kracht', 'zelfregie', 'eigen verantwoordelijkheid' en 'veerkracht' zijn termen die steeds vaker gebruikt worden, onder andere in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning.¹⁴ Hierbij wordt de rol van de overheid in zorg en ondersteuning kleiner, en wordt verwacht dat burgers meer voor zichzelf en voor elkaar gaan zorgen. In de participatiesamenleving heeft de burger meer ruimte om zelf initiatieven te nemen. De overheid concentreert zich op het bieden van een vangnet voor de meest kwetsbare burgers.

De doe-democratie

Een term die men regelmatig gebruikt om de gewenste lokale participatiesamenleving aan te duiden, is de doe-democratie.²

Zij staat voor burgers die in het publieke domein meedoen en in het bijzonder voor het gegeven dat bewoners hiermee invloed uitoefenen op hun omgeving. Daarmee plaatst de term ook een kanttekening bij de lokale participatiesamenleving, want hoe democratisch is die eigenlijk? Over bewonersinitiatieven wordt veel gesproken en geschreven, maar dan gaat het vrijwel altijd over de bewoners die actief en betrokken zijn. Niet over de bewoners wier levens zich vooral binnenshuis of buiten de directe omgeving van het huis afspelen. In het algemeen zijn het de meer kansrijke bewoners die het dorpsleven dragen.²⁷ Terwijl het initiatief wat vaker van hoger opgeleiden komt en bewoners met een middelbare opleiding veel vrijwilligerswerk doen, zijn bewoners met een laag opleidingsniveau sterk ondervertegenwoordigd in deze doe-democratie ofwel lokale civil society. Er is in dit verband wel gesproken van een 'diplomademocratie': hoe hoger in de participatiepiramide, met 'praten over' aan de basis tot 'meebeslissen' aan de top, hoe hoger het aandeel hoogopgeleiden.⁵ Dit wordt ook wel het Mattheüseffect genoemd,⁵ vernoemd naar Mattheüs 12 vers 13, dat in de Statenvertaling luidt: 'Want wie heeft, dien zal gegeven worden, en hij zal overvloediglijk hebben; maar wie niet heeft, van dien zal genomen worden, ook dat hij heeft.'

De meeste dorpsbewoners hebben veel contacten in het dorp en onder deze dorpsbewoners zet een substantieel deel zich in voor een organisatie of bewonersinitiatief.³⁵ Wie daarnaast een rijk sociaal leven buiten het dorp heeft, zet zich vrijwel net zo vaak actief in als wie vooral op het dorp is gericht. Die laatsten hebben dus net zoveel invloed in de dorpse doe-democratie. De lokale participatiesamenleving stelt zich open voor een groot deel van de dorpsbewoners. Enerzijds tonen enquêtegegevens geen overtuigende stijging in de mate waarin Nederlanders zich vrijwillig inzetten voor hun omgeving.³⁵ Anderzijds lijkt de participatiesamenleving wel degelijk vorm te krijgen in de lokale leefomgeving. Zo wijzen inventarisaties op een sterke toename van het aantal lokale coöperaties gericht op zorg, energieopwekking en breedbandinternet.

Bewoners binden zich minder vaak langdurig aan verenigingsleven en andere lokale organisaties. Wel zetten zij zich in via minder regelmatige en georganiseerde initiatieven.²⁷ Het kan dan gaan om een incidentele actie voor een veilige oversteekplaats, maar ook om plannen met grote ambities voor de lange termijn, zoals de oprichting van een zorgcoöperatie. Deze vorm van inzet zou mogelijk kunnen aansluiten bij hedendaagse burgers, die mondiger zijn, zich minder langdurig willen verbinden en steeds vaker flexibele, informele verbanden verkiezen boven georganiseerde verbanden.

Veel bewoners kijken positief tegen bewonersinitiatieven en zijn van mening dat zij meer te zeggen zouden moeten krijgen.²⁷ Een sociaal vitaal platteland is daarom een platteland waar waardevolle zaken tot stand komen dankzij vrijwillig handelen van bewoners.

Zorgen bestaan over de borging van de organisatie van de ouderenparticipatie: er ontbreken coördinatoren die dat praktisch organiseren en reiskosten betalen.²⁷ Ouderenorganisaties zijn nog steeds verzuild in katholieken, protestanten, migranten, de ANBO. Dat betekent dat er niet een centraal aanspreekpunt is. Iedereen ziet het belang daarvan in, maar niemand heeft budget.

Met het oog op de toekomstige bevolkingsontwikkeling in Friesland (zie ook hoofdstuk 2) zal de middengroep van 35-54-jarigen aanzienlijk kleiner worden. Dit betekent dat over tien jaar het platteland een tamelijk kleine 'dragende groep' heeft, die geacht wordt arbeid te verrichten en de doe-democratie te ondersteunen, maar tegelijk ook de zorg heeft voor een relatief grote groep ouderen.¹

Metingen in 2011 en 2014 maken mogelijk ontwikkelingen zien in de aanwezigheid van gemeenschapshuizen.²⁷ Het aantal daarvan daalt in geheel Nederland, maar in de afgelegen dorpen in krimpregio's is eerder sprake van een toename dan van een afname van deze voorzieningen. De redenering is vaak dat bewoners elkaar via dorpshuizen vaker ontmoeten en samen gaan ondernemen.²⁷ Lijnrecht tegenover deze redenering staat dat dat (dreigend) onheil bewoners, zoals sluiting van een ziekenhuis, samen kan brengen. Dit is de zogeheten mobilisatietheorie.⁵ Die komt er (met tal van nuances en verbijzonderingen) op neer dat mensen eerst voor een doel (consensusmobilisatie) en dan voor inzet voor dat doel moeten worden gewonnen (actie-mobilisatie). Het is de vraag hoe houdbaar de inspanningen om een doe-democratie te realiseren zijn.²⁷ Zijn we getuige van een transitie naar een beter soort lokale samenleving waarin bewoners een vanzelfsprekende actieve rol hebben, of blijkt de 'doe-democratie' toch te sterk te leunen op de beleidsinspanningen die haar nu proberen aan te wakkeren? Een belangrijk punt van aandacht blijft dat juist de meest kwetsbare bewoners het minst makkelijk aansluiting vinden bij lokale structuren.³¹ De fysieke belemmeringen waarmee ouderdom gepaard gaat, zijn tot op zekere hoogte op praktische manieren te ondervangen.

Maar de sociale barrières tussen kwetsbare, afhankelijke bewoners en hun buurtgenoten variërend van vraagverlegenheid tot een volhardend patroon van sociaal isolement zijn veel lastiger te beslechten. Dit punt van aandacht is ook relevant voor de informele bewonersinitiatieven, waarvan momenteel zoveel wordt verwacht. Of misschien wel juist: omdat een sterk wij-gevoel geldt als een onmisbare voedingsbodem van initiatieven, kan datzelfde wij-gevoel makkelijk mensen buiten sluiten. Concluderend kan worden gesteld,³¹ veel dorpen bieden een warme, vertrouwde omgeving aan dorpsbewoners die kampen met verlies en afnemende mogelijkheden. Maar als vangnet voor de meest kwetsbaren is dat niet betrouwbaar genoeg.

Wanneer zowel de leefbaarheid als de lokale zelfredzaamheid in een dorp echt ontoereikend blijkt voor iedereen en niet alleen voor de kwetsbare bewoners, is het verstandig en noodzakelijk verbindingen met de regio en de stad te leggen en te benutten. Vanuit een meer regionaal perspectief kan er veel meer gedacht worden in kansen en krachten.

Deze regionale manier van denken wordt onderschreven in de Zeeuwse regio. Maar niet elke regio is even krachtig en zelfredzaam, dus het regionaal economisch beleid onder het motto 'regio's op eigen kracht' is niet aan elke regio besteed. Wij merken op dat een regionale aanpak voor betrokken bewoners en gemeentebesturen toch weer een vorm van schaalvergroting betekent.

Het Sociaal Cultureel Planbureau onderscheidt drie onderling samenhangende uitdagingen voor de overheid bij het versterken van de doe-democratie.⁵ De samenleving meer verantwoordelijkheid geven, vergt aanscherping van waar de samenleving meer verantwoordelijkheid voor krijgt, vergt toezicht om vast te kunnen stellen of 'eenvoudiger' ook daadwerkelijk 'beter' is, en vergt bezinning op de randvoorwaarden (bijvoorbeeld de ondersteuning van ouderenparticipatie) waaronder de samenleving die taak kan vervullen.

Als verantwoordelijke voor het nieuwe omgevingsbestel moet de overheid ook een 'plan b' hebben om een afweging tussen verschillende belangen en waarden te maken wanneer belanghebbenden daar zelf niet uitkomen of wanneer de participatieve democratie op haar grenzen stuit doordat 'zwakke belangen' (inclusief de belangen van komende generaties, een essentieel onderdeel van denken in termen van duurzaamheid) onvoldoende vertegenwoordigd zijn.

De overheid toont gevoel voor de grenzen aan de reikwijdte van participatie door te waken voor overbelasting van burgers en oog te hebben voor spanning tussen participatie en representatie. Het Sociaal Cultureel Planbureau onderkent als laatste randvoorwaarden voor het welslagen van een grotere burgerrol: de kwaliteit van communicatie tussen actoren.⁵ Is er sprake van een beargumenteerde dialoog? Of pikt men op internet alleen informatie en opinies naar eigen smaak op, waarmee men niet zozeer een publieke discussie voert, maar er meer sprake is van 'echokamers' waarbinnen groepen gelijkgestemden elkaar in het (vermeende) eigen gelijk bevestigen.⁵

Dorpsraden

Wanneer bewoners meer verantwoordelijkheden naar zich toetrekken, blijft de gemeente een onmisbare partner, maar de houding van dorpsbewoners getuigt gemiddeld genomen van weinig vertrouwen hierin.³⁵ In de veranderende verhouding tussen gemeenten en bewoners kunnen dorpsraden een belangrijke rol vervullen. Zij ontwikkelen zich steeds meer tot een platform waar bewoners, al dan niet gesteund door gemeenten, een visie op het dorp proberen te formuleren en tot plannen en acties trachten te komen.

Hoewel dorpsraden in Nederland er volgens het Sociaal Cultureel Planbureau² beter dan wijkraden in slagen om hun achterban te vertegenwoordigen, zijn de meningen van bewoners over de dorpsraad wisselend.

Van degenen die te maken hebben met een dorpsraad – of een vergelijkbaar orgaan – vindt twee derde dat deze openstaat voor alle meningen, maar een kwart van de bewoners vindt dat bepaalde groepen overheersen. Nog kritischer zijn bewoners over de effectiviteit van de dorpsraad. Niet eens de helft vindt dat de dorpsraad veel gedaan krijgt.

3.5 De Omgevingswet

Individualisering en gemeenschapszin hebben op verschillende manieren gevolgen voor de fysieke en sociale omgeving. Een eventuele verdere toename van het aandeel eenpersoonshuishoudens heeft gevolgen voor het type woning dat men zoekt, maar ook voor gewenste voorzieningen en ontmoetingsplekken buiten de woning. En mogelijk ook voor mobiliteitspatronen: of men een auto wil bezitten of gedeelde toegang tot een auto wil hebben in combinatie met openbaar vervoer heeft grote gevolgen voor de inrichting van de fysieke leefomgeving.

Nederland is op weg naar een Omgevingswet,⁵ die volgens planning in 2021 (volgens het recente regeerakkoord van Rutte-III) in werking treedt. Die wet gaat 26 wetten vervangen, waaronder de Crisis- en herstelwet, en vele bepalingen uit overige wetten, tezamen 4.700 wetsartikelen. Het aantal Algemene Maatregelen van Bestuur (amvb's) vermindert van 120 naar slechts vier, het aantal ministeriële regelingen van 120 naar een beperkt aantal. De nieuwe integrale Nationale Omgevingsvisie komt in de plaats van ongeveer 80 in afzonderlijke nota's vastgelegde visies. Het doel van de stelselherziening is om de ontwik-

keling van de fysieke omgeving, belegd over zeven ministeries, zowel beter als eenvoudiger te maken: in één wet, met één nationale visie en slechts vier Algemene Maatregelen van Bestuur. Leidende gedachte is dat dit te verwezenlijken is door minder regelgeving en meer samenwerking tussen overheden, ondernemers en burgers. De kern van de Omgevingswet gaat om het beschermen van gezondheid en veiligheid, het borgen van maatschappelijke belangen zoals natuur, landschappen en erfgoed, en van sociale belangen zoals bereikbaarheid van basale voorzieningen en de beschikbaarheid van ontmoetingsplekken voor lokale gemeenschappen.⁵

Een centraal begrip in de Omgevingswet wordt duurzaamheid. Voorbij ruimtelijke beleidsdomeinen zoals water, infrastructuur, energie, klimaat, landschap en recreatie nodigt het begrip duurzaamheid uit om het hele duurzaamheidsspectrum van 'people-planet-profit' te bestrijken. Dan is versterking van de economische structuur (profit), één van de doelen van de Omgevingswet, niet meer los te zien van ruimtelijke kwaliteit (planet) en gezondheid (people).⁶

Met het aanspreken van burgers op hun eigen verantwoordelijkheid past de Omgevingswet naadloos in een bredere verschuiving van verantwoordelijkheden van overheden naar de samenleving.⁵ Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving. Op allerlei terreinen wordt van mensen gevraagd zich in te zetten alvorens een beroep op een collectieve voorziening te doen. De ingrijpende Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is op deze gedachte gebaseerd. De Omgevingswet tapt op hetzelfde moment uit hetzelfde vaatje.⁵

Het realiseren van de benodigde randvoorwaarden voor goede informatie, heldere communicatie, passende inspraak en eventueel ondersteuning om een serieuze partner van de overheid te kunnen zijn, raakt de kern van wat de 'systeemverantwoordelijkheid' van de rijksoverheid wordt genoemd. Het beter beschermen en benutten van de leefomgeving gaat niet zonder serieuze betrokkenheid van burgers.

Maar burgerparticipatie wordt pas écht gerealiseerd als de overheid zich omgekeerd ook meer responsief en participatief naar burgers toont.⁵

De regering gaat bij het voorstel voor de Omgevingswet op drie manieren uit van vertrouwen: vertrouwen in initiatiefnemers (degene die

activiteiten verricht in de fysieke leefomgeving), vertrouwen van de burger in de overheid en vertrouwen tussen overheden.

Het vertrouwen van burgers in de overheid is de kern. De Omgevingswet kan een bescheiden bijdrage leveren aan het herstel van vertrouwen in de overheid door het faciliteren van burgerparticipatie, betere besluitvorming over projecten, inzichtelijker procedures en regelgeving en beter beschikbare informatie over de fysieke leefomgeving. Een deel van de burgers vertrouwt de overheid niet, of althans niet bij voorbaat. Die burger wil begrijpen hoe tot keuzes wordt gekomen. Hij zoekt naar informatie om zich een oordeel te vormen over de betrouwbaarheid van de overheid en de legitimiteit en rechtvaardigheid van haar beslissingen. Daarom is het van belang volledige, objectieve en begrijpelijke informatie te bieden op een voor burgers toegankelijke wijze.

We zien niet minder dan vijf verschillende rollen van de lokale overheid:⁵ opsteller van de omgevingsvisie, beslisser over omgevingsbesluiten, initiatiefnemer van omgevingsplannen (de overheid is de grootste investeerder in ruimtelijke projecten), toezichthouder op naleving van de nieuwe regels en tot slot eindverantwoordelijke voor de nieuw in te richten wet- en regelgeving over de omgeving.

3.6 Zorgcoöperaties

Omdat zorgcoöperaties in de Seker en Sûn scenario's een rol spelen, besteden wij hieraan een aparte paragraaf. Twee bronnen over zorgcoöperaties troffen wij aan. De eerste³⁷ gaat over het Noord-Groningse Warffum. De zorgcoöperatie aldaar beoogt oudere bewoners 'ook in de toekomst, de mogelijkheid [...] te bieden aan de ouderen uit hun dorp en omgeving om in Warffum te blijven wonen en zo "Goud oud" te kunnen worden' (www.goudoudinwarffum.nl). De tweede zorgcoöperatie bevindt zich in Kloosterburen. U vindt een interview met Anne Hilderink, initiator en ontwikkelaar van de coöperatie Klooster & Buren.²⁷

Wij citeren enkele passages uit het interview:

AH: De 310 leden van de coöperatie bestaan uit dorpsbewoners van Kloosterburen en omliggende dorpen. Ze zetten zich in om het gebied leefbaar te houden. Klooster & Buren is voortgekomen uit de stichting Sint Jan, die in 2006 een woonvorm voor kinderen met een verstandelijke beperking ontwikkelde. Sindsdien heeft de stichting verder gebouwd aan een eigen visie en werkwijze van en door bewoners, waardoor het dorp bruist van de initiatieven. Zo heeft de coöperatie inmiddels het zorgcentrum 't Olde Heem gekocht om zelf te exploiteren. Zo zorgen de bewoners er voor dat ouderen in het dorp kunnen blijven wonen. Er is een kloostertuin opgezet met groente en fruit die onderhouden wordt door vrijwilligers. Monumenten zoals de Nicolaaskerk krijgen een herbestemming.

Interviewer: Waarom kan dat bij jullie?

AH: Kloosterburen is natuurlijk een piepklein dorp aan de Waddenkust. De afgelopen decennia is alles teruggeschoefd: de woningcorporatie investeerde niet meer in het dorp, zorgvoorzieningen liepen terug, alles werd schraller. De leefbaarheid stond onder druk, terwijl dit gebied zo de moeite waard is om in te investeren. We horen bij het werelderfgoed van Unesco, we leven met het Wad, in het dorp ligt het oudste kloosterterrein van de provincie Groningen, we zijn omringd door cultuurlandschap van 2000 jaar oud.

(...) als je de bestaande schotten negeert en buiten de gebaande paden gaat kijken, zie je dat ouderen en mensen met een beperking zelf ook heel veel kunnen. Ouderdom is geen kwaal. We gaan uit van vitaliteit.

De coöperatie bestaat nu een jaar, maar de stichting St. Jan bestaat al tien jaar. De ervaring met een woonvorm voor inwoners met een verstandelijke beperking hadden we dus al. Iedere keer als we als bewoners van Kloosterburen in de stichting een vraag of risico zien opdoemen, betrekken we alle partijen. Zo ook toen we zorginstelling 't Olde Heem hebben gekocht. Die was niet meer rendabel voor de Zonnehuisgroep. We hebben 'ateliers' georganiseerd: studiedagen waarin we heel precies bestuderen wat nodig is om een initiatief te laten slagen

3.7 Discussiepunten

Uit de vorige paragrafen komen de volgende zeven discussiepunten naar voren die van belang zijn voor Seker en Sûn.

Discussiepunt 1. **Werkgelegenheid is belangrijkste probleem van Friesland?**



Bij de waardenoriëntatie (par 3.3) valt verder op, dat werkgelegenheid het grootste probleem is, groter dan de krimpende bevolking en het behoud van de Friese taal. Individualisering scoort in onderzoek onder burgers lager dan gemeenschapszin. De babyboomgeneratie heeft veelal een andere waardenoriëntatie en leefstijl dan de voorgaande generaties. De sociale samenhang in de Nederlandse dorpen vertoont enige variatie in de tijd, maar is min of meer op gelijk niveau gebleven. Ook voor deze kenmerken geldt dat ze van belang zijn voor het beoordelen van de haalbaarheid van een Seker en Sûn-scenario.

Discussiepunt 2. **Is de kleine, dragende groep uit te breiden?**



Met het oog op de toekomstige bevolkingsontwikkeling in Friesland (zie ook hoofdstuk 2) wijzen wij erop dat de middengroep van 35-54-jarigen aanzienlijk kleiner wordt. Dit betekent dat over tien jaar het platteland een tamelijk kleine 'dragende groep' heeft die geacht wordt arbeid te verrichten en de doe-democratie te ondersteunen, maar tegelijk ook de zorg heeft voor een relatief grote groep ouderen. Deze opmerkingen over doe-democratie zijn van belang voor de Seker en Sûn-scenario's over individualisering versus gemeenschapszin.

De samenleving meer verantwoordelijkheid geven, vergt aanscherping van waar de samenleving meer verantwoordelijkheid voor krijgt, vergt toezicht om vast te kunnen stellen of 'eenvoudiger' ook daadwerkelijk 'beter' is, en vergt bezinning op de randvoorwaarden (bijvoorbeeld de ondersteuning van ouderenparticipatie) waar-

onder de samenleving die taak kan vervullen.

De nieuwe rol van de lokale overheid die hieruit spreekt in par. 3.4. mag niet ontbreken in de scenario's. Wie kiest voor gemeenschapszin dan wel individualisering zegt indirect ook iets over de rol van de lokale overheid.

Discussiepunt 3



De Omgevingswet van 2021 biedt nieuwe kansen voor bewoners

Nederland is op weg naar een Omgevingswet, die volgens planning in 2021 (volgens het recente regeerakkoord van Rutte-III) in werking treedt. Deze wet geeft de provincie Fryslân en de Friese gemeenten een nieuwe kans om de fysieke en sociale omgeving op een samenhangende manier in te richten.

Dit biedt kansen voor een effectief ouderenbeleid waarin aangepaste woningen, inrichten van de fysieke rustplekken en het vestigen van gemeenschapshuizen in de dorpen centraal staat.

HOOFDSTUK 4

Informatietechnologie
overbrugt afstanden:
soms wel en
soms niet

Het vorige hoofdstuk gaf het al aan. Gedurende de gehele twintigste eeuw had nieuwe technologie invloed op de migratiestromen in Friesland. De auto maakte het meest afgelegen dorp bereikbaar. De televisie opende vensters op de andere kant van het land en de wereld. De landbouw automatiseerde: met de hand melken verdween en grote oogstmachines verschenen op de akkers. De levensmiddelenindustrie zoals melkfabrieken en graanverwerking werd grootschaliger en automatiseerde sterk. Door deze technologische ontwikkelingen ontstond al in de jaren zestig van de vorige eeuw werkloosheid. Toch -zie hoofdstuk 2- ervaren plattelandsbewoners binnen en buiten Friesland nog steeds een betere kwaliteit van leven en gezondheid dan stadsbewoners.

Wat gaat er gebeuren als de nieuwe informatietechnologie ook wel genoemd de digitalisering zich nog verder verspreidt dan nu het geval is. Kenmerkend voor deze technologie is het overal en altijd beschikbaar maken van informatie. In het algemeen en voor dit rapport ook in zorg en maatschappelijke dienstverlening in het bijzonder.

Wij lazzen voor dit hoofdstuk twaalf gezaghebbende documenten; van instanties binnen en buiten Friesland. Wij sorteerden de informatie hieruit in een aantal thema's: informatievoorziening van pers naar social media (par 4.2); Het gebruik van big data (4.3); Medische gegevens inzien (4.4); Communicatie tussen zorgprofessionals (4.5); eHealth en condities daarvoor (4.6) en Domotica (4.7). Ook dit hoofdstuk sluit af met discussiepunten voor de Seker en Sûn scenario's. Voor de wijze van selecteren en samenvatten van de twaalf documenten verwijzen wij naar hoofdstuk 1 en paragraaf 2.1.

4.2 Informatievoorziening van pers naar social media

Onder invloed van digitalisering ondergaat het informatielandschap grote veranderingen, zowel in aanbod als gebruik.⁵ De pers verliest haar rol van ordenaar, sluiswachter en kritisch speurder, vooral regionaal en lokaal, althans in de vorm die we lang kenden, terwijl ongewis is wat daarvoor in de plaats komt. Een kernvraag is of en in hoeverre met het verdwijnen van de lokale pers en het verschijnen van nieuwe vormen van informatievoorziening en nieuwsgaring de geïnformeerdeheid van de bevolking in het geding is.⁵ Het gaat om twee specifiekere vragen: of de geïnformeerdeheid van de bevolking dreigt af te nemen, en of er in de mate van geïnformeerdeheid grotere verschillen tussen bevolkingsgroepen dreigen te ontstaan. De Nederlandse samenleving loopt het gevaar -aldus het Sociaal Cultureel Planbureau⁵- dat burgers op internet alleen informatie en opinies naar eigen smaak tot zich nemen.

De publieke discussie verdwijnt dan omdat er meer sprake is van echo-kamers waarbinnen groepen gelijkgestemden elkaar in het (vermeende) eigen gelijk bevestigen.

Hoe bedreigend is het internet voor de informatisering van de bevolking? Wat blijkt uit empirisch onderzoek?

Nederlanders besteden veel tijd aan media. Media zijn allereerst de traditionele massamedia (televisie, radio, gedrukte media) in alle mogelijke verschijningsvormen: online en offline, op papier en digitaal, via vaste en mobiele media-apparaten. In mediatijd vallen verder ook gamen, computer- en internetgebruik, en het gebruik van communicatietechnologie. In 2015 was de Nederlandse bevolking van 13 jaar en ouder op een doorsnee dag [gemiddeld over alle dagen van de week: maandag tot en met zondag] gemiddeld 8 uur en 33 minuten met media bezig.⁶ Dat is nagenoeg gelijk aan 2013. Toen bedroeg de totale mediatijd 8 uur en 40 minuten.

Niet alle bevolkingsgroepen besteden evenveel tijd aan media. Mannen en 50-plussers waren in 2015 met ongeveer 9 uur op een dag de grootste mediagebruikers. Met een totale mediatijd van 7 uur en 42 minuten bleven de tieners (13 tot 19 jaar) in 2015 op ruime afstand van de 50-64-jarigen en de 65-plussers. Laagopgeleiden kijken en luisteren langer dan hoogopgeleiden. Hoogopgeleiden besteden meer tijd aan communiceren dan laagopgeleiden.

Het aandeel van de bevolking dat een smartphone bezit steeg tussen 2013 en 2015 van 61% naar 76%.³⁸ De groep Nederlanders met een



Discussiepunt 1



Discussiepunt 2

tablet groeide van 48% naar 61%. De top 3 werd in 2013 nog gedomineerd door 'klassieke' apparaten: televisie (96%), vaste telefoon (76%) en stereo-installatie/radio (75%). De smartphone deelt in 2015 de tweede plaats nog wel met de vaste telefoon. Het televisietoestel blijft met stip op 1 staan. De desktop computer en mobiele telefoon zonder internettoegang verliezen snel terrein.³⁸

Jongeren gebruiken vaker mobiele apparaten dan ouderen. Deze apparaten nemen dan de plaats in van papier en vaste apparatuur.³⁸ Verschillen naar leeftijd kunnen op twee manieren worden geïnterpreteerd: 1. Als levensfase-effect: naarmate mensen ouder worden en in een andere levensfase belanden, verandert hun mediagebruik (bijvoorbeeld doordat ze meer vrije tijd krijgen na pensionering). 2. Als generatie-effect: jongere generaties hebben andere patronen van mediagebruik dan oudere generaties, en deze patronen behouden zij als ze ouder worden. Eerdere analyses van het Sociaal Cultureel Planbureau lieten zien dat bij televisiekijken zowel leeftijds- als generatie-effecten een rol spelen. Het document *Anders Oud in 2030*²³ laat een waarschuwend geluid horen via een oudere:

Ik vrees voor een grote kloof als gevolg van de technologie, daar zou meer aandacht voor kunnen zijn. Ouderen kunnen appen met kleinkinderen, ze moeten leren de OV-chipkaart te gebruiken, draadloos afrekenen bij de winkel. Je moet voorkomen dat ouderen geïsoleerd raken, omdat ze de techniek niet beheersen.

Op een gemiddelde dag kijkt bijna de helft (47%) van de Nederlanders naar commerciële zenders [op Nederland gerichte commerciële zenders met algemene programmering: RTL4, RTL5, SBS6, RTL7, RTL8, NET5, VERONICA]. 42% kijkt naar de landelijke publieke omroep [NPO1, NPO2, NPO3]. Regionale zenders worden door slechts 3% van de bevolking bekeken.³⁸

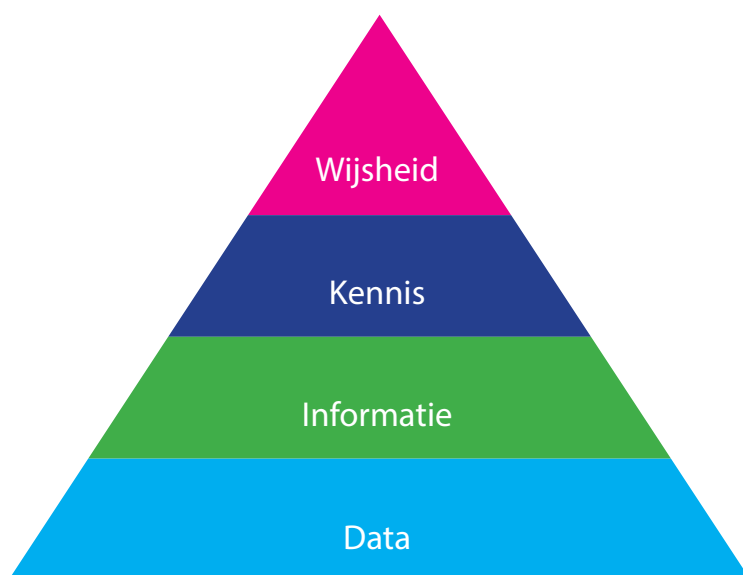
Inmiddels is het bereik van de landelijke dagbladen per uitgebracht nummer onder de bevolking van 13 jaar en ouder (26,6%) groter dan het bereik van de regionale dagbladen (23,9%). Vóór de eeuwwisseling was dat omgekeerd. Op de langere termijn bekeken daalde de leestijd fors. In 1975 lazen Nederlanders nog gemiddeld 6,1 uur per week, in 2011 was dat nog maar 2,5 uur. Het gaat hier om het 'lezen van papier'.²⁰ Belangrijk om te vermelden is dat deze daling in leestijd al inzette geruime tijd vóór het begin van het digitale tijdperk.

De 65-plussers gaan voorop in het nieuwsgebruik: 89% stelt zich op een doorsnee dag via media op de hoogte van nieuws.³⁸ Onder de tieners ligt dit gebruik beduidend lager (26%). Desgevraagd geeft een kleine meerderheid van de Nederlandse bevolking (52%) aan in de loop van de dag (een keer of meerdere keren) kort gebruik te maken van online nieuwsmedia.

Het Nederlandse mediabeleid is gebaseerd op 4 kernwaarden: onafhankelijkheid, pluriformiteit, kwaliteit en toegankelijkheid.³⁸ Het beleid sinds 2014 beoogt dat een onafhankelijk, gevarieerd en hoogwaardig aanbod toegankelijk en betaalbaar is en blijft voor alle lagen van de bevolking.³⁸ Binnen het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap houden twee afdelingen zich bezig met het beleid: 1) Mediabeleid (inclusief creatieve industrie en journalistiek) en 2) Informatie en bibliotheken (inclusief letteren en archieven). De overheid beschikt voor de uitvoering van haar mediabeleid over een aantal instrumenten: Financiering van de landelijke publieke omroep, Wereldomroep en wetgeving voor alle publieke omroepen.

4.3 Het gebruik van big data

Document 20 van Nictiz²⁰ biedt een goed overzicht van de begrippen die in discussies over het gebruik van big data aan de orde komen. Wij vatten samen.



Afbeelding 4.1

Het verschil tussen data, informatie, kennis en wijsheid (Alavi & Leidner, 2001) Bron: document 20 van Nictiz

Data zijn niet bewerkte feiten over aspecten van de werkelijkheid. Zijn de data geordend en anderszins bewerkt, dan is er sprake van informatie. Deze kan geïnterpreteerd worden. Kennis is informatie uit vele bronnen en geaggregeerd. Kennis kan leiden tot gedragsverandering en tot andere verklaringen van specifieke informatie. Wijsheid is een combinatie van verschillende vormen van kennis.

De term *Big Data* betreft niet alleen de hoeveelheid (Engels: volume) data maar verwijst naar vier maal de letter V: Volume, Velocity (snelheid van opleveren), Variety (vele verschillende soorten data) en Veracity (betrouwbaarheid van de data).²⁰ Digitalisering maakt het mogelijk vele, verschillende data in een bestand onder te brengen en snel te analyseren.

Binnen de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zijn vijf verschillende soorten data te onderscheiden, die elk hun eigen beveiligingsniveau behoeven.

De vijf soorten zijn:²⁰ data van gebruik van social media en mailverkeer; data van machine-naar-machine: bij voorbeeld van een bewegings-sensor naar een centrale website; Transactiedata over bijvoorbeeld de facturering door een zorgorganisatie; biometrische data zoals Röntgenfoto's en genetische informatie en ten vijfde door mensen gegenereerde data, vaak vastgelegd in een Elektronisch Patiënten Dossier.

Er bestaan vijf manieren om big data te analyseren:²⁰ het schrijven van een (jaar)verslag op basis van een database; Het continue volgen van ontwikkelingen in de data: dit heet monitoring; Het benaderen van een database met een gerichte onderzoeksvraag. Dit heet datamining; het evalueren van een interventie door vergelijking van de data voor en na de interventie en ten vijfde het doen van voorspellingen op basis van de big data.

Nictiz²⁰ geeft een goed voorbeeld van een zorgorganisatie die big data verzamelt en snel analyseert en evalueert. Dat is Aurora Health Care in de USA. Deze organisatie bestaat uit vijftien ziekenhuizen, 185 gezondheidscentra en meer dan 80 apotheken. Er werken er 30.000 professionals. Die produceren een zeer grote hoeveelheid data. Enkele jaren geleden besloot de organisatie haar big data te gebruiken voor kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing. Om dit mogelijk te maken ontwierp zij *Smart Care*, een supergrote database (Engels: datawarehouse). Hierdoor kon zij alle ziekenhuizen en centra met elkaar vergelijken en ook overeenkomstige patiënten. Sindsdien hoort Aurora Health care tot de best

scorende zorgorganisaties van de USA.

Nictiz benoemt in haar rapport vier problemen voor de invoering van goede voorbeelden zoals dat van Aurora Health Care:

1. Integratie van data vereist samenwerking van zorgorganisaties
2. Zelden sluiten digitale standaards van software programma's op elkaar aan
3. De technische toegang tot de afzonderlijke databestanden is zeer beperkt.
4. De privacy is in het geding: Onduidelijk is wie de eigenaar van de big data is en wie die mag gebruiken waarvoor.

4.4 Medische gegevens inzien

Eén van de mogelijkheden om alle relevante gegevens over gezondheid en zorg bij elkaar te verzamelen en bij te houden is door gebruik te maken van een Persoonlijk Gezondheids Dossier, in een online omgeving. Dit wordt voorsnog door vrijwel niemand gedaan, aldus de uitslag van een representatieve steekproef in een onderzoek van de Raad voor de volksgezondheid en Samenleving (RVS) in 2017.¹⁷ ook niet binnen de groep zorggebruikers met een chronische aandoening. Ruim een kwart van hen antwoordt dat zij zich er nooit in verdiept hebben; iets minder dan een kwart heeft er nog nooit van gehoord en bij 17% is het niet relevant omdat ze weinig bij zorgverleners komen. Een andere vraag die de RVD voorlegde was:

Zou u willen dat het mogelijk was om via het internet eenvoudig een overzicht te kunnen inzien van de medische gegevens die over u staan geregistreerd? In de steekproef antwoordde 60,7% ja en 39,3% nee.

Groepen die afwijken ten aanzien van de rest in de mate waarin zij online inzage willen in hun medische gegevens zijn:

- 15-24 jarigen (48% antwoordt met 'ja')
- 55-64 jarigen (69% antwoordt met 'ja')
- mensen met als hoogst afgeronde opleiding basisonderwijs (50% antwoordt met 'ja')
- mensen die te maken hebben gehad met een medische fout (69% antwoordt met 'ja').

Op de vraag, waarom men wel zou willen dat het mogelijk was om via het internet eenvoudig een overzicht te kunnen inzien van de medische gegevens, komen de volgende antwoorden binnen: 18,0% Mits veilig; 51,7% wil op de hoogte zijn / overzicht / wat wordt er over me geschreven; 8,6% vindt gegevensuitwisseling met bv. buitenland van belang;

17,1% wil de genoteerde informatie controleren en/of corrigeren; 6,9% zegt 'Heb ik recht op' en 3,6% wil rustig de tijd te hebben na te lezen (bv. na afspraak arts). Opgeteld komen deze percentages boven de 100%, omdat respondenten meer dan één antwoord konden geven.

Op de vraag: 'Zou u het een goed idee vinden als een ICT bedrijf als bv. Microsoft of Google zorg draagt voor de opslag van uw medische gegevens?' antwoordde 78,9% van RVS-respondenten met nee en 21,1 met ja.

Een persoonlijk gezondheidsdossier kan door verschillende instanties worden beheerd, maar ook door u zelf. Waar zou uw voorkeur naar uitgaan? Op deze vraag komen de volgende antwoorden: 20,3% wil dat zelf doen en 52,9% vindt dat zorgprofessionals dit moeten bijhouden. De overige respondenten geeft als antwoord dat de overheid, de zorgverzekeraar of een patiëntenorganisatie dat moeten doen.

In het kader van patiëntparticipatie en door de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsdossiers (PGD's) groeit de vraag naar standaarden voor uitwisseling van (zorg)informatie met de patiënt. Een goed voorbeeld hiervan is Blue Button, een initiatief uit de Verenigde Staten.²⁵ Het is oorspronkelijk bedacht door de overheidsafdeling voor Veterans Affairs om de Amerikaanse veteranen gemakkelijk bij hun medische dossiers te laten komen. Inmiddels is het initiatief landelijk uitgerold en is het voor Amerikaanse burgers mogelijk om via een Blue Button icoon hun persoonlijke medische gegevens te downloaden bij ziekenhuizen, verzekeraars en apotheken.

In Nederland wordt de term Blue Button vaak gebruikt om het principe aan te duiden waarbij de patiënt zijn of haar (zorg)informatie kan downloaden.

Er zijn verschillende initiatieven gestart om tot technische uitwerkingen te komen waarbij de patiënt met behulp van deze resources de (zorg)informatie kan downloaden, vaak aangeduid als Blue Button of FHIR. Het is niet ondenkbaar dat deze initiatieven in de toekomst een belangrijke rol gaan spelen bij het downloaden van (zorg)informatie volgens het Blue Button principe.²⁵



Discussiepunt 3

4.5 Communicatie tussen zorgprofessionals

Voor uitwisseling tussen zorgverleners is het Continuity of Care Document (CCD) een veelgenoemd document. Dat document is opgebouwd volgens de richtlijnen voor een continuity of care-record.⁴

Het bevat niet het gehele dossier maar informatie over negen onderwerpen die van belang zijn voor de continuïteit van zorg: persoons- en verzekeringsgegevens van de patiënt; hun algemene gezondheid; hun huidige gezondheidsproblemen en die uit het verleden; het zorggebruik en zorgplan tot nu toe; de medicatie; de aanwezige allergieën; laboratoriumuitslagen; de adviesvraag van de verwijzer en tenslotte het antwoord van de professional op de adviesvraag.

Van de medisch specialisten is 45% niet tevreden over de mogelijkheden van het elektronisch patiëntendossier, onder huisartsen bedraagt dit percentage 19%, aldus de eHealth monitor 2016 van Nictiz.³ Van de medisch specialisten vindt de helft dat de tijd die zij besteden aan de registratie in het elektronisch dossier niet in verhouding staat tot wat het hun oplevert. Onder huisartsen is dit iets meer dan een kwart. Alle artsen zien vooral de noodzaak om te komen tot verbeteringen in de informatiesystemen, zoals betere koppelingen en integratie van toepassingen. Ze ervaren dat systemen slecht of in het geheel niet gekoppeld kunnen worden en zien dit als de belangrijkste belemmering voor informatie-uitwisseling met andere zorgverleners. Ook hebben ze behoefte aan betere financieringsmogelijkheden/vergoedingen en aan tijd en (na)scholing.



Discussiepunt 4

4.6 eHealth en condities daarvoor

Als definitie van eHealth hanteren wij in dit rapport de begripsomschrijving van Nictiz:²⁸ Het gebruik van moderne informatie en communicatietechnologieën, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

Veel patiënten en hun familie zoeken informatie op over ziekte of een behandeling.³ Maar het gebruik van de meeste andere voorbeelden van eHealth-toepassingen zoals screen-to-screen-contact en telemonitoring die zelfmanagement kunnen ondersteunen, is nog geen gemeengoed. Wel zijn er steeds meer mensen die zelf online informatie bijhouden over aan leefstijl gerelateerde zaken. Zo heeft 22% van de zorggebruikers zijn of haar lichamelijke activiteit bijgehouden in 2016. In 2014 bedroeg dat percentage nog 12%.

Van alle zorgprofessionals maken Praktijk Ondersteuners van Huisartsen op het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) het meeste gebruik van eHealth. Hier volgt enige informatie. Voor details en andere professionals verwijzen wij naar de eHealth monitor 2016.³ De groep POH's-GGZ staat positief tegenover eHealth en e-Mental Health.

De grote meerderheid (92%) heeft vormen van eMental Health ingezet en meer dan twee derde van hen vindt dat dit meerwaarde kan hebben voor bepaalde patiënten (70%) en dat het de zorgverlening verrijkt met extra tools (68%). Wel zien ze sommige patiënten voortijdig afhaken en signaleren ze dat het aanbod niet altijd bij alle patiënten aansluit.

De resultaten bij de POH's en ook bij de andere zorgprofessionals bevestigen dat het inzetten van eHealth niet alleen een kwestie is van het simpelweg toepassen van een nieuwe techniek, maar daarnaast vraagt om een maatschappelijke innovatie waarbij menselijke, organisatorische en omgevingsaspecten minstens zo belangrijk zijn.³ De eHealthmonitor 2016 leert welke zaken van belang zijn bij de invoering van eHealth.

Dat zijn onder andere samenwerking, kennisdeling, aandacht voor opleiding en ondersteuning, en het maken van gemeenschappelijke keuzes voor standaarden en best practices.

Het doorbraakproject 'De zorg ontzorgd met ICT' is in 2013 gestart.³ De commissie die de initiatieven beoordeelde, heeft in 2015 geconcludeerd dat de bekostiging in de zorg een wezenlijke barrière vormt voor de implementatie en opschaling van eHealth-toepassingen. Volgens de commissie is er behoefte aan een bekostigingssysteem dat efficiëntere en effectievere zorg belooft.

Om oude gewoontes te doorbreken, kan het helpen als zorgprofessionals de mogelijkheden van eHealth meer onder de aandacht brengen. Op deze manier gaan patiënten en hun familie de voordelen ervan inzien en raken zij er aan gewend om online toepassingen te gebruiken. Maar het valt op, aldus de eHealth monitor 2016,³ dat deze laatsten vaak zeggen dat zorgverleners hen niet aanraden om via internet een afspraak te maken, terwijl zorgverleners aangeven dat zij hun patiënten wel attenderen op de mogelijkheden voor online contact. Deze discrepantie komt mogelijk voort uit het feit dat zowel huisartsen als medisch specialisten zeggen dat zij hun patiënten voornamelijk hierover informeren via de website van de instelling, afdeling of praktijk.

Mogelijk bereikt deze informatie onvoldoende patiënten.

4.7 Domotica en robotica

Domotica staat voor elektronische communicatie tussen allerlei elektrische toepassingen in de woning of woonomgeving ten behoeve van bewoners en dienstverleners. Hiermee worden zorgtaken, communicatie, ontspanning en andere huiselijke bezigheden door talrijke elektrische apparaten en netwerken, gemakkelijker.^{15,9}

De inzet van domotica en zorgtechnologie heeft ten doel het bevorderen en behoud van zelfredzaamheid dan wel de kwaliteit van leven zelf vorm te kunnen blijven geven. Om de inzet van deze (preventieve) technologie effectief te laten zijn zal deze gericht moeten worden aangeboden aan een passende doelgroep.⁹

Hoewel enkele technieken van de domotica al vrij breed worden ingezet, aldus de eHealth monitor 2016³ door verpleegkundigen (vooral toezichthoudende technieken, zoals bewegingsmelders, valmeter, en persoonlijk alarm), zien we weinig toename in 2016 in dit gebruik ten opzichte van 2014. Ook de toename die we vorig jaar hebben waargenomen in de beeldschermzorg, is dit jaar gestagneerd. Alleen de inzet van medicijndispensers neemt momenteel toe in de care. Tot slot zien we in de care de eerste zorgrobots verschijnen: ruim één op de tien managers en bestuurders in de care zeggen dat robotica al op beperkte schaal zijn geïmplementeerd in de organisatie en 4% van de verpleegkundigen in de care geeft aan dat deze in hun instelling worden gebruikt. Robotica is een relatief nieuwe toepassing, waar veel van verwacht wordt.

Om thuiswonende ouderen in staat te stellen langer gezond oud te worden wordt veel verwacht van domotica als huisautomatisering door het aanpassen van een huis en “de elektrische installatie” waardoor het leven in een woning comfortabeler, veiliger en makkelijker wordt.

Daarnaast is er de toezichthoudende domotica in de thuissituatie, waardoor de ouder wordende burger snel contact kan leggen met een zorgverlener, of een zorgverlener kan controleren of alles in orde is. Het Huis van Heden te Leeuwarden^{19,9} - eigendom van Platform GEEF (Gezondheid Expertise en Educatiecentrum Friesland) - biedt geïnteresseerden de mogelijkheid om direct ervaring op te doen met de laatste ontwikkelingen op het gebied van zorgtechnologie, domotica en beeldcommunicatie.

4.8 Discussiepunten

Uit de tekst van dit hoofdstuk zeven discussiepunten ter bespreking.

Discussiepunt 1. Hoe moet de informatievoorziening naar de burger verlopen?



Citaat uit dit hoofdstuk: *De pers verliest haar rol van ordenaar, sluiswachter en kritisch speurder, vooral regionaal en lokaal, althans in de vorm die we lang kenden, terwijl ongewis is wat daarvoor in de plaats komt.*

Een ander citaat: *Het Nederlandse mediabeleid is gebaseerd op vier kernwaarden: onafhankelijkheid, pluriformiteit, kwaliteit en toegankelijkheid.*

Elk scenario vereist draagvlak onder de bevolking. Omdat lokaal en regionaal de pers haar rol verliest, is aan de orde hoe de informatievoorziening van de burgers moet verlopen.

Discussiepunt 2. Hoe te anticiperen op het feit dat vrijwel alle Friezen op termijn over een Smartphone beschikken?



Citaat: *Het aandeel van de bevolking dat een smartphone bezit steeg tussen 2013 en 2015 van 61% naar 76%.*

Op termijn heeft vrijwel de gehele Friese bevolking een smartphone. Dit levert grote technische mogelijkheden voor eHealth. Seker en Sûn zou hierop moeten anticiperen.

Discussiepunt 3. **Wie beheert het persoonlijk gezondheidsdossier: de burger of de zorgaanbieder?**



Citaat: Een persoonlijk gezondheidsdossier kan door verschillende instanties worden beheerd, maar ook door u zelf. Waar zou uw voorkeur naar uitgaan?

Op deze vraag komen de volgende antwoorden: 20,3% wil dat zelf doen en 52,9% vindt dat zorgprofessionals dit moeten bijhouden. In onze eigen scenario's moet een voorkeursoptie komen voor één van beide opties. De patiëntenbeweging kiest voor eigen beheer door de patiënt zelf. Maar dat is niet van de meerderheid van de onderzoekspopulatie wil. Wat nu?

Discussiepunt 4. **eHealth vraagt om innovatie op andere terreinen**



Citaat: Het inzetten van eHealth is niet alleen een kwestie van het simpelweg toepassen van een nieuwe techniek, maar vraagt daarnaast om een maatschappelijke innovatie waarbij menselijke, organisatorische en omgevingsaspecten minstens zo belangrijk zijn.

Seker en Sûn kan bij digitalisering niet om die maatschappelijke innovatie heen. Alleen de technische mogelijkheden bespreken is te beperkt.

HOOFDSTUK 5

Ontwikkelingen in de zorgverlening

In dit hoofdstuk staat de toekomstige inrichting van de gezondheidszorg in Nederland en in Friesland in het bijzonder centraal. In Hoofdstuk 2 kwam de toekomstige vraag naar zorg al aan de orde en nu daarom niet meer. Hoofdstukken 3 en 4 betroffen maatschappelijke ontwikkelingen over individualisering en gemeenschapszin en over digitalisering met grote invloed op de inrichting van de zorg. Die blijven in dit hoofdstuk eveneens buiten beschouwing. Wat overblijft staat in de volgende paragrafen over nieuwe competenties van zorgprofessionals (5.2), Zes beleidsonderwerpen (par. 5.3,) het zorgaanbod in 2030 (5.4), Substitutie en zorgarrangementen

(5.5) en de bekostiging van zorg via bestuurlijke akkoorden (5.6). Het hoofdstuk eindigt weer met een overzicht van discussiepunten (5.7) ten behoeve van Seker en Sûn. Dit hoofdstuk behandelt dertien documenten. Over de wijze van selecteren en samenvatten van deze documenten verwijzen wij naar hoofdstuk 1 en de introductie op hoofdstuk 2.

5.2 Nieuwe competenties van professionals

Het Netwerk Ouderenzorg Regio Noord maakt in 2017 een doorstart onder de naam Anders Oud 2030. Het netwerk omvat de provincies Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel. Het publiceerde in 2016 het boek *De Stem van Ouderen*.²³ Enkele citaten van ouderen zijn:

*En dat vraagt dus ook een andere houding en rol van professionals. Het vraagt om 'aandachtig luisteren', 'echt kijken' en je blijven verbazen. Ik constateer dat men in de praktijk vaak voorbijgaat aan het boerenverstand. Je moet het niet moeilijker maken dan het is, de oplossing ligt vaak dichtbij. Benader ouderen nou eens zonder vragenlijsten. Vraag hen als eerste 'wat is belangrijk in uw leven?' We moeten aan mensen vragen wat hun verlangen is. Wat blijkt dan: men hecht enorm aan het behoud van identiteit. Gezien worden als de volwaardige persoon die je altijd bent geweest, dat is de basis van alle verlangen.*¹⁷

Wordt er voldoende geluisterd naar de stem van de oudere? Deze vraag stellen de auteurs in het genoemde boek.²³ Zij antwoorden met woorden van deze strekking: Er spelen twee dingen mee: wat hoort de professional en hoe begrijpt deze wat wordt gezegd. De gemiddelde leeftijd van een professional die beslist over ouderen, is vermoedelijk midden veertig. Op die leeftijd heeft men geen idee hoe het voelt om oud te zijn. En dus worden er beslissingen genomen op basis van aannames: *Als je oud bent, dan heb je vast ... Hun getuigenissen worden waarschijnlijk niet echt gehoord.*

Zorgprofessionals die met ouderen te maken hebben kunnen hun eigen aannames aanpassen dankzij getrainde waarneming. Door te toetsen of datgene wat zij zelf zien, ook is wat de oudere ziet. En ook door te vragen: Is deze oplossing een antwoord op jouw vraag?

Maar ook, indien een zorgprofessional goed luistert en eigen aannames checkt, is dat niet voldoende. Want de aandacht blijft dan gericht op de individuele oudere.¹⁸ Er wordt dan te veel nadruk gelegd op het belang van coping: mensen leren omgaan met hun kwetsbaarheden. Neem bijvoorbeeld de definitie van gezondheid van Huber: *het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*. In de nadruk op eigen regie voeren schuilt een gevaar. De verantwoordelijkheid voor het omgaan



Discussiepunt 1

met problemen dreigt eenzijdig bij het individu terecht te komen. Maar wanneer grote groepen mensen dezelfde knelpunten ervaren, dan is de oplossing niet dat zij allemaal individueel hun mentale weerstand versterken. In plaats daarvan is het constructiever om te onderzoeken hoe de maatschappelijke omstandigheden zo kunnen worden aangepast dat het knelpunt niet ontstaat.¹⁸ Door individuele klachten tot collectieve te maken heeft de primaire preventie vele ziekten weten te bestrijden.

Het medisch perspectief

Veel medische behandelingen zijn gebaseerd op een medische standaard van goed functioneren die is geënt op een beeld van het lichaam dat voor veel ouderen geen realiteit meer is, aldus de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in een recent rapport.¹⁸ Richtlijnen houden onvoldoende rekening met diversiteit tussen personen in verschillende levensfasen, maar ook tussen personen binnen een bepaalde levensfase. Daarom sluiten behandelingen vaak niet goed aan bij specifieke behoeften van ouderen. Ook komt het voor, dat artsen nog onvoldoende zijn opgeleid in het omgaan met de specifieke situatie van een oudere. Immers die kan vragen om niet te behandelen, maar om te leren omgaan met beperkingen.¹⁸

Hoewel ouderdomsklachten niet het gevolg zijn van de maatschappelijke beeldvorming, wordt de beleving ervan wel degelijk sterk gekleurd door het maatschappelijke perspectief, aldus nog steeds de RVS. Daarin is onvoldoende tolerantie en ruimte voor functievermindering en een veranderende sociale situatie. Daarin is topfit functioneren de norm.²⁶ Dit perspectief wordt ook gereflecteerd in onderzoeksubsidies: de meeste subsidies gaan naar onderzoek om problemen medisch te verhelpen. Dit klinkt door in de praktijk van veel zorgprofessionals. Daar bestaat meer aandacht voor medische oplossingen dan voor andere oplossingen, die betrekking hebben op de ervaringen en leefomstandigheden van ouderen. Die sluiten beter aan bij specifieke wensen en behoeften van ouderen. Denk aan hulp bij zingevingsvraagstukken, maar ook aan het voorkomen of verzachten van eenzaamheid en op initiatieven die gericht zijn op goede omgang met dementie.¹⁸

Het is onjuist om de verantwoordelijkheid voor medicalisering alleen bij artsen te leggen, zo betoogt de RVS verder. Immers, een groot deel van de Nederlandse samenleving streeft het ideaal van jeugdigheid na. Het wordt vaak als nastrevenswaardig gepresenteerd om je hele leven

jong te blijven, terwijl er nauwelijks ruimte en waardering bestaat voor het gegeven dat het ouder worden met gebreken komt. Evenmin statisch van aard is de wijze waarop mensen gedurende hun leven emotioneel functioneren.

Binnen zo'n beeld bestaat geen ruimte voor een meer naar binnen gekeerde eindfase van het leven. Medicalisering zou ook wel eens kunnen worden versterkt – aldus nog steeds de RVS – doordat het leven in de huidige samenleving maakbaar wordt geacht: kwalen zijn klachten en klachten zijn op te lossen. Dat wordt nog eens versterkt door het hedonistische ideaal dat in de samenleving bestaat, waarbij iedereen moet genieten. Er lijkt geen ruimte voor fasen waarin het minder gaat.

Om te voorkomen dat er problemen ontstaan, zodat een medische oplossing niet meer nodig is, is het van belang om medicalisering niet alleen via het medische domein terug te dringen, maar juist ook de maatschappelijke verwachtingen en idealen bij te stellen.



Discussiepunt 2

De RVS geeft hierbij drie oplossingsrichtingen aan:¹⁸ Investeer in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven; Verminder de aantrekkingskracht van het medische loket en versterk andere benaderingen.

5.3 Zes beleidsonderwerpen rond zorg en gezondheid

Op verzoek van minister Schippers bracht de eerder genoemde RVS toekomstige beleidsonderwerpen rond 'zorg' en 'gezondheid' in 2017 in kaart. De RVS presenteerde deze onderwerpen in *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*.¹⁹ Deze paragraaf is op dit rapport gebaseerd tenzij een referentie dat anders aangeeft. De Zorgagenda begint met een samenvatting van twee rapporten van het Sociaal Cultureel Planbureau. Het eerste is het Sociaal Cultureel rapport over het jaar 2014. Het tweede betreft hoofdstuk 5 over zorgverlening van een rapport⁴⁰ *De Toekomst Tegemoet* uit 2016, dat het SCP heeft opgesteld over vijf aspecten van de toekomst van Nederland in 2050: Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren.

De RVS vat als volgt de zorgtoekomst samen: Met vier groepen in Nederland gaat het goed: de gevestigde bovenlaag (15% van de bevolking); de jongere kansrijken (13%);– de werkende middengroep (27%) en de comfortabel gepensioneerden (17%). Dat is in totaal ruim 70%

van de bevolking. Twee groepen (bijna 30% van de bevolking) kunnen minder goed meekomen: de onzekere werkenden (14%) en mensen die over de hele linie achterblijven, behalve werk bijv. ook in hun sociale netwerk, gezondheid of digitale vaardigheden (15%). De twee achterblijvende bevolkingsgroepen hebben weinig vertrouwen in andere mensen (ongeveer 40%, tegenover ongeveer 25% bij de vier andere groepen). Ze zijn ook minder tevreden met het leven (een gemiddelde gelukscore van 6,1 à 6,3 tegenover 7,6 à 8,1 bij de vier andere groepen).¹⁴

In 2050 zal naar verwachting één op de vier inwoners 65 jaar of ouder zijn (nu is dat een op de zes). Het aantal 75-plussers zal in dat jaar meer dan verdubbeld zijn tot 3 miljoen personen. Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt toe: van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40% van de bevolking).³⁷

De genoemde Zorgagenda¹⁹ benoemt zes clusters van beleidsonderwerpen. Wij sommen ze hieronder op met daarbij cursief steeds de te beantwoorden beleidsvraag achter het onderwerp.

1. Verantwoording in dienst van verantwoordelijkheid: *Welke vormen van verantwoording afleggen passen bij het dragen van professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheid in de zorgverlening?*
2. Investeren in een gezonde samenleving: *Hoe worden maatschappelijke opbrengsten van investeringen in zorg, hulp, wonen, werken en leren beter zichtbaar en voelbaar?*
3. Diversiteit in dienstverlening: *Hoe kunnen professionals in hun dagelijkse werk recht doen aan verschillende opvattingen over wat goede zorg en hulp is, en wat betekent dat voor de bijdragen van niet-professionele hulp en/of technologische voorzieningen?*
4. Ruimte voor kwaliteit van leven: *Hoe kan het toepassen van steeds meer medische en technologische kennis in de praktijk voldoende ruimte laten aan persoonlijke opvattingen over kwaliteit van leven in perioden van ziek zijn, ouder worden en sterven?*
5. Toegangsdrempels op maat: *Hoe kunnen toegangsdrempels tot zorg en hulp rekening houden met de unieke situaties waarin mensen zich bevinden, zeker naarmate de problemen zich opstapelen?*

6. Participeren naar eigen maatstaven: *Hoe kan de overheid, in haar ambitie om mensen naar vermogen te laten participeren, voldoende ruimte laten aan ieders eigen kijk op meedoen en meebeslissen?*

Deze zes beleidsonderwerpen vragen om een visie op hoe mensen in Nederland voor elkaar willen en kunnen zorgen en met elkaar willen bijdragen aan een gezonde samenleving. Daarbij hoort ook een visie op de rol en verantwoordelijkheid van de overheid.

De RVS²⁴ pleit voor het verkennen en (her)waarderen van een mix van deskundigheden. Denk aan teams of netwerken waarin zorg- en hulpverleners met verschillende opleidingsniveaus of uit verschillende organisaties samenwerken. Een belangrijke bouwsteen voor kwaliteit van zorg is dat complexe beslissingen door hoogopgeleide, geregistreerde professionals genomen worden. Maar een belangrijke bouwsteen is net zo goed: een MBO'er die bijdraagt aan een basis van rust en vertrouwen, door laagdrempelige ondersteuning te bieden bij de dagelijkse gang van zaken in een gezin met problemen.

De RVS eindigt met een relativering van het 'meebeslissen' in de zorg en hulp dat kan zorgen voor een gevoel van autonomie en regie. Maar waar de ene persoon hecht aan veel individuele inspraak en zeggenschap, vaart de andere persoon liever op de kennis en autoriteit van de arts of hulpverlener. De trend die uitsluitend inzet op shared decision making miskent verschillen tussen mensen.

Bovendien bestaat het risico dat er bij het eenzijdig stimuleren van samen beslissen een negatief signaal wordt afgegeven: als je niet in staat bent om mee te beslissen, voldoe je blijkbaar niet aan de normen van de huidige samenleving. Dergelijke signalen belemmeren de solidariteit tussen groepen mensen in de samenleving.

5.4 Het zorgaanbod in 2030

In 2015 bracht het Zorginstituut Nederland een rapport uit dat de inspiratiebron vormt voor het Seker en Sûn-project. Het heet *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Nederland: Innovatie Zorgberoepen & opleidingen*.¹⁵ Deze paragraaf is een samenvatting van dit rapport.

De strategie die de auteurs van het rapport hanteren is een ontwerp-traject met de zorgvraag in 2030 als uitgangspunt. De prognose van de

zorgvraag in het rapport (zie voor een samenvatting hiervan hoofdstuk 2 van ons eigen rapport) geeft aan wat er in 2030 nodig is met de focus op het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers. Vervolgens is aan de orde wat dat betekent voor de toekomstige zorg, hoe die gaat plaatsvinden, wie (burgers en professionals) dat doen en waar. Naast landelijke raadplegingen heeft de commissie gekozen voor een regionale focus met zogenaamde broedplaatsen. Daar zijn twee redenen voor. De eerste: de regionale verschillen in de ontwikkeling van de zorgvraag (en in de zorgberoepen en opleidingen). De tweede: de auteurs willen aansluiten bij lokale zorginnovaties die al gaande zijn.

De auteurs hebben als visie dat veel meer moet worden ingezet op het bevorderen van gezond gedrag en dat het stimuleren daarvan overal moeten plaatsvinden: in de gezondheidszorg, op scholen, op het werk en in de buurt. De breed gedeelde verwachting is dat burgers - de kwetsbare uitgezonderd - meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid gaan nemen en zich vrijwillig willen inzetten voor anderen, ook als zij zelf kampen met gezondheidsproblemen. Hierbij is investeren in eigen (digitale en fysieke) netwerken van steeds groter belang.

Aan zorgprofessionals van de toekomst stellen de auteurs daarom nieuwe eisen. Zij moeten in staat zijn de zorgvraag vast te stellen vanuit het perspectief van het functioneren van de burger. De benodigde zorg moet bijdragen aan het functioneren van de burger. De nieuwe zorgprofessional functioneert in verschillende zorggebieden en in verschillende settings en werkt voor een groot deel generalistisch. Een nieuwe, generalistische bekwaamheid is het bevorderen van functioneren. Niet de aandoening of de kwaal staat centraal, maar de beperking in het functioneren die dit tot gevolg heeft. Behandeling is dus gericht op het herstel van functioneren of het voorkomen van erger. Dit betekent ook "niet behandelen als dit niet bijdraagt tot het functioneren". Een tweede generalistische bekwaamheid is de-escaleren. Het professioneel handelen is gericht op het zelfstandig of zoveel mogelijk zelfstandig functioneren in de eigen leefomgeving. Een derde generalistische bekwaamheid is het gebruik en de toepassing van technologie. Hier gaat het over e-/mHealth, technologie thuis (domotica) en robotica.

Om haar visie te realiseren stellen de auteurs van het rapport een vierdeling van de zorgverlening voor. Wij nemen de eigen samenvatting van de auteurs over:

Voorzorg (A)

Voorzorg betreft de hele Nederlandse bevolking en richt zich op het bevorderen van gezond leven. Voorzorg is een maatschappelijke aangelegenheid waarbij veel domeinen betrokken zijn, waaronder de gezondheidszorg. Dat kan alleen met een integrale aanpak met aandacht voor gezondheidsvaardigheden in het onderwijs, het werk, de buurt en de zorg. Voorzorg richt zich op het ontwikkelen van veerkracht en op gezondheidsrisico's door gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie, individueel dan wel collectief.

Gemeenschapszorg (B)

Als er zorg nodig is wil iedereen het zoveel mogelijk zelf, samen en in de buurt regelen. Daarbij zijn veel voorzieningen zoals de woningbouw betrokken. Technologie speelt daarbij een grote rol. Er wordt veel gebruik gemaakt van digitale informatie. Een 'foto van de buurt' die regelmatig wordt geactualiseerd, laat zien wat er nodig is in die buurt. Professionele ondersteuning of behandeling is beschikbaar als het nodig is. Er is één goed bereikbaar en toegankelijk aanspreekpunt en een professioneel vangnet.

Laagcomplex tot complexe zorg (C)

Laagcomplex tot complexe zorg is basiszorg en gespecialiseerde zorg, zowel voor acute als planbare zorg, met een hoge mate van voorspelbaarheid van de benodigde inzet en van het beloop. Beoordeling en toeleiding gaan aan de behandeling vooraf. Functioneren is het uitgangspunt. Steeds dient gekeken te worden naar wat nodig is en niet naar wat kan. Ook in C speelt technologie een grote rol, niet alleen bij behandeling, maar ook bij communicatie en informatie.

Hoogcomplex zorg (D)

Hoogcomplex zorg is de zeer complexe behandeling met een lage mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop, en waarbij interventies continu worden bijgesteld op grond van diagnostiek en observatie, en grote gezondheidsrisico's in het geding zijn. Dit uitgangspunt heeft concentratie van hoogcomplex zorg tot gevolg. Tenslotte stellen de auteurs dat de genoemde visie en indeling van de zorg vooraf gaat aan de inrichting

van beroepen en zorgopleidingen in Nederland.

5.5 Substitutie en zorgarrangementen

Eind 2016 bracht de Algemene Rekenkamer een rapport uit over onder meer substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn.¹ Onderstaande is gebaseerd op enkele passages uit dit rapport.

Versterking van de eerste lijn en zorg dicht bij huis is van groot belang om de groeiende zorgvraag in verband met vergrijzing en toename van chronisch zieken en de daaraan gerelateerde kosten op te kunnen vangen. Zij beoogt hiertoe om meer taken – die nu in de tweede lijn plaatsvinden – door huisartsen, verpleegkundigen en paramedische professionals te laten oppakken.

Patiënten zijn voor eenvoudige handelingen beter af en goedkoper uit in de eerste lijn. Een voorbeeld is het mogelijk maken van een meekijkconsult. Bij een meekijkconsult kan een huisarts eenmalig een medisch specialist raadplegen zonder de patiënt te hoeven doorsturen. Deze zorg wordt dan niet gedeclareerd in de tweede lijn.

Op basis van uitkomsten van de Substitutiemonitor voor 2015 concludeert de rekenkamer dat de substitutieprojecten in dat jaar per saldo niet meer dan een beperkt financieel effect kunnen hebben gehad.¹ Tegelijkertijd zijn er nog veel mogelijkheden om de doelmatigheid in de curatieve zorg te verbeteren.

Daarom zou het goed zijn als er ook opnieuw inhoudelijke afspraken worden gemaakt. Wel moet de effectiviteit van deze afspraken meer aandacht krijgen, aldus de rekenkamer. Nieuwe afspraken met de eerstelijnszorg, de medisch specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg moeten één samenhangend geheel vormen. Een illustratie van de noodzaak daartoe vormen de ervaringen met de huidige afspraken over substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. In een breder perspectief gaat het om de gewenste herinrichting van het zorglandschap; tegenover afspraken over de uitbouw van bijvoorbeeld de multidisciplinaire zorg moeten afspraken staan over de afbouw van bijvoorbeeld ziekenhuiscapaciteit. Deze samenhang kan bevorderd worden door afspraken te baseren op een (bij voorkeur breed gedragen) visie op het transitieproces naar het toekomstige Nederlandse zorglandschap. Daarbij moeten ook de financiële consequenties van deze transitie onder ogen worden gezien.

In 2015 bracht het Zorginstituut Nederland een verkenning uit over het zorglandschap in 2030.¹⁵ Het kwam in paragraaf 5.4 uitvoerig aan de orde. Op basis van de belangrijkste trends uit de prognoses van de zorgvraag 2030 blijkt dat in de toekomst een groot deel van de mensen meerdere problemen en/of aandoeningen heeft en zich in meerdere zorggebieden beweegt. Context-complexiteit en patiënt-complexiteit bepalen in de verschillende zorggebieden wat er nodig is om het functioneren te herstellen of te bevorderen. Om dit te kunnen bewerkstelligen introduceert het Zorginstituut zorgarrangementen tussen eerste lijn en tweede lijn die worden uitgevoerd door multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams. Die bestaan uit zorgprofessionals die tezamen beschikken over de bekwaamheden die nodig zijn om het functioneren te herstellen of te bevorderen. De burger maakt deel uit van het team en voert, indien mogelijk, zelf de regie. Wanneer de burger hier niet toe in staat is ondersteunt de teamregisseur, die - afhankelijk van de situatie - kan wisselen. De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling en/of locatie. De meeste zorgprofessionals zijn generalistisch en bewegen zich in A, B, C en D. Een kleinere groep zorgprofessionals richt zich primair op complexe zorg in D. Ook hier zien wij een pleidooi voor beleid gericht op substitutie van zorg.

Wij merken op dat substitutie niet alleen plaatsvindt van ziekenhuis naar eerste lijn maar van verzorgings- en verpleeghuizen daarnaartoe. Senioren kunnen niet meer, als hun gezondheid afneemt, als vanzelfsprekend naar zo'n huis zoals in de afgelopen decennia gebruikelijk was.³³ Zij kunnen alleen nog in een verzorgings- of verpleeghuis worden opgenomen met een indicatie als ze ook echt 24 uur per dag verzorgd moeten worden.

Als deze indicatie er niet is, krijgen senioren zorg of begeleiding aan huis en moeten ze een beroep doen op hun netwerk en zo mogelijk op hun eigen geld. Ook dit is een vorm van substitutie.

Bewaakte overgangen

Multidisciplinaire teams en zorgarrangementen vereisen zorgvuldige toegangsregulering tussen generalistische en specialistische zorgprofessionals. Anders wordt werk dubbel gedaan of helemaal niet. In het vakjargon bestaan hiervoor metaforen zoals werken met *bewaakte overgangen* en *veilig oversteken*.

Hiervoor zijn multidisciplinaire vragenlijsten nodig die alle levensgebieden bestrijken. Huber en haar team hebben hiervoor een vragenlijst over ervaren positieve gezondheid ontwikkeld.³⁵ Een andere lijst is de

Vitaliteitswijzer.²³ Een wijkverpleegkundige kan deze makkelijk in een ja/nee vragenlijst, in een app of in digitale test verwerken. De website www.ouderenacademie.nl toont de vitaliteitswijzer.

Om de samenwerking in het team te stimuleren en de overgangen tussen professionals te bewaken zijn casemanagers nodig, die cliënt en hun zorgvraag centraal stellen.² Casemanagement is aan de orde bij complexe zorgvragen gekoppeld aan complexe organisatorische vraagstukken.

5.6 Discussiepunten

Uit de tekst van dit hoofdstuk komen acht discussiepunten naar voren voor Seker en Sûn.

Discussiepunt 1. Enkele nieuwe competenties van professionals: hoe scholing hierin aan te bieden?



Citaten uit dit hoofdstuk: *Zorgprofessionals die met ouderen te maken hebben kunnen hun eigen aannames aanpassen dankzij getrainde waarneming. Door te toetsen of datgene wat zij zelf zien, ook is wat de oudere ziet. En ook door te vragen: Is deze oplossing een antwoord op jouw vraag? (5.2)*

Aan zorgprofessionals van de toekomst stellen de auteurs daarom nieuwe eisen. Zij moeten ten eerste in staat zijn de zorgvraag vast te stellen vanuit het perspectief van het functioneren van de burger. (...) Een tweede nieuwe, generalistische bekwaamheid is het bevorderen van functioneren. Niet de aandoening of de kwaal staat centraal, maar de beperking in het functioneren die dit tot gevolg heeft.

Een derde, generalistische bekwaamheid is het gebruik en de toepassing van technologie. Hier gaat het over e-/mHealth, technologie thuis (domotica) en robotica.(5.4)

Ongeacht de structuur van het zorglandschap in 2030 zijn dit competenties die bij alle Friese zorgprofessionals aanwezig moeten zijn. Zij vormen een van de uitgangspunten die bij alle scenario's bij Seker en Sûn terugkomen. Dat betekent dat onderwijsinstellingen een taak krijgen om zittende en nieuwe professionals in deze competenties te scholen.

Discussiepunt 2. Medisch domein nog verder samen brengen met sociale domein: hoe dan?



Citaat: *Om te voorkomen dat er problemen ontstaan, zodat een medische oplossing niet meer nodig is, is het van belang om medicalisering niet alleen via het medische domein terug te dringen.*

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) geeft hierbij drie oplossingsrichtingen aan: Investeer in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven; Verminder de aantrekkingskracht van het medische loket en Versterk andere benaderingen.

In Seker en Sûn is het medische domein niet los te zien van het sociale domein.

Discussiepunt 3. Zorgverlening anders indelen: doen of niet doen?



Citaat: *Om haar visie te realiseren stellen de auteurs van het Zorg Instituut Nederland een vierdeling van de zorgverlening voor: Voorzorg, Gemeenschapszorg, Laagcomplexe tot complexe zorg en Hoogcomplexe zorg. (zie paragraaf 5.4).*

Seker en Sûn kan deze indeling gebruiken maar moet niet te veel afwijken van wat in Friesland en de rest van Nederland gebruikelijk is.

Discussiepunt 4. Initiatieven voor zorgarrangementen nodig?



Nieuwe afspraken met de eerstelijnszorg, de medisch specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg moeten één samenhangend geheel vormen. (zie paragraaf 5.5). Om deze te kunnen bewerkstelligen introduceert het Zorginstituut zorgarrangementen tussen eerste lijn en tweede lijn die worden uitgevoerd door multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams.

Seker en Sûn kan initiatieven voorstellen om met dergelijke arrangementen te werken voor bijvoorbeeld de jeugd, mensen met verstandelijke

beperkingen en mensen met dementie.

Discussiepunt 5. **Bestuurlijk regionaal akkoord te realiseren?**



Citaten: In 2016 bracht de Algemene Rekenkamer een rapport uit over de inrichting van de zorg op basis van de beschikbare financiële middelen. Daartoe zijn in 2013 zorgakkoorden afgesloten, met financiële en inhoudelijke afspraken, tussen overheden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers. (...)

Zeer waarschijnlijk hebben de zorgakkoorden bijgedragen aan de (beoogde) lagere uitgavengroei in de curatieve zorg in de jaren 2012-2015.

Het effect van de gesloten zorgakkoorden strekt verder dan de directe bijdrage aan de lagere uitgavengroei.¹ Met het ondertekenen van de akkoorden in 2013 (voor het eerst in de geschiedenis) hebben de minister van VWS en de veldpartijen een periode afgesloten van tegenstellingen en onrust.

De nadruk op landelijke samenwerking tussen partijen om te komen tot goede verdeling van middelen om gezamenlijk de zorg te leveren die nodig is komt ook nadrukkelijk naar voren in Seker en Sûn. Ook in Friesland zullen de partijen met elkaar financiële en inhoudelijke afspraken moeten maken om te kunnen komen tot de beste zorg binnen de beschikbare mogelijkheden in Friesland. Het rapport van de rekenkamer is hoog over (macro), maar het geldt op meso-niveau voor Friesland: de aanbieders en hun mogelijkheden zijn met elkaar communicerende vaten op de beschikbare middelen en menskracht, daar liggen grote uitdagingen. Wellicht is een bestuurlijk regionaal akkoord te realiseren in Friesland.

HOOFDSTUK 6

Beschikbare sociale en andere innovaties in het Noorden van Nederland



Discussiepunt 1

De toekomst is al begonnen. Hij hoeft alleen nog maar verspreid te worden. Deze zegswijze onderstreept het belang van zorginnovaties. De kunst is om daaruit de beste te kiezen, die effectief zijn, kosten besparen en eenvoudig in te voeren. De door ons bestudeerde 41 documenten bevatten op tal van plekken goede voorbeelden. Soms staan die vermeld ter toelichting van een beleidsvoornemen. Dan weer zijn zij met opzet verzameld. In Friesland heeft Partoer innovaties beschreven.²¹ Het Zorginnovatiefonds te Groningen laat projectleiders en hoogleraren aan het woord over innovaties waarbij zij zijn betrokken.²³ Dit hoofdstuk leunt zwaar op deze twee documenten en incidenteel op andere documenten, als die toevallig een innovatie beschrijven.

Hieronder komen achtereenvolgens innovaties aan de orde: Innovaties van zorgaanbieders en burgers in Friesland en Groningen (paragraaf 6.2), gemeentelijke initiatieven in Friesland (6.3) digitale innovaties (6.4) en methoden (en problemen daarbij) om innovaties in te voeren. In dit hoofdstuk vormt paragraaf 6.2 het hoofdbestanddeel. Wij pretenderen bij paragraaf 6.4 geen uitputtend overzicht te hebben geboden van alle digitale innovaties die in Friesland en Nederland ingevoerd zijn. Wat wij hebben vermeld stond in een document.

6.2 Innovaties van zorgaanbieders

In deze paragraaf passeren 25 geslaagde zorginnovaties de revue. Zij zijn het experimentele, projectmatige stadium voorbij. Ze hebben zich bewezen. De beschrijvingen hebben wij meestal ontleend aan de erbij horende websites. Ze zijn geordend op alfabet van de naam van de gemeente waar zij zijn gevestigd.

In *Achtkarspelen Tytsjerksteradiel* bestaat al enige jaren *Yn'e Buorren*, Een individueel programma voor kwetsbare ouderen waarin wordt samengewerkt tussen het medische-, sociale- en zorgdomein.

Met dit programma is een geslaagde pilot gedraaid. Het wordt momenteel verder uitgezet in de gemeenten Tytsjerksteradiel en Achtkarspelen. Het succes zit in de preventie, de pro-actieve benadering, het multidisciplinaire overleg en vooral de samenwerking tussen de domeinen.

<https://www.actiefonline.nl/nieuws/nieuws/15992/yn-e-buorren-ondersteunt-kwetsbare-ouderen>

Ook in *Achtkarspelen* gehuisvest is *Sociaal Vitaal*, een beweegprogramma voor bijna kwetsbare ouderen waarin het stimuleren van bewegen wordt gecombineerd met voedingsadvies en een vaardigheidstraining om met eenzaamheid om te gaan. Het programma draait met positieve uitkomsten.

<http://www.defeanster.nl/nieuws/56046/achtkarspelen-start-sociaal-vitaal/>

In Buitenpost, een dorp dat hoort bij de gemeente *Achtkarspelen* vindt het *Sociaal Experiment* als volgt plaats. Bewoners van Buitenpost, onderzoeken of de terugtrekkende overheid en de terugtrekkende zorgorganisaties, burgers de mogelijkheid bieden om zelf aan de slag te gaan met het bedenken van maatoplossingen als het gaat om zorg in de eigen woonomgeving. Burgers, gemeente en Friese Wouden herijken hun rol en verantwoordelijkheid in een veranderende samenleving. Onderzoeken welke ondersteuning burgers nodig hebben om daadwerkelijk hun verantwoordelijkheid voor het vinden van oplossingen te nemen om zo hun burgerkracht in te zetten.

In *Aldeboarn* is *Mienskipsssoarch* gevestigd. Deze organisatie staat voor een eenvoudige en laagdrempelige toegang van diensten op het gebied van welzijn, zorg, wonen en dienstverlening voor alle inwoners binnen een gemeente. Vraagverheldering en verbinden zijn hierbij sleutelbegrippen. Maatwerk wordt bereikt door niet over, maar mét de burger te praten,

goed te luisteren en vervolgens een passende oplossing te zoeken. Een Meitinker (meedenker) ondersteunt inwoners in kleine gemeenten met hun welzijns-, woon-, en zorgvraag waar nodig en gewenst. De Meitinker zoekt met de burger naar oplossingen en verbindt, verschaft informatie en vergroot de keuzemogelijkheid van de inwoner. Uitgangspunt is denken in mogelijkheden en niet in beperkingen.¹⁵

<https://www.mienskipssearch.nl/>

Iedere donderdagochtend verzamelen bewoners van *Bedum* te Groningen zich in de *Verzoamelstee* van woonzorgcentrum *Alegunda Ilberi*. Dat is een laagdrempelige ontmoetingsplek, waar door en voor Bedumers allerlei activiteiten worden georganiseerd. Samen koffiedrinken, verschillende onderwerpen bespreekbaar maken en gezellig samen feestdagen vieren. Ook kun je er terecht met computervragen of gezellig samen breien. Het doel van de *Verzoamelstee* is het versterken en onderhouden van de sociale cohesie in het dorp.

<http://www.rtvnoord.nl/nieuws/140344/Verzoamelstee-opent-nieuwe-locatie-in-Bedum>

In *Delfzijl* te Groningen bestaat al jaren het initiatief *Delfgoud*. Centraal staat het gezond ouder worden. Het project is bedoeld voor ouderen (65 jaar en ouder) die weinig bewegen en graag in een gezellige sfeer kennis willen maken met bewegen, gezonde voeding en sociale vaardigheden. In het *Delfgoud* project ligt de nadruk op samen bewegen met mensen uit de buurt. Elke week is er een beweegles waarin in een groep onder deskundige leiding beweegt. Aansluitend aan de beweeglessen zijn er bijeenkomsten waarin wordt gepraat over gevoelens die samenhangen met het ouder worden en gezondheid. Zoals het leren omgaan met somberheid en eenzaamheid, het vergroten van het zelfvertrouwen en bezig zijn met gezonde voeding. Dankzij *Delfgoud* hebben ouderen meer sociale contacten opgedaan en bewegen ze meer. Inmiddels draait *Delfgoud* al vier jaar zelfstandig. Het wordt in andere gemeenten geïmplementeerd.

<http://www.beteroud.nl/ouderen/uit-projecten-delfgoud-gezonde-leefstijl-bevorderen.html>

In *Dongeradeel* bestaat het initiatief *It Nije doarp Moarre Ljussen*, waarin bewoners werken aan het gemakkelijker maken van woningruil, verbouwen en verhuizen binnen het eigen dorp. Daarnaast wordt collectief gewerkt aan energiebesparing en inkoop.

Vanuit de werkgroep zorg in de dorpen wordt gewerkt aan de opzet van

vrijwillige burenhulpdiensten. Hiermee willen de dorpen werken aan het krimpbestendig maken van hun dorp. In Dongeradeel is het project verbreed naar wonen, welzijn en zorg.

<https://moarre-ljussens.frl/it-nije-doarp>

In *Drachten* staat een centrum voor ouderen dat diensten aanbiedt aan ouderen, waaronder die van huisartsen. Het heet *Sûnenz* en het wil de mogelijkheden en leuke kanten van het ouder worden laten zien. Het is belangrijk dat ouderen zelf de regie houden. Dit kan doordat ze gerichte informatie krijgen, ook preventief. Dat ze aan interessante en leuke activiteiten (kunnen) deelnemen en als het nodig is een juiste diagnose krijgen met passende behandeling. Dit geeft ouderen echt de kans om lang en plezierig thuis te blijven wonen. Dit initiatief is er op gericht te voorkomen dat mensen met een acute zorgvraag in een ziekenhuis belanden. Deze mensen kunnen kortdurend opgenomen worden in *Sûnenz*. Huisartsen verrichten daar diverse ingrepen en de zorg is met 24-uurs verpleegkundige zorg gewaarborgd.¹⁵

<http://www.sunenz.nl>

Ook in *Drachten* bevindt zich het *Royal Werkbedrijf*. Ruim 3 hectare grond met een voormalige woonboerderij en een bedrijfsruimte is inmiddels veranderd in een recreatieve locatie met een zorgbestemming. Deze locatie wordt door *Royal Werkbedrijf* gebruikt om mensen opnieuw deel te laten nemen aan het arbeidsproces. Het werken aan veranderingen van gedrag van de mensen en de overheid en de vraag binnen het midden en kleinbedrijf staat hierin centraal.

www.Royalwerkbedrijf.nl

Ook in *Drachten*, maar werkzaam voor geheel Zuidoost Friesland, functioneert het *Netwerk Dementie Friesland*. Het laat zien welke resultaten er mogelijk zijn, zodra er samenwerking ontstaat tussen verschillende organisaties met een gezamenlijke missie: het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor mensen met dementie en hun naasten in Friesland. Het dementie netwerk TinZ heeft een doorstart gemaakt met vier organisaties, te weten: Thuiszorg Het Friese Land, Thuiszorg Zuidwest Friesland, Meriant/Alliade en Patyna. <http://www.tinz.nl>

In *Eastermar* staat een buurtsuper met de naam Alles onder een dak. De ondernemer heeft naast het voorzien van lokale bewoners van de dagelijkse levensbehoeften (veel streekproducten) ook een zorgfunctie. Hij weet veel van wat er speelt bij de bewoners en zorgt voor directe

lijnen met de (sociale) dorpentteams.

<http://www.boodschappengemak.nl>

In *Ferwerderadiel* worden vrijwilligers getraind om andere inwoners betrokken te maken bij de omgeving. De dorpsomtinker is een dorpsbewoner die optreedt als schakel tussen inwoners die hulp nodig hebben en dorpsgenoten die graag een ander willen helpen. De omtinker koppelt vrijwilligers aan mensen die bijvoorbeeld hulp nodig hebben bij vervoer naar de tandarts, eenvoudige klusjes of sociale contacten.

https://www.ferwerderadiel.nl/fileadmin/files/ferwerderadiel/flyer_dorpsomtinkers.pdf

In *Garyp* staat een oude melkfabriek. Door een lokale ondernemer is dit cultureel erfgoed verbouwd tot een locatie waarin een drietal zorgappartementen zijn ondergebracht.

Verder is er een huisarts, een locatie van Thuiszorg 'de Friese Wouden', kinderopvang en peuterspeelzaal in gevestigd. Inmiddels is het volledig operationeel.

<http://www.herbestemmingnoord.nl/panden/melkfabriek-garyp/>

In *Groningen-stad* zijn het Martini Ziekenhuis en het UMCG in 2016 gestart met de *Transmurale Zorgbrug*. Hierbij wordt een wijkverpleegkundige voor patiënten ouder dan zeventig jaar ingezet als schakel tussen ziekenhuis en thuis. De Groningse ziekenhuizen werken in dit traject nauw samen met TSN Verpleging & Verzorging en UMC Groningen Thuis. Het kost twee of drie keer een bezoek van de wijkverpleegkundige en het levert een dag minder in het ziekenhuis op. Het kost dus niks, maar het probleem is dat de betaling uit verschillende potjes moet komen. Het levert 25% sterfte reductie op.

<http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-transmurale-zorgbrug.html>

Ook in *Groningen-stad* draaien GRIP & GLANS-cursussen. Deze helpen 55-plussers om meer 'GRIP' (eigen regie) en 'GLANS' (welbevinden) te ervaren. Twee GRIP & GLANS-docenten geven de cursussen in groepsverband aan 55-plussers die meer uit het leven willen halen en willen werken aan een bewuste, daadkrachtige leefstijl. Voor geïnteresseerden die door een lichamelijke beperking niet kunnen deelnemen aan een groepscursus, zijn er de GRIP & GLANS-huisbezoeken, gegeven door een GRIP & GLANS-coach. Tijdens de cursus leren deelnemers om initiatief te nemen, positief te zijn, zelfvertrouwen te krijgen en doelen te stellen. Na de cursus houden deelnemers beter de

eigen regie, voelen zich ook beter en minder eenzaam. Ook maken ze minder gebruik van eerstelijns GGZ en maatschappelijk werk. Stichting Viven van het Universitair Medisch Centrum Groningen leidt ouderenadviseurs, cliëntadviseurs en maatschappelijk werkenden op tot GRIP & GLANS-docent of -coach.

<http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-grip-en-glans-cursus.html>

Ook in *Groningen-stad* staat een *Odensehuis*. Dat is een inloophuis voor mensen met lichte dementie en hun naasten. Er zijn in Nederland Odensehuizen gevestigd in Amsterdam, Groningen, Vlissingen, Wageningen en IJmuiden. De naam Odensehuis is afgeleid van de Deense stad Odense, waar het initiatief voor zo'n inloopcentrum in 2001 ontstaan is. Om deel te nemen aan de activiteiten in een Odensehuis is er geen diagnose of indicatie voor de ziekte van Alzheimer nodig. Iedereen die te maken krijgt met een beginnende vorm van dementie is er welkom. De deelnemers bepalen zelf wanneer ze komen, aan welke activiteiten ze meedoen en welke ervaringen zij uitwisselen met andere bezoekers. De bedoeling van een Odensehuis is het bieden van een plek voor mensen met beginnende dementie en hun naasten om ervaringen met elkaar te delen en informatie uit te wisselen. Een Odensehuis heeft het karakter van een huiskamer waarin ondersteunende en creatieve activiteiten ondernomen kunnen worden zoals piano spelen, tuinieren en een praatje maken met andere bezoekers. Aanwezigen kunnen er in een ongedwongen sfeer hun gedachten afleiden van, of juist meer inzicht krijgen in de ziekte. Het eerste Odensehuis opende in november 2009 te Amsterdam, daarna volgde in 2012 Groningen. De bekostiging vindt plaats uit legaten en sponsorbijdragen.

<http://www.odensehuisgroningen.nl/>

In *Kloosterburen* bevindt zich de Zorgcoöperatie Klooster&Buren.¹⁷ Wij beschreven deze reeds in paragraaf 3.6.

De gemeente *Kollumerland* kent in één van haar dorpen, te weten *Burum*, het *Digitaal loket Burum*. Het functioneert als een startpagina naar andere actoren in zorg en welzijn en biedt doorklikmogelijkheden naar hun websites.

<https://burum.openportaal.nl/45-dorpsportaal-burum-geopend>

De *Proeftuin Sociale Benadering Dementie*²⁸ bevindt zich in *Leeuwarden*. Deze wordt geleid door Anne-Mei The, die zich al vijftien jaar als hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie bezig houdt met dementie. Sinds 2010 onderzoekt zij de verborgen behoeften van mensen met dementie

en hun mantelzorgers, vanaf de 'niet-pluis-periode' die meestal voorafgaat aan de diagnose dementie, tot na het overlijden. Dat deed zij door onder andere mee te werken in verpleeghuizen en door mensen gedurende het dementieproces persoonlijk te volgen. Het zorgaanbod krijgt vorm in twee fasen. De eerste betreft de periode van diagnose tot aan het moment dat zwaardere zorg nodig is. Zodra deze volgende fase zich aandient, kan intensievere zorg thuis en (geheel of gedeeltelijk) in een zorginstelling worden aangeboden. Inmiddels is de proeftuin uitgegroeid tot een brede samenwerking tussen initiatiefnemers Tao of Care en de KwadrantGroep, zorgorganisatie ZuidOostZorg, De Friesland Zorgverzekeraar en Stichting De Friesland, gemeente Leeuwarden, opleidingspartners Stenden Hogeschool en Friesland College Leeuwarden.

<http://tao-of-care.nl/onderzoek-ontwikkeling/proeftuin-sociale-benadering-dementie/>

Platform GEEF (Gezondheid Expertise en Educatiecentrum Friesland) is een samenwerkingsverband van 16 participanten in Leeuwarden. Deze organisaties hebben oog voor de wensen van hun klanten en de mogelijkheden die woonzorgtechnologie biedt. Gezamenlijk hebben zij projecten als de [Woonzorgatlas Fryslân](#) (een digitale atlas over de toekomstbestendigheid van zorgvastgoed in Friesland) en de [eHealth-koffer](#) (een overzicht van de beste en meest bruikbare eHealth-toepassingen in zorg en welzijn) door heel Friesland verspreid.

<https://www.platformgeef.nl/>

Een goed voorbeeld³⁵ van een gemeenschapshuis is de *Rieshoek* in het dorp *Noordlaren*, waar bewoners een leeggekomen schoolgebouw omtoeverden tot een ontmoetingsplek waar ondernemers, maatschappelijke instellingen en bewoners hun activiteiten ontplooien. De invulling bestaat nu uit dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking, kinderopvang, een kapsalon en zaalverhuur aan verenigingen. 'Het is eigenlijk het dorpsplein van vroeger', zegt een van de initiatiefnemers enthousiast.

<http://www.noordlaren.eu/over-noordlaren/obs-de-rieshoek>

Oentsjerk is een van de dorpen van Trynwâlden. Daar bevindt zich een multifunctioneel servicecentrum met de naam Skewiel Trynwalden met functies voor de hele dorpsgemeenschap. Ouderen bewonen een gloednieuw appartement in de buurt van dit levendige centrum of blijven wonen in hun eigen vertrouwde dorp. In het hele gebied van zeven

dorpen en 2 gehuchten, met ongeveer 9.000 inwoners en een doorsnede van 12 kilometer, komt de zorg aan huis en worden ouderen zo nodig ondersteund door een omtinker. Hier hebben mensen regie over hoe zij oud willen worden. Zij wonen zelfstandig.

De zorg en begeleiding en ondersteuning wordt op aanvraag verleend door professionals van het servicecentrum. Die ondersteunen senioren bij het zelfstandig blijven wonen.

https://www.kcwz.nl/doc/multifunctionele_accommodaties/Skewiel%20Trynwalden.pdf

Bij *Samen-Oud* in Oost Groningen komen alle aspecten op het gebied van wonen, welzijn en zorg aan bod. Een ouderenzorgteam onder leiding van de huisarts deelt ouderen in naar zorgbehoefte. Jaarlijks screent het team de ouderen door het invullen van een vragenlijst. Dat resulteert in een indeling in één van de drie risicoprofielen: robuust, kwetsbaar of complex. De lijnen tussen team en oudere zijn kort, waardoor die laatste meer welzijn ervaart en minder zorg nodig heeft. Kernwaarden zijn: Luisteren naar de vraag van de klant. Breed observeren. Samen aan de keukentafel zitten. Zoeken naar oplossingen in het eigen netwerk. Aanvulling met kennis en hulp van professionals waar nodig.

<http://www.samenoud.nl/nieuws/samenoud-gaat-door-in-oost-groningen>

Zes inwoners van de *Trynwâlden* hebben in 2016 de *Coöperatie Zorg en Welzijn Trynwâlden Tirza* opgericht. Zij zijn begonnen met de speerpunten Zorgcoach, Zorg Thuis en Kleinschalige Woonzorgvoorzieningen. De coöperatie wil dat de inwoners van de Trynwâlden een aanspreekpunt hebben op het gebied van Zorg in Natura (ZIN) en PGB: een “zorgcoach”. Deze zorgcoach begeleidt hen bij het zoeken naar de meest geëigende vorm van zorg, omdat de regelgeving vaak als ondoorzichtig en ingewikkeld wordt beschouwd. De zorgcoach zoekt passende zorg, waarbij de inwoners zo lang mogelijk in hun vertrouwde woonomgeving kunnen blijven wonen. De zorgcoach werkt nauw samen met het dorpensteam en heeft een aanvullende en soms bemiddelende rol.

www.tirzatrynwalden.nl

Stichting GoudOud in Warffum te Groningen heeft in het programma Warffums woondroom gerealiseerd:³¹ Zorghofjes op de plek van het gesloten verzorgingshuis Warfheem en in de directe omgeving hiervan. De twee zorghofjes zijn verschillend qua invulling en daarmee geschikt voor enerzijds zelfstandig & beschermd wonen en anderzijds zeer besloten wonen met 24-uurszorg. Voor beide hofjes geldt goede

zorg op maat. Zo kan iedereen die dat wil, goud oud worden in de eigen woonomgeving. www.goudoudinwarffum.nl.

Zorg Zonder Regels van Stichting De Hoven in Winsum te Groningen is een goed voorbeeld van het terugdringen van regelgeving. Drie locaties van Stichting De Hoven reageerden positief op een oproep van de directie om zich aan te melden voor een experiment met minder regels.

De locatie Viskenij is een klein verzorgingshuis met 26 bewoners midden in het dorp Baflo. Bewoners en medewerkers hadden al langer behoefte om meer zelf hun dagindeling te bepalen. Aan de rand van Winsum staat het verzorgingshuis Winkheem. Daar wonen 62 personen. Ook daar wilde een gemotiveerde groep medewerkers graag de uitdaging aangaan om meer samen met bewoners de dag vorm te geven. Verpleeghuis Vliethoven in Delfzijl kent vier verpleegafdelingen.

Eén daarvan is gespecialiseerd in zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov. Veel bewoners met Korsakov hadden het gevoel dat ze opgesloten zijn. Zij wilden heel graag weer het 'normale leven' ervaren. Medewerkers zagen in het project *Zorg Zonder Regels* mogelijkheden om bewoners meer vrijheid en toch ook veiligheid en structuur te geven. Het project is positief geëvalueerd en gebruikelijke zorg geworden. http://www.dehoven.nl/media/docs/Hoven_ZZR_rapportdef.pdf

6.3 Gemeentelijke initiatieven

Aan de hierboven genoemde 25 innovaties hebben vele Friese en Groningse gemeenten meegewerkt. Daarnaast ondernamen deze ook eigen initiatieven op het terrein van vernieuwing van ouderenzorg en andere vormen van maatschappelijke dienstverlening. Het Fries Sociaal Planbureau inventariseerde deze initiatieven in 2016.³ Wij geven hieronder een samenvatting van (vooral) dit rapport. Aan de orde komen twaalf verschillende initiatieven die soms in één en soms in verschillende gemeenten voorkomen.

Een aantal gemeenten geeft aan dat zij *ouderenadviseurs* hebben die senioren helpen bij vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Vaak zijn deze ouderenadviseurs actief in het gebiedsteam. Bijvoorbeeld in Súdwest-Fryslân maakt Stichting Ouderenwerk Bolsward deel uit van het gebiedsteam.

Veel aandacht besteden gemeenten aan het *bestrijden en voorkomen van eenzaamheid*. Bijvoorbeeld Opsterland is bezig met het ontwikke-



Discussiepunt 2

len van een integrale aanpak, waarbij allerlei activiteiten in activiteitencentra door vrijwilligers worden georganiseerd, gericht op het bevorderen van sociale contacten en maatschappelijke participatie. De gemeente Heerenveen wil eenzaamheid voorkomen door mantelzorgers te ondersteunen en vrijwilligerswerk te stimuleren. Ook bieden zij Wmo-vervoer naar activiteiten waar contacten en nieuwe vriendschappen kunnen ontstaan. Verder stimuleert deze gemeente, via een videocampagne, senioren om nieuwe zin aan hun leven te geven. Wijkverpleging en vrijwilligers van diverse organisaties worden getraind om een andere kijk op eenzaamheid eigen te maken. Ook wordt er geïnnoveerd met andere partijen in hoeverre initiatieven zoals [OPOEH](#) en [Granny's Finest](#) binnen Heerenveen opgezet kunnen worden.

Een aantal andere gemeenten besteedt aandacht aan *geschikt wonen*. Zo omschrijft de gemeente Fryske Marren dat zij het bewustzijn van huiseigenaren probeert te vergroten, zodat zij maatregelen treffen om langer thuis te kunnen wonen.

De gemeenten Smallerland en Opsterland bieden daarvoor een huistest aan, zodat hun inwoners kunnen checken of hun huis toekomstbestendig is. Ook Leeuwarden vindt het belangrijk om tijdig te anticiperen op het ouder worden door maatregelen te nemen in en om het huis.

Smallerland, met als belangrijkste plaats Drachten, wil investeren in weerbare, actieve en gezonde generaties. De gemeente houdt zich bezig met een *beweegvriendelijke openbare ruimte*, ingericht op het principe 'de gezonde keuze is de gemakkelijke keuze'. Dit kan op verschillende manieren bereikt worden, bijvoorbeeld door sportaccommodaties in de buurt en aantrekkelijke loop- en fietsroutes.

Ook Achtkarspelen en Tytsjerksteradiel zetten zich in voor een directe *leefomgeving* die bijdraagt aan de *zelfredzaamheid* van burgers en uitnodigt tot participatie.

De gemeente Leeuwarden zet tot 2018 GIDS-gelden in, waarmee *buurtgezondheidscoaches* burgers met een lage SES bewegen tot gezonder gedrag door middel van voorlichting over gezonde voeding en het organiseren van sport en bewegingsactiviteiten. Ook senioren kunnen onder de groep vallen op wie de coaches hun aandacht richten.

De gemeente Het Bildt subsidieert de Stichting Welzijn Ouderen het

Bildt (SWO). Door SWO is aandacht voor senioren al jaren ingeburgerd in de gemeente. Ze verricht *tweejaarlijks huisbezoeken* aan een geselecteerde leeftijdsgroep van senioren en stelt aan de hand van een lijst een aantal vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Hierdoor wordt een goed beeld verkregen van de leefomstandigheden van de senioren en van hun wensen, behoeften en mogelijke problemen. In samenwerking met een groot netwerk van vrijwilligers en professionals organiseert SWO een scala aan activiteiten. Het aanbod is zoveel mogelijk in eigen omgeving en loopt uiteen van spelletjesmiddagen, eetclubs en handwerkgroepjes tot computercursussen en andere uitstapjes. SWO heeft ook een *ouderenadviseur* die deel uit maakt van het gebiedsteam, waardoor senioren direct worden geholpen bij vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg. De goede contacten met Zorgcentrum het Bildt, de thuiszorg, wijkverpleegkundige, huisarts en ouderenadviseur houden de korte lijnen met het gebiedsteam intact. Bovendien zorgt het goede netwerk ervoor dat bijvoorbeeld dementie of overbelasting van een mantelzorger vroeg wordt gesignaleerd.

Het Bildt is één van de achttien Friese gemeenten die GIDS-gelden ontvangen. Dit geld wordt onder andere besteed aan een *buurtsportcoach* die het bewegen en gezond(er) oud worden stimuleert, met name in de beweegtuin van het Zorgcentrum. Ook wordt er twee keer per jaar een cursus valpreventie georganiseerd.

Gemeente het Bildt heeft een Steunpunt Mantelzorg dat onder andere de *Dag van de Mantelzorg* en een weekend voor mantelzorgers organiseert. Andere ondersteunende activiteiten, zoals het *Alzheimercafé* worden gezamenlijk met de omringende gemeenten aangeboden.

De Blauwestad

Voor één gemeentelijk en Gronings initiatief dat gedeeltelijk mislukt is, vragen wij apart aandacht. Dat is *De Blauwe Stad in de Provincie Groningen*. Wij vatten de ontwikkeling van deze innovatie als volgt samen.

De Blauwestad in de Provincie Oost-Groningen bestaat uit de volgende elementen: een nieuw meer van ruim 800 hectare (zo groot als het Sneekermear): 350 hectare nieuw natuurgebied, recreatieve voorzieningen en de aanleg van de woonplaats Blauwestad met aanvankelijk 1.480 nieuwe woningen. De helft van de nieuwe bewoners zou afkomstig moeten zijn uit Noord-Nederland en de andere helft uit de rest van het land. Op 12 mei 2004 werd het project opgestart. Alle kavels voor de 180 woningen werden bouwrijp gemaakt. Er werden wegen, bruggen en nutsvoorzieningen aangelegd. In december 2006 was het

meer vol en werd de eerste woning opgeleverd van de 1480 die er in 10 jaar zouden moeten verschijnen, elk jaar 150. Het bleek een misvatting. De huizenmarkt liep terug en nieuwe bewoners kwamen maar mondjesmaat naar het gebied.

In 2010 kwam een rapport uit van het onderzoek van de Noordelijke Rekenkamer naar de besluitvorming bij het project Blauwestad. Men kwam tot onder meer de volgende conclusies: het project is nooit kansrijk geweest; er was geen goede financiële onderbouwing; risico's werden toegedekt; de provincie had voor de publiek-private samenwerking een ondoelmatige opzet gekozen; Gedeputeerde Staten hebben zich schuldig gemaakt aan "wensdenken"; het project heeft niet geleid tot de beoogde resultaten en neveneffecten.

De provincie Groningen onderschreef de conclusies in grote lijnen, maar bestreed het laatstgenoemde punt. Immers, er hadden wel degelijk positieve effecten voor de regio opgetreden. Want in 2009 bleek, dat de economie op gang was gekomen door alleen al de aanleg van het meer en de natuur. De nieuw aangelegde haven bij Midwolda werd een succes. Toerisme en recreatie leverden een impuls op voor de horeca en recreatiebedrijven in verschillende dorpen. Bij de gemeente Reiderland meldden zich in de periode 2008-2010 investeerders (ook van buitenaf) aan voor diverse nieuwe ondernemersactiviteiten. In 2016 is in Blauwestad een tijdelijke opvang voor asielzoekers ingericht. Het aantal nieuwe woningen ging terug van 150 per jaar naar 150 per vijf tot tien jaar.

Burgerparticipatie

Recent zijn diverse innovatieve pogingen in alle delen van Nederland gedaan om burgerbetrokkenheid anders te organiseren, zo blijkt uit een rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau document.⁵ Onder noemers als burgerdialoog, maatschappelijke dialoog, burgersafari en G1000 gaat het om pogingen mensen bij beslissingen over de gang van zaken in hun omgeving te betrekken en hun stem daarover te horen, fysiek of digitaal. Zo organiseerde de gemeente Zeist een bezuinigingsdialoog met burgers en instellingen over de vraag hoe een miljoenenbezuiniging in te vullen. Ambtelijke dossierchefs moesten expertcomités samenstellen waarin alle belanghebbenden vertegenwoordigd waren. Bekende belanghebbenden werden rechtstreeks benaderd en via de media deed men vervolgens een bredere oproep aan geïnteresseerden om aan de dialoog deel te nemen. De gemeente Zeist volgde bijna alle voorstellen die uit deze dialoog voortkwamen.



Discussiepunt 3



Discussiepunt 4

Een andere innovatie betreft het a-select uitnodigen van een groep burgers om zich uit te spreken over een beleidsvraagstuk. Dan speelt de zelfselectie die inherent is aan zelfaanmelding geen rol. In korte tijd heeft dit fenomeen opgang gemaakt en is het principe in diverse plaatsen toegepast (bv. Rotterdam-Zuid, Amersfoort, Uden). Hoewel de uitvoering ervan nogal verschilt (bv. wie neemt het initiatief en wie bepaalt de agenda?), gaat het er in de kern om een grote groep toevallig gekozen burgers uit te nodigen zich over een vraagstuk te buigen en uit te spreken.

6.4 Digitale innovaties

Twee van de 41 bestudeerde documenten^{22,23} noemen digitale innovaties die in Nederland al verspreid zijn en goed werken. Dat zijn

<http://pratenovergezondheid.nl/dementie>, <https://www.omapost.nl/> en www.kluppen.nl.



Discussiepunt 5

Op de eerstgenoemde website staan ervaringen van patiënten met dementie en van hun mantelzorgers²³. De site geeft antwoord op veel gestelde vragen, inzicht en over dementie(problemen) en hoe daarmee om te gaan. De site, een opbrengst van het project 'Help, dement', is bedoeld voor mensen met dementie, mantelzorgers, de vriendenkring, familie, zorgverleners en het onderwijs. Goede, betrouwbare en belevingsgerichte informatie kunnen patiënten met dementie en hun verzorgers tot steun zijn. Zo kunnen zij zich bijvoorbeeld voorbereiden op wat komen gaat en als dat nodig is op tijd maatregelen treffen. Op de website Praten Over Gezondheid staat die belevingsgerichte informatie. Die komt voort uit diepte-interviews met 35 patiënten en 49 mantelzorgers. Zij vertellen hun persoonlijk verhaal vanaf het moment dat de eerste verschijnselen zich voordeden. Uit de interviews zijn de thema's gekozen die de geïnterviewden het meest belangrijk vonden. Uit een evaluatie blijkt dat de ervaringen vergroten het begrip van dementie en de gevolgen. Hierdoor zijn familie, vrienden en de maatschappij beter in staat om patiënten en de mantelzorger te ondersteunen. Bijvoorbeeld bij het nemen van beslissingen over de gezondheid en de zorg. Ook geeft het hen een betere positie tijdens een overleg met een zorgprofessional. De zorgprofessional krijgt meer begrip voor de patiënt en mantelzorger. Bovendien kan de informatie gebruikt worden voor verbetering van het zorgtraject voor mensen met dementie waardoor een langduriger verblijf in de eigen omgeving mogelijk wordt. <http://pratenovergezondheid.nl/dementie>

Met de app van Omapost²² sturen burgers gemakkelijk online foto's naar hun grootouders. Ze krijgen een offline kaartje door de brievenbus. Op dat kaartje staat ook een persoonlijke boodschap en een telefoonnummer; een goede reden om te bellen of af te spreken! Zo weet grootmoeder beter wat (klein)kinderen doen. Omapost vindt het belangrijk dat ouderen in contact blijven met jonge mensen. Veel ouderen in Nederland zijn eenzaam en veel jonge mensen zijn te druk om met regelmaat aan hun grootouders te denken. Daar wil Omapost verandering in brengen. <https://www.omapost.nl/>

Klup is ontwikkeld voor de moderne senior die op zoek is naar gezelligheid.²³ Met deze frisse app komt deze senior op een leuke manier in contact met mensen in de buurt, met als doel gezellige dingen te ondernemen. Klup werkt eenvoudig. De senior downloadt de app, maakt een profiel aan en kijkt of er nog meer Kluppers bij je in de buurt zijn. De app is te downloaden in de Apple Store en Google Play Store voor zowel smartphone als tablet. www.kluppen.nl

Tenslotte merken wij op dat enkele rapporten over informatietechnologie digitale innovaties noemen zoals Patientslikeme, Blue Button en Dr. A.I.¹⁹, waarbij A.I. staat voor Artificial Intelligence. Het bedrijf HealthTab biedt deze laatste app aan sinds januari 2017: een app die mensen met een gezondheidsklacht zonder tussenkomst van een hulpverlener helpt om de aard, urgentie en mogelijke oplossing van hun klacht te bepalen. Tenslotte, wij verwijzen naar paragraaf voor een beschrijving van een Big Data-innovatie van zorgorganisatie Aurora in paragraaf 4.3.



Discussiepunt 6

6.5 Het invoeren van innovaties

Innovatie en technologische vernieuwing zijn kenmerkend voor een cultuur van streven naar steeds betere zorg en hulp. Nederland loopt wereldwijd voorop in het toepassen van innovatie, in het echt laten werken van nieuwe ideeën in de praktijk. Een testland.¹⁹ In 2016 geeft het Fries Sociaal Planbureau tien adviezen aan gemeenten over het omgaan met al die innovaties van burgers en professionals.¹¹ Wij vatten samen:

1. Omarm en erken het probleem, creëer samen bewustzijn
2. Wacht niet af
3. Vorm een regiegroep
4. Creëer visie, perspectief en vertrouwen
5. Kies een boegbeeld en heb lef
6. Doe het samen met alle partners
7. Gemeenten, wees solidair naar elkaar
8. Bied waar mogelijk Lokale oplossingen
9. Vernieuw van binnenuit en
10. Help bewoners bij keuzes.

Het Frieslab deed in 2012 onderzoek naar de innovaties in Friesland.



Discussiepunt 7

Zij constateert in haar rapport² dat de leefwerelden van de zorgaanbieders en de Nederlandse Mededingings Autoriteit (nu: [Autoriteit Consument en Markt](#)) verschillen. De NMa redeneert vanuit het perspectief van de politieke keuze voor marktwerking in de zorg, waarbij de NMa de Mededingingswet handhaaft. De zorgaanbieders redeneren vooral vanuit het perspectief van de behoeften van cliënten en de continuïteit van hun organisatie. Zij bieden soms innovatieve producten aan waar zij verlies op lijden (gezien de behoefte van cliënten), maar ze kunnen zich dat niet permitteren (gezien de continuïteit van hun organisatie). Marktwerking in de zorg werkt daarom niet, zo stellen de zorgaanbieders. Zeker niet op het platteland of op de Waddeneilanden. Zij ervaren de kosten die gepaard gaan met het feit dat er concurrentie bestaat, als oneigenlijk gebruik van zorggeld.

6.6 Discussiepunten

Uit de tekst van dit hoofdstuk komen acht discussiepunten naar voren voor Seker en Sûn.

Discussiepunt 1. **Aanpassingen nodig in bekostiging, eHealth en aansturing om zorginnovaties te verspreiden**



Citaat (uit paragraaf 6.1): *De toekomst is al begonnen. Hij hoeft alleen nog maar verspreid te worden'. (...)*
In deze paragraaf (6.2) passeren 25 geslaagde zorginnovaties de revue. Zij zijn het experimentele, projectmatige stadium voorbij. Ze hebben zich bewezen.

In Friesland is geen behoefte aan nieuwe innovatieve initiatieven. Die zijn er al voldoende. Wat belangrijk is deze te verduurzamen en te verspreiden naar andere locaties in Friesland. Dit betekent aanpassing van bekostiging, eHealth en aansturing. Seker en Sûn kan deze aanpassingen in beeld brengen.

Discussiepunt 2. **Samenhang in ouderenbeleid binnen gemeenten: ja graag**



citaat(6.3) Aan de hierboven genoemde 25 innovaties hebben vele Friese en Groningse gemeenten meegewerkt. Daarnaast namen deze ook eigen initiatieven op het terrein van vernieuwing van ouderenzorg en van andere vormen van maatschappelijke dienstverlening.

Vele maar niet alle gemeenten hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de 25 innovaties. En als gemeenten daaraan bijdroegen, wisselde de effectiviteit daarvan. Immers, we zien in sommige gemeenten zoals Het Bildt veel en in andere gemeenten weinig innovaties. Reflectie op de rol van gemeenten bij zorginnovaties van burgers en zorgaanbieders is nog niet echt van de grond gekomen. Seker en Sûn zou hierop in kunnen gaan. Soms lijken initiatieven van gemeenten los te staan van de innovaties van burgers en zorgaanbieders. Een voorbeeld: de gemeente Smallingerland met als belangrijkste plaats Drachten herbergt volgens de documenten drie innovaties: Sûnenz, het Netwerk Dementie Friesland en het gemeentelijke initiatief beweegvriendelijke openbare ruimte. Uit de beschrijvingen komt geen samenhang naar voren, hoewel alle drie zich richten op de doelgroep ouderen. Samenhangend ouderenbeleid wordt ongetwijfeld een van de onderwerpen waarvoor Seker en Sûn gaat pleiten.

Discussiepunt 3. **Blauwe Stad 2.0: uithuilen en opnieuw beginnen?**



citaten (6.3) In 2010 kwam een rapport uit van het onderzoek van de Noordelijke Rekenkamer naar de besluitvorming bij het project Blauwestad.³⁹ Men kwam tot onder meer de volgende conclusies: het project is nooit kansrijk geweest. (...) in 2009 bleek, dat de economie (rond de Blauwestad) op gang was gekomen door alleen al de aanleg van het meer en de natuur. De nieuw aangelegde haven bij Midwolda werd een succes. Toerisme en recreatie leverden een impuls op voor de horeca

en recreatiebedrijven in verschillende dorpen.

De Blauwestad³⁹ is een voorbeeld van een rake-ling, een Vlaams woord voor iets nieuws dat terecht is ondernomen maar (nog) niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. In het Nederlands komt het woord voor in voetbalverslaggeving: *Het schot gaat rakelings langs het doel*. Op de website www.rakeling.nl komen tal van innovaties naar voren die net niet lukten. In de theorie van de lerende organisatie -thans zo populair binnen het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg- bestaat het gezegde: fouten maken mag en is de term rakeling in zwang als positief woord. Het moedigt aan om van de fouten te leren en op nieuw op het doel te schieten.

De vraag kwam bij ons op of de Blauwestad een rakeling is of een zo snel mogelijk te vergeten mislukking.

Nu er een snelweg is gekomen van Drachten naar Dokkum is het gebied Noordoost-Friesland beter en sneller bereikbaar. Wellicht kan een Blauwestad 2.0 een impuls betekenen voor de zorg economie aldaar. Deze gedachte zou een plaats kunnen krijgen bij Seker en Sûn.

Discussiepunt 4. Burger betrokkenheid anders organiseren?



citaat (6.3) Recent zijn diverse innovatieve pogingen in alle delen van Nederland gedaan om burgerbetrokkenheid anders te organiseren.

De bestudeerde documenten hierover bieden inspiratie aan gemeenten en burgers om initiatieven te ontwikkelen voor burgerbetrokkenheid. Het verkennen van draagvlak voor Seker en Sûn voorstellen, kan onderwerp zijn voor zo'n initiatief.

Discussiepunt 5. Enkele apps breed in Friesland gaan verspreiden?



citaat [6.4] *Twee van de 36 bestudeerde documenten^{23,17} noemen digitale innovaties die in Nederland al verspreid zijn en goed werken. Dat zijn <http://pratenovergezondheid.nl/dementie>, <https://www.omapost.nl/>, www.kluppen.nl en www.ehealthkoffer.nl.*

Seker-en-Sun bereidt een digitale toekomst voor. Eén van de daarin te bespreken onderwerp betreft de vraag, hoe goed werkende health apps breed onder burgers en zorgprofessionals bekend te maken zijn.

Discussiepunt 6. Zelfdiagnostiek op het Friese platteland bevorderen?



citaat [6.4] *Het bedrijf HealthTab biedt deze laatste app aan sinds januari 2017: een app die mensen met een gezondheidsklacht zonder tussenkomst van een hulpverlener helpt om de aard, urgentie en mogelijke oplossing van hun klacht te bepalen.*

Bewoners van het Friese platteland wonen gemiddeld op 3,2 kilometer afstand van een huisarts³⁶ en sommigen veel verder weg. Dat leidt tot noodzaak om zelf af te wegen of een contact met een huisarts urgent is en wat de aard van dat contact moet zijn: een huisbezoek, een consult in het praktijkcentrum of een mailcontact? Een proef met een symptomenchecker als van HealthTab - er bestaan meer apps die dit bieden - kan zicht bieden op de bereikbaarheid van huisartsen hierdoor verbetert en zorg op de juiste wijze opgeschaald wordt en daardoor in de juiste behoefte en kostenefficiëntie wordt voorzien.

**Discussiepunt 7. Innovaties van burgers en gemeenten
samen: ja graag**



Citaat (6.5) *In 2016 geeft het Fries Sociaal Planbureau tien adviezen aan gemeenten over het omgaan met al die innovaties van burgers en professionals.*¹¹

Deze inspirerende tien tips krijgen vast een plaats in paragrafen over de realisatie van Seker en Sûn.

HOOFDSTUK 7

Verdieping literatuur arbeidsmarkt zorg en welzijn

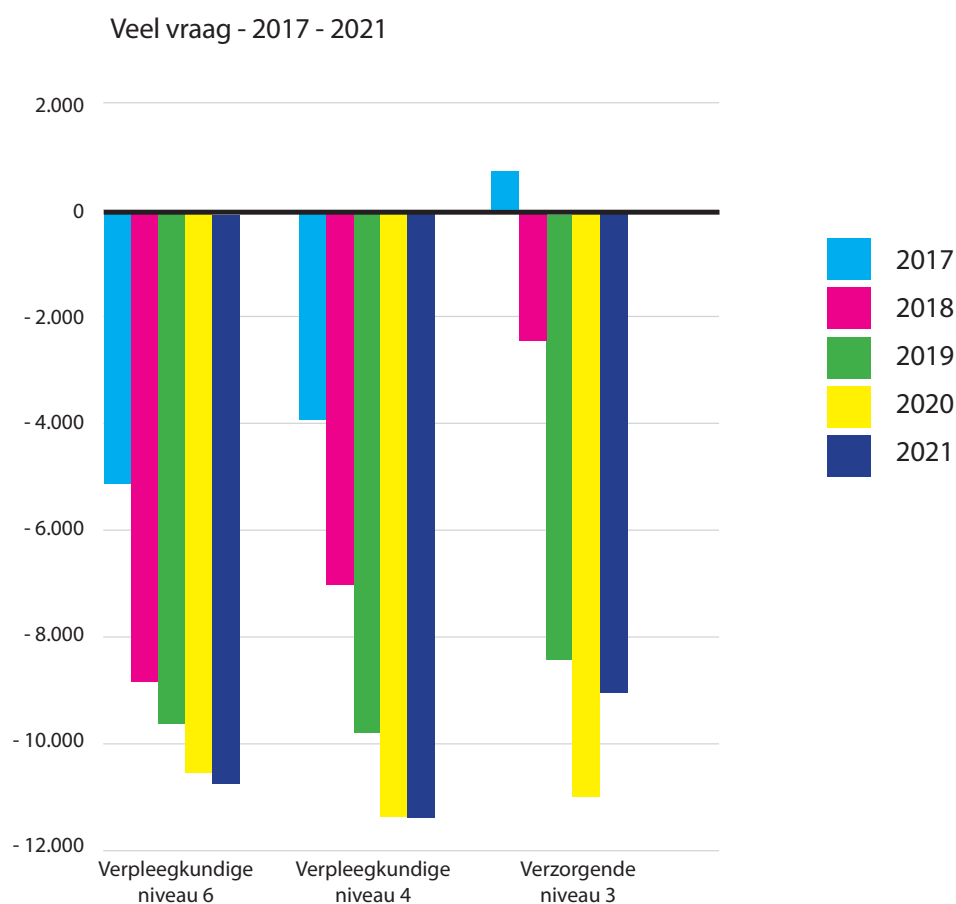
In dit hoofdstuk beschrijven wij de resultaten van verdiepend literatuuronderzoek naar de huidige en verwachte situatie op de arbeidsmarkt van Zorg en Welzijn.

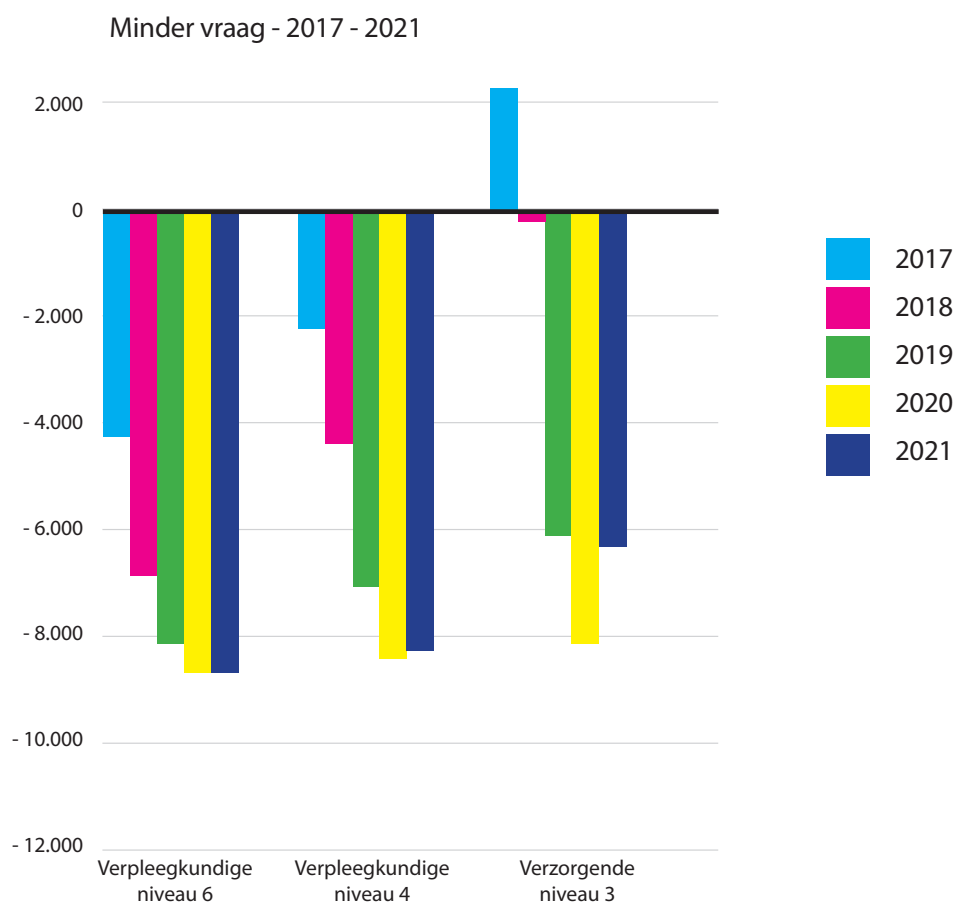
In paragraaf 1 worden de landelijke en Friese ontwikkelingen in kaart gebracht, waarna in paragraaf 2 de landelijke beleidsmaatregelen worden beschreven. Daarbij wordt een aanzet gegeven voor de vertaling van deze landelijke maatregelen naar de arbeidsmarkt in Friesland.

7.1 Landelijke en Friese ontwikkelingen

Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

In het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (2018) is een toekomstverkenning gedaan van de arbeidsmarkt Zorg en Welzijn in 2021. Het programma wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en sociale partners in zorg en welzijn, georganiseerd via de arbeidsmarktfondsen. Deze toekomstverkenning richt zich op het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel op mbo- en hbo-niveau en de doktersassistenten. De raming loopt tot 2021. In de prognose wordt met twee scenario's gewerkt: een 'veel vraag naar personeel'-scenario en een 'minder vraag naar personeel'-scenario. Het veel-vraagscenario is gebaseerd op de aanname dat de financiële middelen die theoretisch beschikbaar zijn voor de sector Zorg en Welzijn volledig worden ingezet. In het minder-vraagscenario is de aanname dat de middelen niet volledig worden ingezet. In beide scenario's is rekening gehouden met de extra inzet van 65.000 extra professionals in de ouderenzorg. Beide scenario's verwachten forse tekorten voor verpleegkundigen en verzorgenden.





Belangrijkste conclusies zijn:

- Bij een minder vraag scenario stevenen we landelijk af op een personeelstekort van 69.500 personen en bij een veel vraag scenario op 104.000 personen in 2021.
- Vooral bij de kwalificaties HBO en MBO verpleegkundige (V6 en V4) en verzorgende (V3) worden de grootste oplopende tekorten verwacht.

Eén van de onderdelen van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn is de werkgeversenquête. De informatie uit de enquête is te gebruiken als verdieping en duiding van de kwantitatieve informatie uit de continue dataverzameling. Navraag is onder meer gedaan naar wat de belangrijkste (nieuwe) vaardigheden en competenties zijn waar medewerkers in de afgelopen 12 maanden op zijn bijgeschoold. Naast 'Verplichte vakinhoudelijke competenties' (inclusief medisch-technische) (54%), zijn 'Veiligheid' (38%), 'Vakinhoudelijke begeleiding en omgang met cliënten en sociaal netwerk in het kader van meer zelfregie en zelfmanagement' (28%), 'Samenwerken in het team (feedback

geven, interactie, gespreksvoering)' (24%) en 'Technologische en digitale vaardigheden (inclusief e-health/zorg op afstand) (20%) het vaakst genoemd.

Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan richt zich op grond van onder meer de te verwachten zorgbehoefte op ramingen van de toekomstige benodigde capaciteit voor opleidingen van professionals in de zorg. Het betreft hier medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheids-, FZO (medisch ondersteunende beroepen en gespecialiseerde verpleegkundigen) en aanverwante (vervolg) opleidingen. Het laatste plan dateert uit 2016.

Het Capaciteitsorgaan verwacht een stijging van de zorgvraag in 2034 van 1,78% voor klinische specialisten en voor niet-klinisch specialisten van 1,82% (met een uitschieter voor de huisartsen van 2,09%). Voor resp. medisch ondersteunende beroepen en gespecialiseerde verpleegkundigen verwacht het orgaan een stijging van 1,51% en 2,11%. De stijging van de zorgvraag voor de beroepen in de geestelijke gezondheid bedraagt 4,39%.

Op basis van deze cijfers en ervaringen met de instroom van de opleidingen verwacht het orgaan de komende jaren tekorten in de medisch ondersteunende beroepen en van gespecialiseerde verpleegkundigen. De capaciteit van deze beroepen is op dit moment net voldoende om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Om ook in de toekomst aan de vraag te kunnen beantwoorden, is echter voor de meeste beroepen landelijk een (fors) hogere opleidingsinstroom vereist. De regio's Noord-Nederland en Twente Oost/Achterhoek laten overigens bij vrijwel alle beroepen een mindere stijging zien dan het landelijk gemiddelde als gevolg van demografische krimp. Bij de Dialyseverpleegkundigen (16-21 fte per jaar), IC-neonatologieverpleegkundigen (8-12 fte per jaar), IC-verpleegkundigen (105-110 fte per jaar), Kinderverpleegkundigen (19-40 fte per jaar) en Obstetrie verpleegkundigen (18-19 fte per jaar), geldt volgens zowel het demografiescenario als het expertscenario het advies om de opleidingsinstroom de komende jaren tot 2022 te verhogen.

Friese doorvertaling van de landelijke ontwikkelingen

ZorgpleinNoord heeft op basis van de landelijke cijfers de volgende verwachtingen ten aanzien van de situatie op korte termijn in Friesland:

- De arbeidsmarkt wordt krappere naarmate het opleidingsniveau van de kwalificaties stijgt. De tekorten worden vooral verwacht bij kwalificaties op mbo-4 en hbo-niveau.
- In 2020 worden in Friesland onder andere tekorten aan werknemers verwacht met de kwalificaties: culturele en maatschappelijke vorming hbo bij veel vraag -5% (n= -15) en bij minder vraag -2% (n= -5), verpleegkundige mbo-4 bij veel vraag -2% (n= -104) en doktersassistent mbo-4 bij veel vraag -3% (n= -60). In de laatste twee gevallen worden bij het minder vraag scenario geen tekorten verwacht.
- In 2020 worden in Friesland onder andere overschotten aan werknemers verwacht met de kwalificaties: verzorgende mbo-3 bij veel vraag 3% (n=228) en bij minder vraag 6% (n=458), sociaal cultureel werker mbo-4 bij veel vraag 26% (n=19) en bij minder vraag 29% (n=21) en medewerker maatschappelijke zorg mbo-4 bij veel vraag 4% (n=113) en bij minder vraag 7% (n=181).

Concluderend: op basis van demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen binnen de zorg verwachten we ook in Friesland een stijgende zorgvraag die kan worden doorvertaald naar een opleidingstekort bij verschillende beroepen op HBO en MBO niveau. De beschikbare scenario's zijn doorgerekend tot 2022. Op basis van de demografische ontwikkelingen mogen we verwachten dat deze trend zich doorzet in de jaren na 2022. Uit de werkgeversenquête blijkt dat instellingen al aan het voorsorteren zijn op nieuwe ontwikkelingen in de zorg door bij scholing aandacht te schenken aan competenties op het gebied van onder meer technologie en zelfregie.

7.2. Beleidsmaatregelen

In deze paragraaf inventariseren we de beleidsmaatregelen die uit de geraadpleegde literatuur naar voren komen om de voorspelde tekorten van professionals de komende jaren op te vangen.

Onderzoek Verplegende & Verzorgenden Nederland (V&VN)/Berenschot (2017)

Om meer zorgprofessionals in de zorg voor ouderen te realiseren heeft V&VN Berenschot gevraagd een onderzoek uit te voeren naar korte en lange termijn oplossingen voor de tekorten van verplegenden en verzorgenden. Berenschot komt tot de volgende oplossingsrichtingen:

- Algemeen: regionale samenwerking, delen van verantwoordelijkheden, samenwerking tussen beroepsgroepen, beschikbaar maken en uitwisselen van informatie over de overschotten en/of tekorten en het voeren van een gemeenschappelijk beleid hierop.
- Vraagzijde van de arbeidsmarkt: taakherschikking (het structureel herschikken van taken naar een andere beroepsbeoefenaar) of (op termijn) technische mogelijkheden, beperking administratieve belasting, meer aandacht voor preventie van problematiek en technologie ter ondersteuning.
- Aanbodzijde van de arbeidsmarkt: voorkomen van uitstroom van professionals door onder meer adequate beloning, aantrekkelijkheid van de sector vergroten, gebruik boegbeelden, rolmodellen en slimme publiekscampagnes, strategische HRM, beïnvloeding kritieke keuzemomenten in het onderwijs om voor de zorg te kiezen, meer stageplaatsen en betere aansluiting op de praktijk, stimulering van huidige professionals om meer te gaan werken, terughalen van professionals naar de sector en instroom van professionals met een buitenlandse achtergrond.

Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport

In de Kamerbrief Aanpak Arbeidsmarkt en zorg van december 2017 verwoordt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de zorgen van Organisaties in zorg en welzijn. Zij geven aan onvoldoende goed opgeleid personeel te kunnen vinden om de kwaliteit van zorg te borgen. Onderwijsinstellingen uiten daarnaast hun zorgen over onvoldoende goede stageplaatsen voor hun leerlingen en studenten. Vervolgens formuleert de minister een aantal oplossingsrichtingen:

- Ondanks het gegeven dat de instroom in de zorgopleidingen stijgt, zet het ministerie in op sociale innovatie van de zorg. De zorg richt

zich steeds meer op gezondheid met preventie, langer thuis wonen en meer regie voor de patiënt of cliënt.

- Innovatie en technologie bieden meer mogelijkheden voor behandelmethodes waarbij de zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn (verticale substitutie).
- Met taakherschikking en uitbesteding van zorgtaken aan niet-professionals (job-carving) wil het ministerie de mogelijkheden van anderen benutten (horizontale en verticale substitutie).
- Verbetering van de arbeidsomstandigheden op basis van een enquête onder werkgevers en werknemers in de zorg met het doel om professionals te behouden voor de zorg (zie de Arbeidsmarktagenda hieronder).
- Verbetering van regionale samenwerking in de vorm van RegioPlus en het Zorgpact.
- Voor toekomstgericht opleiden stelt het Ministerie extra middelen beschikbaar in de vorm van een aantal beschikbaarheidsbijdragen (jaarlijks €1.2 miljard), op-, bij- en nascholing van ziekenhuispersoneel (€200 miljoen), €112 miljoen voor stagebegeleiding van mbo- en hbo studenten en extra scholing voor zorgmedewerkers (in eerste instantie €30 miljoen) in het kader van de regionale actieplannen (SectorplanPlus).

Arbeidsmarktagenda 2023 'Aan het werk voor ouderen'

Onder deze titel zijn ActiZ, BTN, CNV, FNV, de MBO-raad, NVZ en VWS samen aan de slag gegaan met een arbeidsmarktagenda zorg voor ouderen. Onder leiding van prof. dr. Romke van der Veen en het CAOP is door deze partijen gewerkt aan het opstellen van deze agenda. Tientallen organisaties hebben ideeën aangedragen, van waaruit vier doelstellingen zijn geformuleerd: behouden van zorgprofessionals, vergroten van de instroom, verminderen van de zorgafhankelijkheid en verbeteren van de kwaliteit. Om die doelstellingen te realiseren zijn in de arbeidsmarktagenda elf actielijnen benoemd die zowel landelijk als regionaal richting geven aan concrete acties. De volgende ambities zijn geformuleerd:

1. Verbeteren kwaliteit werk(omstandigheden): minder werkdruk, minder administratie en gezonde werkomstandigheden.
2. Aanboren van potentiële zorgprofessionals: nieuwe instroom vanuit de opleiding, zij-instromers (o.a. ook vanuit de WW en bijstand en migranten) en herintreders van alle opleidingsniveaus.
3. Verbeteren imago van de sector: campagne gericht op het waardevolle werk van professionals en om meer mensen aan te trekken.

4. Goede arbeidsvoorwaarden: o.a. een goed salaris en contracten die beantwoorden aan de behoefte voor wendbaarheid van werkgevers en zekerheid van werknemers. Hieraan werken sociale partners samen aan de cao-tafels.
5. Passende kwalificerende opleidingen, om- her en bijscholing: de inhoud van opleidingen sluit beter aan op behoefte van de arbeidsmarkt. Scholen en zorginstellingen werken nog beter samen, bijvoorbeeld om voldoende en goede stages te kunnen bieden.
6. Matchen vraag en aanbod/werkzekerheid: versterken strategisch personeelsbeleid bij zorgorganisaties, minder gebroken diensten of grotere contracten.
7. Ontwikkelen en benutten (nieuwe) technologie: ervoor zorgen dat zorgorganisaties en professionals meer gebruik maken van de mogelijkheden van technologie om zorgtaken te ondersteunen.
8. Anders organiseren van werk: sterkere inzet op preventie, slimmer werken met juiste personeelsmix (bijv. met behulp van job carving).
9. Beter samenwerken in de keten: o.a. op het moment dat een patiënt van ziekenhuis naar huis gaat, of gebruik maakt van zorg bij verschillende organisaties tegelijk.
10. Verzamelen en ontsluiten goede sturingsinformatie: beter beeld van wie er in de zorg werkt en wat nodig is in de toekomst.
11. Verbeteren financiële arrangementen: stimuleren meerjarige contracten met meer ruimte voor innovatie tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren met zorgaanbieders voor meer financiële zekerheid.

(Bron: Kamerbrief Aanpak arbeidsmarkt zorg, 2017).

Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan verwacht dat het palet aan beroepsbeoefenaren voortdurend verschuift door autonome ontwikkelingen in beroepen en in het werkproces. Deze verschuivingen kunnen vorm krijgen door taakdelegatie of taakverschuiving. Het Capaciteitsorgaan ziet verticale substitutie als het verschuiven van arbeidstijd voor de beantwoording van een zorgvraag van een bepaald opleidingsniveau naar een lager opleidingsniveau. Iets soortgelijks geldt overigens voor horizontale substitutie. Daar betreft het een verschuiving van arbeidstijd tussen twee gelijke opleidingsniveaus, bijvoorbeeld van de medisch specialist naar de huisarts. Het orgaan benoemt drie vormen van verticale substitutie, namelijk: de verticale substitutie van geneeskundig specialisten door verpleegkundig specialisten (VS) en/of physician assistants (PA) en de verticale substitutie van huisartsen door praktijkondersteuners

huisartsenpraktijk (POH).^a

De in het vorige Capaciteitsplan gesignaleerde toename van PA en VS doorgaat. Het orgaan concludeert dat het onduidelijk is of de verschuiving van tweedelijns zorg naar eerstelijns zorg, zoals die was vastgelegd in het Zorgakkoord wordt gerealiseerd. Vervolgens stelt ze dat het erop lijkt dat de huisarts de verschuiving van tweedelijnszorg naar eerstelijns zorg bijna volledig realiseert door op zijn beurt taken te verschuiven naar de POH. Overigens, de huisarts kan ook activiteiten substitueren naar bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist, physician assistant, psycholoog en doktersassistente.

Hoofdpijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2018

Ter bevordering van 'de juiste zorg op de juiste plek' hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn gezamenlijk een analyse gemaakt van de zorgvormen en behandelingen die zouden kunnen verschuiven van tweede naar eerste lijn. Op basis van die analyse zal voor de contractering 2018 voor substitutie een reservering ter grootte van € 75 miljoen worden gemaakt in het budgettaire kader voor de medisch-specialistische zorg.

a. De opleiding tot VS is een 2-jarige duale professionele masteropleiding genaamd Master Advanced Nursing Practice (MANP) die aan negen hogescholen in Nederland kan worden gevolgd. De masteropleiding tot PA is een duale masteropleiding genaamd Master Physician Assistant (MPA) die 2,5 jaar duurt. De opleiding is in 2002 gestart en wordt door vijf hogescholen aangeboden. De opleiding tot praktijkondersteuner is een duale 1-jarige post-hbo-opleiding. Er worden verschillende opleidingsvarianten aangeboden, alle gericht op de huisartsenpraktijk. Voorbeelden zijn: Praktijkondersteuner in de Huisartsenpraktijk, Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ, Praktijkondersteuner Somatiek in de Huisartsenpraktijk en Praktijkverpleegkundige.

RegioPlus

RegioPlus is het samenwerkingsverband van veertien regionale werkgeversorganisaties. Het richt zich op het in balans brengen en houden van de regionale arbeidsmarkt voor de grootste sector in Nederland: Zorg en Welzijn. Medio 2016 kregen we op de arbeidsmarkt van zorg en welzijn te maken met een omslag van overschot van personeel in bepaalde functies naar tekorten en een mismatch van op dit moment beschikbaar personeel. De regionale werkgeversorganisaties, aangesloten bij RegioPlus, hebben vervolgens de handen ineengeslagen om te komen tot Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT).

Via RAAT worden acties gericht op het tegengaan van de tekorten gebundeld en wordt samenwerking gestimuleerd om te komen tot een integrale arbeidsmarktaanpak voor zorg en welzijn. De landelijke integrale arbeidsmarktagenda ouderenzorg maakt onderdeel uit van deze aanpak. Samenwerken en gezamenlijke (regionale) acties, bovenop de reguliere acties van (regionale) partijen, zijn nodig om de problemen echt aan te kunnen pakken en resultaten te boeken.

Het is volgens RegioPlus belangrijk dat de stakeholders afspraken met elkaar maken over wat extra gedaan moet worden en ook over wat ze níet doen. Het RAAT bestaat uit concrete doelstellingen die samen gaan leiden tot:

- Verhogen van de instroom- en opleidingscapaciteit
- Positief beïnvloeden van de loopbaankeuze van jongeren
- Verhogen van het opleidingsrendement
- Vergroten van opleidingsmogelijkheden
- Bieden van een aantrekkelijke werkomgeving en werkklimaat

Regionaal worden acties uitgevoerd en afspraken gemaakt. Voor het oplossen van de krapte op de arbeidsmarkt leveren zorg- en welzijn-organisaties en onderwijsinstellingen de belangrijkste bijdrage. Zij zorgen voor voldoende (nieuw) personeel, een aantrekkelijke sector om in te werken en voor een goed functionerende arbeidsmarkt.

Samenwerkingsverband RegioPlus brengt de Actieplannen uit de regio's samen tot één geheel. Met landelijke ambities voor het vergroten van de instroom in opleidingen in de sector en het behouden van personeel.

De Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten van de regionale werkgeversorganisaties vormen de basis voor het landelijke actieprogramma 'Werken in de Zorg' dat gebaseerd is op de Kamerbrief van de minister van VWS (maart 2018). Het Ministerie ondersteunt hiermee een regionale aanpak van de problematiek op de arbeidsmarkt. Het actieprogramma 'Werken in de Zorg' is door het kabinet in het voorjaar van 2018 naar de Tweede Kamer gestuurd. De gezamenlijke opdracht is: de personeelstekorten moeten in 2022 opgelost zijn.

In Noord-Nederland werken zorg- en welzijnsinstellingen samen met onderwijsinstellingen onder aanvoering van werkgeversverband ZorgpleinNoord aan de vertaling van het landelijke plan naar een Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten (ook weer RAAT genoemd). Het regionale plan sluit aan bij de al bestaande initiatieven en de regionale arbeidsmarktbehoeften en -omstandigheden. Begin 2018 hebben bestuurders uit de zorg- en welzijnssector, onderwijs en overheid het Regionaal Actieplan onderschreven. Met het Regionaal Actieplan wil initiatiefnemer ZorgpleinNoord voorkomen dat het personeelstekort nu en in de komende jaren een probleem wordt voor de leefbaarheid in Noord-Nederland. Het komende jaar worden de krachten gebundeld, wordt versterking gezocht en worden nieuwe, innovatieve coalities gestimuleerd.

Provincie Fryslân - Uitvoeringsprogramma Zorgeconomie 2014-2020 Innoveren en verbinden met zorg

Met dit programma wil de provincie Fryslân komen tot een publiek private samenwerking (van zorg/ welzijn, bedrijven, onderwijs, kennisinstellingen en burgers) om te komen tot innovaties in het MKB en in de zorgsector met als effect een toekomstbestendige zorgsector en economische spin-off voor het Friese MKB. De provincie streeft hierbij naar een 'happy ageing' Fryslân in 2030. Voor wat de onderwijs- en arbeidsmarkt betreft, heeft de provincie als streven om verbinding te leggen op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Dit betekent dat er verder voldoende en goed gekwalificeerd personeel is, dat (met technologische ondersteuning) kan aan de zorgbehoefte en de benodigde dienstverlening kan voldoen. Daarnaast is er een optimale aansluiting tussen opleidingen en het gewenste personeel. Financiering vindt plaats op basis van bestaande budgetten zoals Fryslân Fernijt, het Doefonds en het programma Wurkje foar Fryslân.

BIJLAGE

Lijst van de 41 bestudeerde documenten.

De nummers van de verwijzingen in de tekst komt overeen met de nummering van de documenten in deze lijst.

1. Algemene Rekenkamer. Zorgakkoorden, uitgevenbeheersing in de zorg deel 4, Den Haag, november 2016.
<https://www.rekenkamer.nl/publicaties/persberichten/2016/12/06/zorgakkoorden-hielpen-groeizorgkosten-te-temperen>
2. Bouma, S. Als het schuurt in de zorg, de resultaten van drie jaar Frieslab, de methode Frieslab, Frieslab 2012.
http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/ketenzorg/Als_het_schuurt_in_de_%20zorg_Praktisch.pdf
3. Brabers A, Swinkels I, Lettow B van, et al. Rapport eHealth monitor 2017. Nictiz, Den Haag 2017.
<https://www.nictiz.nl/eHealth/eHealth-monitor/eHealth-monitor-2017>
https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Factsheet_eConsult_definitief.pdf
4. Broek A van den, Kampen C van, Haan J de, et al. De toekomst tegemoet. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau 2016. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/De_toekomst_tegemoet
5. Broek A van den, Steenbekkers A, Houwelingen P van, et al. Niet buiten de burger rekenen. Over randvoorwaarden voor burgerbetrokkenheid in het nieuwe omgevingsbestel Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, februari 2016.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Niet_buiten_de_burger_rekenen

6. Corepoint Care. Understanding the continuity of care record (CCR), mei 2016.
<https://corepointhealth.com/resource-center/white-papers/understanding-continuity-care-record>, geraadpleegd op 16 oktober 2017

7. Dekker P, Ridder J den. Gedeelde waarden en een weerbare democratie, Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag, mei 2016.
 Een verkenning op basis van bevolkingsenquêtes
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Gedeelde_waarden_en_een_weerbare democratie

8. Doornbos K. Zorgpleinnoord, Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn Noord-Nederland 2017, geraadpleegd op 13 november 2017 via
<https://www.zorgpleinnoord.nl/media/documents/Arbeidsmarktverkenning-2017.pdf>

9. Dijkstra A. Technologie als inspiratiebron voor menselijk handelen, lectoraat iHUMAN I welzijn zorg digitaal. 13 april 2011. https://www.nhl.nl/sites/default/files/lectoraten_documenten/inaugurele_rede_dr_atedijkstra.pdf

10. Engbersen R, Uytterlinde M. Gebruik van sociaal domeinvoorzieningen in Noordoost-Friesland en andere krimpregio's geduid. Fries Sociaal Planbureau, Den Haag, maart 2017.
https://www.friessociaalplanbureau.nl/sites/default/files/field_dldbl_file/170504_regionale_verschillen_geduid-def.pdf

11. Fries Sociaal Planbureau. Verdiepend onderzoek hoog zorggebruik, december 2016.
<https://www.friessociaalplanbureau.nl/nieuws/verdiepend-onderzoek-hoog-zorggebruik>

12. GGD Fryslân. Resultaten Gezondheidsmonitor 19+, onderzoek naar de gezondheid van de friese bevolking van 19 jaar en ouder. Leeuwarden, 2016. Geraadpleegd op 13 november 2017.
<http://veiligheidsregio-fryslan.instantmagazine.com/go-jeugd-ggd/ggd-gezondheidsmonitor-2016>

13. Hoekstra S, Witte T de. Beleidsanalyse preventief beleid senioren in Fryslân. Fries Sociaal Planbureau, februari 2017. https://www.friessociaalplanbureau.nl/sites/default/files/field_dldbl_file/fsp_beleidsanalyse_ouderen_gezondheid-def_0.pdf
14. Huber M, Vliet M van Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study, BMJ Open, (2015) Volume 6, Issue 1
15. Kaljouw, M. & Van Vliet, K. (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Nederland: Innovatie Zorgberoepen & opleidingen, Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/adviezen/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren>
16. Kampen C van, Iedema J, Broese van Groenou M, et al. Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg. Sociaal Cultureel Planbureau Den Haag, februari 2017. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Langer_zelfstandig
17. Marchand M. Rapport Het recht op informationele zelfbeschikking in de zorg. Raad voor Volksgezondheid & Zorg. Den Haag, 24 april 2014. https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Recht_op_informationele_zelfbeschikking_in_de_zorg.pdf
18. Meurs P, Dohmen D, Kremer J, et al. Recept voor maatschappelijk probleem, medicalisering van levensfasen. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Den Haag, maart 2017. https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/WEB_101745_Advies_Medicalisering.pdf
19. Meurs P, Dohmen D, Zwaard W van der, et al. De zorgagenda voor een gezonde monitor. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Den Haag 21 april 2017. https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/De_Zorgagenda_voor_een_gezonde_samenleving.pdf

20. Ottenheijm S. Big data in Healthcare, Nictiz februari 2017.
https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Big_Data_in_healthcare.pdf
21. Partoer consultants & onderzoekers Rapportage ANNO, inventarisatie van de toekomstige vraag en aanbod van zorg in Noordoost Fryslân. Leeuwarden, april 2016.
https://www.partoer.nl/sites/default/files/news_attachments/rapportage_zorg_in_2030_def.pdf
22. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). De vele kanten van eenzaamheid. Den Haag, juli 2017.
https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Verkenning_De_vele_kanten_van_eenzaamheid.pdf
23. Rooij S de, Valk M, The AM. Healthy Ageing Network Northern Netherlands, Zorginnovatie Fonds, Anders oud 2030, 2017. De stem van de ouderen
<http://www.beteroud.nl/ouderen/doe-mee-netwerk-ouderenzorg-regio-noord.html>
<http://www.beteroud.nl/docs/beteroud/over-ons/samenvatting-werkplan-beteroud.pdf>
<https://www.hannn.eu/projecten/nationaal-programma-ouderenzorg>
24. Rijksoverheid. Regeerakkoord Rutte III, Vertrouwen in de Toekomst, Den Haag 2017.
<https://www.kabinetsformatie2017.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst>
25. Schmohl A, Spruyt AJ. Alles wat je wilt (moet) weten over Blue Button+ en CCD Een kijkje achter de schermen bij het uitwisselen van (zorg)informatie met de patiënt. Nictiz, oktober 2015.
[https://www.nictiz.nl/publicaties/alles-wat-je-wilt-\(moet\)-weten-over-blue-button-en-ccd](https://www.nictiz.nl/publicaties/alles-wat-je-wilt-(moet)-weten-over-blue-button-en-ccd)

26. Sint M, Mackenbach J, Bosma H. Verkenning Ruimte voor redzaamheid. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Den Haag 2015.
<http://www.ruimtevoorredzaamheid.nl/media/1193/verkenning-ruimte-voor-redzaamheid.pdf>

27. Steenbekkers A, Vermeij L, Houwelingen P van. Dorpsleven tussen stad en land. Sociaal en Cultureel planbureau, Den Haag, maart 2017.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Dorpleven_tussen_stad_en_land

28. The AM, Jonkers R. Proeftuin Sociale benadering van dementie. Zaaïen en oogsten, 2017.
http://dementieverhalenbank.nl/wp-content/uploads/2017/03/SBD-proeftuinboekje_lr.pdf

29. Verbeek-Oudijk D, Kampen C van. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag, september 2017.
https://www.scp.nl/Publicaties/Allepublicaties/Publicaties2017/Oudereninverpleeghuizen_en_verzorgingshuizen

30. Verbeek-Oudijk, Putman L, Klerk M de. Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015, Sociaal Cultureel Planbureau Den Haag, januari 2017.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Zorg_en_ondersteuning_in_Nederland_kerncijfers_2015

31. Vermeij L. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland (kleine gebaren). Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2 februari 2016.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Kleine_gebaren

32. Visser M, Moerman S, Hitzert J. Panel Fryslân over, vertrouwen in politiek en samenleving, Fries Sociaal Planbureau, Leeuwarden, mei 2017.
https://www.friessociaalplanbureau.nl/sites/default/files/field_dldbl_file/20170502_fsp_pf_over_vertrouwen_in_politiek_en_samenleving_0.pdf

33. Vries W de, Witte T de, Fernee H. Staat van Friese senioren, Fries Sociaal Planbureau, Leeuwarden, 2017.
<https://www.friessociaalplanbureau.nl/publicatie/staat-van-friese-senioren>

34. Vermeij L. Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, februari 2016.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Kleine_gebaren

35. Vermeij L, Gieling J. De dorpse doe democratie. Den Haag, Sociaal en Cultureel PlanBureau, juli 2016.
Lokaal burgerschap bekeken vanuit verschillende groepen dorpsbewoners
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/De_dorpse_doe_democratie

36. Vries WM de, Veen E van der, Bock BB, et al. The perceived importance of facilities for rural citizens in Fryslân, the Netherlands. SOCIOLOGIA E POLITICHE SOCIALI Pg. 119-137, 2016.
<https://www.friessociaalplanbureau.nl/nieuws/wetenschappelijk-artikel-over-onderzoek-fsp>

37. Vrooman C, Gijsberts M, Boelhouwer J. Verschil in Nederland. Rapport 2014, Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau, december 2014.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Verschil_in_Nederland

38. Wennekers A, Haan J de, Huysmans F. Verschillen in mediagebruik onder Nederlandse bevolking. Media: tijd in kaart. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag, december 2016.
https://www.scp.nl/Nieuws/Grote_verschillen_in_mediagebruik_onder_Nederlandse_bevolking

39. Wikipedia. Het project Blauwestad, in de Provincie Groningen, 2016-2020.
[https://nl.wikipedia.org/wiki/Blauwestad_\(project\)](https://nl.wikipedia.org/wiki/Blauwestad_(project))
<https://www.blauwestad.nl/>
<https://www.provinciegroningen.nl/uitvoering/wonen-en-welzijn/blauwestad/>

40. Witte T de, Hoekstra S. Eenzaamheid onder senioren. Fries Sociaal Planbureau. Leeuwarden, februari 2017.
https://www.friessociaalplanbureau.nl/sites/default/files/field_dldbl_file/fsp_boek_staat_friese_senioren-totaal-def.pdf

41. Witte T de. Mantelzorg en (over) belasting. Fries Sociaal Planbureau, GGD Fryslân Leeuwarden, november 2016.
https://www.friessociaalplanbureau.nl/sites/default/files/field_dldbl_file/mantelzorg_en_overbelasting_1.pdf

42. Wonen in beweging: De resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2015, Ministerie van Binnelandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag, april 2016 geraadpleegd op 27 november 2017 via
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/04/01/rapport-wonen-in-beweging>

www.sekersun.frl

