

**(Bevings-)bestendige zorg in Groningen  
Toekomstperspectief en versterken**

**Definitief 1.1  
8 oktober 2018**



## Voorwoord

In dit document geeft de Stuurgroep Zorg aan op welke wijze de komende periode voldoende kwalitatief goede zorg in de aardbevingsregio van Groningen beschikbaar kan blijven. Vernieuwen, samenwerken, nieuwe partnerschappen aangaan, sneller investeren in zorg (vastgoed) en grote urgentie zijn daarbij sleutelwoorden. Kortom, het kan niet blijven zoals het is; ambitieuze stappen moeten gezet.

Bij de totstandkoming van dit document zijn vele personen uit de diverse organisaties betrokken. Belangrijk voorwerk is verricht in drie zogenoemde 'subregionale tafels', waar partijen plannen hebben voorbereid, gedeeld en besproken. Daarnaast is zowel bij de eerste uitwerking van de Visie op Zorg in de regio (door HHM) als bij de voorliggende uitwerking veelvuldig gesproken met (vertegenwoordigers van) bewoners, onder andere via Groninger Dorpen.

De leden van de Stuurgroep realiseren zich dat er om te komen tot de uitvoering en invulling van het hier geschetste toekomstbeeld nog veel werk verzet zal moeten worden. Alle leden zijn zeer gemotiveerd dit plan tot uitvoering te brengen; ook als 'ambassadeur' zullen zij zich maximaal inzetten.

Namens de Stuurgroep Zorg in de aardbevingsregio,

Maarten Ruys,  
Voorzitter

8 oktober 2018

De Stuurgroep Zorg bestaat uit de volgende leden:

- Janine Groeneveld, regioregisseur Noord, Menzis
- Jannie Nijlunsing, raad van bestuur De Hoven
- Ria Stegehuis, raad van bestuur Cosis
- Jeroen de Boer, Nationaal Coördinator Groningen (NCG)
- Jan Jakob Boersma, wethouder Midden-Groningen
- Onno Bremmers, programmamanager Woonzorg Nederland
- Menne van Dijk, wethouder Bedum
- Eelco Eikenaar, gedeputeerde Provincie Groningen
- Meindert Joostens, wethouder Delfzijl
- Jan Megens, manager Zorgkantoor Menzis
- Yonas Tewelde, directeur volwassenenpsychiatrie, Lentis
- Theo van Uum, directeur Langdurige Zorg, VWS

Het secretariaat van de Stuurgroep wordt verzorgd door NCG, Ursula Hendriks.



## Inhoud

Voorwoord .....	1
Samenvatting.....	5
1. Inleiding.....	9
1.1. Algemeen.....	9
1.2. Afbakening zorgprogramma.....	9
1.3. Advies over versterken.....	10
1.4. Visie op zorg .....	10
2. Urgente opgave voor de regio.....	11
2.1. Waarom veranderen? .....	11
2.2. Urgentie.....	11
3. Randvoorwaarden voor succes .....	13
3.1. Bouwdepots .....	13
3.2. Versterkingsadviezen en realisatie-ambitie .....	13
3.3. Tijdelijke huisvesting .....	14
3.4. Mobiliteit en bereikbaarheid.....	14
3.5. Duurzaamheid en circulariteit.....	14
3.6. Flexibiliteit in gebruik van vastgoed.....	14
3.7. Bestemmingsplannen en contingentering .....	15
3.8. Positieve gezondheid.....	15
3.9. Relatie met toezichhouders en regulering.....	15
4. Partners .....	17
4.1. Bewoners en lokale initiatieven .....	17
4.2. Gemeenten.....	17
4.3. Menzis .....	17
4.4. Provincie Groningen .....	17
4.5. Rijksbouwmeester .....	18
4.6. Rijksoverheid .....	18
4.7. NAM/ aansprakelijke partij voor aardbevingsgevolgen .....	18
4.8. Banken.....	18
5. VISIE ZORGLANDSCHAP VAN DE TOEKOMST .....	19
5.1. Doel .....	19
5.1.1. Fijn en gezond wonen met zorg, thuis of zoals thuis .....	19

5.2.	Belangrijkste uitgangspunten vernieuwing zorgvastgoed .....	19
5.3.	Randvoorwaarden: onderwijs, arbeidsmarkt en innovatie.....	20
5.3.1.	Onderwijs & arbeidsmarkt .....	20
5.3.2.	Innovatie.....	20
5.4.	Toekomstvisie zorglandschap in de aardbevingsregio .....	21
6.	Vertaalslag naar zorggebouwen in de regio.....	23
6.1.	Totaaloverzicht.....	23
6.2.	Kansrijke projecten.....	23
6.2.1.	Delfzijl.....	23
6.2.2.	Appingedam .....	23
6.2.3.	Uithuizen .....	24
6.2.4.	Loppersum.....	24
6.2.5.	Slochteren.....	24
6.2.6.	Inrichting expertisecentra .....	24
7.	Hoe verder?.....	25
	Bijlage 1. Demografische ontwikkelingen .....	26
1.1	Prognose behoefte aan verblijfszorg, bron HHM.....	26
1.2.	Aantal 75+-ers in de komende jaren per subregio, bron Mondria Advies (subregionale tafels).....	27
	Bijlage 2. Overzicht vertaalslag visie naar specifieke gebouwen .....	29
	Bijlage 2. 1 DAL.....	29
	Bijlage 2. 1.1 Delfzijl .....	30
	Bijlage 2. 1.2 Appingedam.....	31
	Bijlage 2. 1.3 Loppersum .....	32
	Bijlage 2. 1.4 Middelstum.....	33
	Bijlage 2. 2 Het Hogeland .....	34
	Bijlage 2. 2.1 Bedum.....	34
	Bijlage 2. 2.2. Uithuizen.....	35
	Bijlage 2. 2.3 Uithuizermeeden .....	36
	Bijlage 2. 3 Midden-Groningen .....	37
	Bijlage 2. 3.1 Siddeburen.....	37
	Bijlage 2. 3.2 Slochteren .....	38
	Bijlage 2. 4 Ten Boer.....	38

## Samenvatting

### **(Bevings)bestendige zorg in Groningen, toekomstperspectief**

Groningers kunnen zo lang mogelijk fijn en gezond thuis wonen. Zij krijgen daar kwalitatief goede zorg en begeleiding die nodig is, aan huis of via zorg op afstand. Als dat niet meer gaat, dan kunnen zij – net zoals thuis - veilig wonen in zorginstellingen die passen bij de levens- en zorgbehoefte. Dat is het toekomstperspectief waar de Stuurgroep Zorg met *(Bevings)bestendige zorg* naar toe wil werken voor de regio Groningen, en in het bijzonder voor het aardbevingsgebied.

### **Waarom (bevings)bestendige zorg in Groningen?**

Er is veel aan de hand in ons zorglandschap. Ouderen willen wonen en leven in hun eigen veilige en geborgen omgeving en willen steeds meer hun eigen keuzes blijven maken. Technologische ontwikkelingen bieden mogelijkheden voor zorg op afstand en regie op de eigen gezondheid. Tegelijkertijd groeit de chronische problematiek en neemt de complexiteit en zwaarte van de zorgbehoefte toe. Verschraving van zorg dreigt door de combinatie van bevolkingsafname, vergrijzing/ontgroening, tekort aan zorgpersoneel, forse druk op mantelzorgers en de gemiddeld laag-sociale economische status van veel inwoners in de regio. Zonder maatregelen zal het voor de regio Groningen niet meer lukken om voldoende kwalitatief goede zorg beschikbaar te houden.

### **Koppeling tussen zorg voor de toekomst en versterkingsopgave aardbevingsgebied**

Complicerende factor voor het aardbevingsgebied is de noodzaak om een groot aantal van de huidige zorggebouwen binnen vijf jaar te versterken of te slopen. Het is verstandig om bij de versterking rekening te houden met de ontwikkelingen in het zorglandschap en de invloed die dit heeft op de zorggebouwen. Daarom is in dit toekomstbeeld de koppeling gemaakt tussen het realiseren van voldoende kwalitatief goede zorg voor de toekomst en de versterkingsopgave in het aardbevingsgebied.

### **Stuurgroep Zorg**

De Stuurgroep Zorg is in 2016 in het leven geroepen door de Nationaal Coördinator Groningen (NCG). In de Stuurgroep zitten vertegenwoordigers van zorgaanbieders op het gebied van ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ, gemeenten, Menzis, provincie, woningcorporaties, ministerie van VWS en NCG. Aan de Stuurgroep is gevraagd om:

- een visie op het zorglandschap van de toekomst in de regio en
- een advies over de versterking/vernieuwing van het zorgvastgoed.

Het voorliggende toekomstperspectief is het resultaat en schetst de invulling van het toekomstige zorglandschap in relatie tot het versterkingsprogramma. Het programma richt zich met name op intramurale zorg, panden die op dezelfde locatie liggen als de intramurale instelling en woongemeenschappen en dagbesteding voor grote groepen. Soms komen gezond wonen en preventie aan de orde, vanwege de keten van gezondheid tot specialistische zorg.

### **Visie zorglandschap van de toekomst**

De Stuurgroep heeft de toekomstvisie op de zorginfrastructuur in de aardbevingsregio vastgesteld. Alle zorggebouwen worden aardbevingsbestendig en levensloopbestendig. De benodigde zorg wordt zoveel mogelijk thuis geleverd, in de eigen omgeving. Als dit niet meer thuis kan, dan kan men terecht in (kleinschalige) vormen van een beschermde woonomgeving. Deze liggen verspreid in de regio, in dorpen waar ook andere voorzieningen beschikbaar zijn. De bewoners maken gebruik van de reguliere en multifunctionele ontmoetingsplaatsen in de wijk of het dorp. Kortom, zij kunnen zo gewoon mogelijk leven. Lokale initiatieven op het gebied van mantelzorg, participatie en ontmoeten maken dit mede mogelijk. Tegelijk is een zekere schaal nodig om meer complexe zorg te kunnen blijven leveren. Zorg op maat in de regio vraagt om oplossingen die:

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

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

### **Vertaling toekomstvisie naar zorggebouwen**

Op basis van de toekomstvisie hebben de partijen samen bepaald welke veranderingen in de zorg in de aardbevingsregio plaatsvinden, waar gebouwen worden gesloten en waar nieuwbouw de beste oplossing lijkt: het toekomstperspectief. Per saldo leidt dit tot het volgende:

Per saldo leidt dit tot het volgende:

1. op 5 locaties vindt (gecombineerde) nieuwbouw plaats
2. op 8 locaties transformeren aanleunwoningen tot reguliere woningen
3. ca. 200 plaatsen transformeren van verzorging (exclusief behandeling) naar verpleging
4. ca. 270 plaatsen transformeren van intramurale zorg naar scheiden wonen en zorg
5. 12 zorggebouwen worden niet meer in de huidige vorm gebruikt

Een overzicht van alle concrete aanpassingen van de zorggebouwen is opgenomen in bijlage 2.

### **Kansrijke projecten**

Om de realisatie van het toekomstperspectief te bespoedigen is besluitvorming over een aantal kansrijke projecten nodig. Kansrijke projecten zijn:

#### ***Delfzijl***

1. Expertisecentrum voor de regio Delfzijl, Appingedam, Loppersum. Bij voorkeur in de nabijheid van het gezondheidscentrum Molenberg in het centrum van Delfzijl. Naast specialisten GGZ, ouderenzorg en gehandicaptenzorg biedt het centrum 40 plaatsen voor geriatrische revalidatiezorg en 10 bedden voor tijdelijke kortdurende complexe zorg.
2. Een woonzorgvoorziening voor een combinatie van ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg, zodat patiënten zo gewoon mogelijk, midden in een gemeenschap maar ook op afstand van het bruisende leven kunnen wonen. Voor 24 GGZ-patiënten en 190 verpleeghuisplaatsen in kleine of middelgrote woon-zorgvoorzieningen.

#### ***Appingedam***

Bouw van een nieuwe voorziening voor intramurale ouderenzorg in combinatie met specialistische gehandicaptenzorg, op het braakliggende Eendrachtsterrein in de nabijheid van het gezondheidscentrum. Het wordt een reguliere woonomgeving, waar de mensen 'zoals thuis' kunnen wonen en met woningen die geschikt zijn voor alle leeftijden, met of zonder zorgvragen. In deze nieuwe wijk komen 32-48 cliënten gehandicaptenzorg en 108 verpleeghuisplaatsen.

#### ***Uithuizen***

Nieuwe zo gewoon mogelijke woonzorgvoorzieningen, waarin GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg nauw samenwerken met de huisartsenpraktijk. De bewoners gaan participeren in de gemeenschap en bij dorpsactiviteiten. Het gaat om een kleinschalige verpleeghuisvoorziening van 45 plaatsen, waarvan bij 15 plaatsen specialistische behandeling mogelijk is. Daarnaast is er ruimte voor 45 GGZ-cliënten en 60 cliënten gehandicaptenzorg.

#### ***Loppersum***

Vervanging van het huidige verzorgingshuis met seniorenwoningen door een kleinschalige verpleeghuisvoorziening van 40 plaatsen, met daarbij levensloopbestendige woningen op dezelfde locatie. Samen met de Zorgcoöperatie Loppersum wordt het terrein op een integrale werkwijze



ontwikkeld voor samenleven, ontmoeten, welzijn, gezondheid en diensten voor mensen met een (intensieve) ondersteuningsvraag. Het gaat om nieuwbouw naast bestaande bouw, die past in het dorpse karakter; een innovatieve oplossing die het mogelijk maakt het vastgoed binnen een termijn van ongeveer 20 jaar af te schrijven dan wel het gebouw daarna alternatief in te zetten.

### **Slochteren**

Een kleinschalige woon- en zorgvoorziening voor ouderen, vlakbij de historische kern van Slochteren, met een sterke verbinding met het dorp, bijvoorbeeld voor ontmoeting, dagbesteding en dienstverlening. De voorziening komt in de onmiddellijke nabijheid van het eerstelijns gezondheidscentrum te staan en krijgt mogelijkheden voor intensievere zorg vanuit Siddeburen en Noordbroek. De plek van het huidige Olderloug lijkt hiervoor geschikt.

### **Voorwaarden voor succes**

- Samenwerking is de basis van een goede zorg. Alle partijen houden hun eigen verantwoordelijkheid en leveren een bijdrage aan het toekomstige zorglandschap van de regio. Dit betekent ook de bereidheid eventueel negatieve gevolgen van dit plan voor één organisatie gezamenlijk te dragen.
- Het bundelen van versterkingsmiddelen voor alle zorggebouwen in één of meer bouwdepot(s). Zo komen middelen voor gebouwen die gesloopt worden beschikbaar voor nieuwe vormen van zorg.
- Op basis van de versterkingsadviezen en de mate waarin additionele financiering beschikbaar komt, moet de ambitie zo nodig bijgesteld worden.
- Als tijdelijke huisvesting nodig is, dan gaat het om maatwerk. Inzet is hier zo kosteneffectief mogelijk gebruik van te maken, door roulatie of via bestaande faciliteiten zonder afbreuk aan kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Goede bereikbaarheid van woon-zorgvoorzieningen; een toegankelijke en gezonde leefomgeving draagt bij aan eigen regie en sociale contacten. Er moet nog bekeken worden of de uitvoering van het perspectief leidt tot een aanvullende opgave voor mobiliteit en bereikbaarheid.
- Duurzaam bouwen is van belang, met aandacht voor omkeerbaar en multifunctioneel bouwen. Een andere kant hiervan is het herbestemmen van gebouwen en het optimale gebruik van bestaand maatschappelijk vastgoed.
- Flexibiliteit in gebruik van vastgoed betekent dat de basis een woonsituatie is, waar mogelijk verschillende zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties diensten leveren. Het scheiden van de gebouweigenaar en de zorgaanbieder kan deze flexibiliteit bevorderen.
- Bestemmingsplannen moeten de gewenste flexibiliteit faciliteren.
- Samenwerking met de eerstelijnszorg is nodig om de intramurale zorg te kunnen vernieuwen. Er moeten voldoende preventieve zorg en alternatieve vormen van wonen beschikbaar zijn.
- Zorgaanbieders en corporaties moeten zich houden aan wet- en regelgeving. Bij diverse toezichthouders is de bereidheid mee te denken over mogelijkheden om extra ruimte en regelvrijheid te organiseren en hiermee in pilots te experimenteren. .
- Een aantrekkelijke arbeidsmarkt en een gezamenlijke arbeidsmarktstrategie en opleidingsbeleid is nodig, omdat het tekort aan zorgpersoneel ook in Groningen groeit.
- Innovatieve technologie draagt bij aan mogelijkheden om zorg op afstand te leveren, maar ook om veilig en gezond te wonen. Hierbij staat de vraag van cliënt, mantelzorger en zorgprofessional centraal. Waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande initiatieven als regiegroep personalized & customized health en coalitie gezond wonen.

### **Partners**

Het zijn de zorgaanbieders en de vastgoedeigenaren die dit plan moeten uitvoeren. Maar zij kunnen dit alleen samen met andere partijen.

- Bewoners, mantelzorgers en lokale initiatieven. Via het Bureau HHM zijn bewoners betrokken bij het opstellen van dit perspectief. Groninger Dorpen en lokale initiatieven zijn bij de invulling en verdere concretisering van dit plan essentieel.

- Gemeenten hebben aangegeven volop bereid te zijn waar mogelijk bij te dragen aan de realisatie van het perspectief. Zij kunnen de verbinding leggen tussen ruimtelijke ordening en andere sectoren en kunnen de verbinding tussen formele en informele zorg stimuleren.
- Menzis zorgkantoor en zorgverzekeraar zijn vanuit hun zorgplicht mede verantwoordelijk voor het borgen van kwaliteit van de zorg. Menzis is actief betrokken bij het zoeken naar en bijdragen aan oplossingen.
- Provincie Groningen pakt een rol in het op gang brengen en houden van de vernieuwing met twee subsidieregelingen: voor zorgvoorzieningen en regionale zorgprojecten en voor bewonersinitiatieven.
- De Rijksbouwmeester zal de komende twee jaar met expertise, workshops en ontwerpprijsvragen een bijdrage leveren aan Groningse projecten die inspelen op de actuele vraag naar zorgarrangementen. VWS stelt hiervoor middelen beschikbaar vanuit 'WHO CARES Community of Practice'.
- De Rijksoverheid speelt vanwege de behoefte aan integrale oplossingen vanuit verschillende ministeries een rol.
- NAM is de partij die aansprakelijk is voor versterking van gebouwen als gevolg van gaswinning.
- Banken in de regio zijn bereid om deskundigheid beschikbaar te stellen voor het perspectief.

### **Hoe verder?**

1. Als er voor 1 oktober 2018 duidelijkheid is, kunnen de uitkomsten zo nodig gespiegeld worden aan de nieuwe veiligheidsinzichten die de minister van EZK voor de zomer van 2018 heeft ontvangen. Is dat niet het geval dan vormen de gevalideerde versterkingsadviezen uitgangspunt voor realisatie.
2. Opstellen van concrete plannen per gebied/locatie door aanbieder(s) en vastgoedeigenaar in nauw overleg met Menzis zorgkantoor en de gemeente. De NCG biedt hierbij inhoudelijke ondersteuning. Het streven is dat een aantal van de kansrijke projecten deze zomer al verder worden uitgewerkt middels (globale) business cases .
3. Deze twee activiteiten kunnen leiden tot een aanpassing van het programma en tot extrapolatie voor het gehele programma. Hierover kunnen dan macro-afspraken worden gemaakt met oa het Rijk en degenen die aansprakelijk zijn voor financiering van de versterking.

De Stuurgroep blijft de komende periode. De Stuurgroep zal de voortgang monitoren, afstemmingskwesties zoals tijdelijke huisvesting bespreken, als opschalingsoverleg bij eventuele knelpunten optreden en als aanspreekpunt dienen voor de verschillende partners.

# 1. Inleiding

## 1.1. Algemeen

Zonder maatregelen zal het de komende jaren niet meer lukken om –duurzaam- voldoende kwalitatief goede zorg voor de regio Groningen beschikbaar te houden. Het aantal mensen met chronische problematiek groeit de komende jaren, terwijl ook de complexiteit en de zwaarte van de zorgbehoefte toeneemt. Daarbij is in toenemende mate sprake van co-morbiditeit: een combinatie van psychische problemen, verstandelijke beperkingen en lichamelijke problematiek. In combinatie met een bevolkingsafname, toenemende tekorten op de arbeidsmarkt, de forse druk op mantelzorgers en de beperkte (financiële) mogelijkheden van veel inwoners, dreigt verschraving van het zorgaanbod.

Voor het aardbevingsgebied geldt daarbij een extra complicerende factor. Een (groot) aantal van de huidige zorggebouwen zullen versterkt of gesloopt moeten worden. Dit kan betekenen dat er fors verbouwd/gebouwd moet worden. Het is verstandig om bij de versterking rekening te houden met de ontwikkelingen in het zorglandschap en de samenleving en de invloed die deze hebben op de zorggebouwen. Dat betekent dat verder gekeken moet worden dan de inspectierapporten per gebouw. Waar mogelijk moet de versterkingsopgave worden gekoppeld aan het realiseren van continuïteit van zorg in de toekomst.

Tegen deze achtergrond heeft de Nationaal Coördinator Groningen (NCG) in 2016 de Stuurgroep Zorg in het leven geroepen en deze gevraagd om:

- een visie op het zorglandschap van de toekomst in de regio en
- advies over de versterking/vernieuwing van het zorgvastgoed.

Deze notitie schetst de door partijen noodzakelijke geachte invulling van het zorglandschap in de komende periode.

Hiermee wordt ook ingegaan op de vraag vanuit het kabinet aan de NCG om de gevolgen voor onder andere de zorg inzichtelijk te maken om zo nodig aanvullende dekking te zoeken (brief aan de Tweede Kamer "Gaswinning Groningen en Meerjarenprogramma NCG" d.d. 18 december 2015, Kamerstukken, 33529-212). In die brief stelt het kabinet vast dat "er aanvullende middelen nodig kunnen zijn om, daar waar de bestaande budgetten voor versterking, leefbaarheid en kansrijk Groningen binnen de eerder vastgestelde middelen uit het bestuursakkoord en de betreffende begrotingen van overheden en instellingen tekort schieten, toch toekomstbestendig te investeren. Het kabinet heeft daarom de NCG gevraagd inzichtelijk te maken wat de omvang is van deze eventueel benodigde middelen voor onder meer onderwijs, zorg, cultureel erfgoed en openbare ruimte en zal op basis daarvan, waar nodig, dekking zoeken."

## 1.2. Afbakening zorgprogramma

De Stuurgroep Zorg heeft de afbakening van haar opdracht gedefinieerd. De opdracht van de Stuurgroep richt zich op:

- intramurale zorg (exclusief Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg);
- panden die op dezelfde locatie liggen als de intramurale instelling, bijvoorbeeld aanleunwoningen in de tuin/aan de overkant van een zorginstelling;
- woongemeenschappen en dagbesteding (grote groepen).

Op een aantal specifieke uitzonderingen na<sup>1</sup>, omvat het zorgprogramma geen:

- eerstelijnszorg, zoals huisarts, fysiotherapeut, pedicure, tandarts;
- individuele woningen, bijvoorbeeld ambulante begeleiding van zelfstandig wonenden, thuiszorgontvangers;
- aanleunwoningen die 'los van de instelling' in de wijk staan.

---

<sup>1</sup> De uitzonderingen zijn met reden omkleed aangegeven door bij zorg betrokken partijen.

Vanuit risicoperspectief is de opdracht van de NCG om te beginnen in de kern van de aardbevingsregio (0,2g pga contour). Daarbinnen bevond zich één locatie van de Ommelander Ziekenhuis Groep. De ziekenhuislocatie is inmiddels gesloten en daarom niet opgenomen in het zorgprogramma. Ook een tweetal locaties in Slochteren en Appingedam is vanwege (aanstaande) sluiting niet opgenomen. De Stuurgroep heeft de contour als uitgangspunt genomen en aangevuld met de kernen Bedum, Delfzijl en Siddeburen. In deze kernen is sprake van een clustering van zorggebouwen op de rand van de contour en de contour doorkruist kernen en gemeentegrenzen.

De zorginhoudelijke ontwikkelingen vragen om een bredere scope dan alleen de intramurale zorg: de keten moet goed geschakeld zijn van gezondheid tot specialistische zorg. Dat maakt dat er in dit plan af en toe een uitstap naar gezond wonen en preventie wordt gemaakt. Ook werk, dagbesteding en leren zijn onderdeel van de zorg voor verstandelijk gehandicapten en mensen met psychische aandoeningen.

### 1.3. Advies over versterken

Op verzoek van de Stuurgroep is met de NCG afgesproken dat voor zorggebouwen die aan bovenstaande definitie voldoen voortvarend een versterkingsadvies opgesteld wordt. Dat betekent dat 70 zorggebouwen zijn geïnspecteerd en doorgerekend op benodigde versterkingsmaatregelen. Voor 26 zorggebouwen geldt dat er al voor de zomer van 2017 gestart was met doorrekenen van de bevingsbestendigheid. Daarom is het doorrekenen voor deze gebouwen op basis van de NPR<sup>2</sup> 2015 uitgevoerd, voor 44 gebouwen wordt de NPR 2017 gehanteerd.

Conform afspraak zijn de versterkingsadviezen van zorggebouwen per 1 juli 2018 opgeleverd aan NCG. Na validatie komen de adviezen beschikbaar voor de eigenaren/gebruikers. Als er voor 1 oktober 2018 duidelijkheid is, kunnen de uitkomsten zo nodig gespiegeld worden aan de nieuwe veiligheidsinzichten die de minister van EZK voor de zomer van 2018 heeft ontvangen. Is dit niet het geval, dan vormen de gevalideerde versterkingsadviezen uitgangspunt van realisatie. Bewoners, familie, medewerkers, cliëntenraden en ondernemingsraden zijn/worden tijdig geïnformeerd over de uitkomsten.

### 1.4. Visie op zorg

De Stuurgroep heeft in april 2017 opdracht gegeven om bij alle stakeholders (bewoners, zorggebruikers, zorgprofessionals, gemeenten, corporaties, zorgkantoor/verzekeraar) te rade te gaan voor de visie op het toekomstig zorglandschap. Het bureau HHM heeft dit onder andere via groepsinterviews gedaan. Vervolgens is het "Toekomstperspectief op zorg in de aardbevingsregio" opgesteld (september 2017). De Stuurgroep heeft besloten dit toekomstperspectief verder te concretiseren via drie 'subregionale tafels'. In mei 2018 hebben de subregionale tafels het resultaat per subregio opgeleverd.

Ondanks soms moeizame gesprekken en voortgang is er meer dan voorheen sprake van samenwerking in het netwerk in deze regio. Ook is er richting gegeven aan de toekomst en zijn er acties benoemd.

In voorliggend plan zijn voorstellen uit de drie subregionale plannen meegenomen en verder aangevuld. Zo ontstaat een samenhangend en ambitieus programma om adequate zorg in de regio te waarborgen. De Stuurgroep is zich bewust dat realisatie veel vraagt van alle betrokkenen.

---

<sup>2</sup> NPR = nationale praktijk richtlijn

## 2. Urgente opgave voor de regio

### 2.1. Waarom veranderen?

Om kwalitatief goede en duurzame zorg te kunnen blijven bieden in de toekomst zijn veranderingen in de regio nodig. Een combinatie van factoren leidt tot deze noodzaak tot verandering:

- In de regio wonen relatief veel mensen met een lage sociaal-economische status. Zowel het gemiddeld opleidingsniveau als gemiddelde inkomen is in de regio lager dan in Nederland. Het percentage mensen met een uitkering is daarentegen hoger. Illustratief is het gemiddeld jaarinkomen per inwoner: was dit in Nederland €23.000,- per jaar, in de regio ligt het gemiddelde jaarinkomen tussen €19.500,- en €21.000,- (Bron CBS bewerkt door HHM, sept 2017)
- Er is krimp, waardoor leefbaarheid in kernen onder druk staat. In de aardbevingsregio daalt het aantal inwoners tot 2032 met circa 11% ten opzichte van 2017 (Bron Primos bewerkt door HHM, sept 2017). Dit heeft gevolgen voor de voorzieningen in kernen.
- De vergrijzing in combinatie met ontgroening. In 2032 zal 31% van de inwoners van de regio 65 of ouder zijn, in 2017 was dit 22%. In Nederland zal 24% van de inwoners op dat moment 65 jaar of ouder zijn. Daarentegen is naar verwachting 44% van de inwoners in de regio jonger dan 44 jaar ten opzichte van 51% van de mensen in heel Nederland (bron Primos bewerkt door HHM, sept 2017).
- De toenemende druk op een afnemend aantal mantelzorgers. Door de ontgroening zijn er minder mantelzorgers in de regio, terwijl het aandeel ouderen in de regio toeneemt. In combinatie met de zorginhoudelijke ontwikkelingen (langer thuis, participatie) neemt de druk op de mantelzorgers toe.
- Er is net als elders in Nederland een tekort aan zorgpersoneel en behandelaars als psychiaters, artsen voor verstandelijk gehandicapten, specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen in de regio. Niet voor niets heeft VWS diverse stimuleringsmiddelen ingezet om het werken in de zorg te promoten. In combinatie met de sterkere ontgroening/krimp kan deze regio moeilijk aan gekwalificeerd personeel komen. Er zijn (langdurig) openstaande vacatures, er is een knelpunt rondom inval/flex-medewerkers en door vacatures is er verhoogde werkdruk bij het zittende personeel.
- Er zijn technologische en zorginhoudelijke veranderingen. Er vindt verschuiving plaats van intramurale zorg naar meer participatie, meer meedoen en langer thuis wonen. Dat vraagt om samenredzaamheid en voldoende mantelzorgers. Via technologie wordt het meer en meer mogelijk om nachtzorg anders vorm te geven, net als zorg op afstand en regie op de eigen gezondheid.
- Verduurzaming van zorg(vastgoed). De gebouwen waarin zorg geleverd worden dienen energieneutraal te zijn.
- Ouderen willen nog steeds wonen en leven in een veilige en geborgen (eigen) omgeving. De wens naar eigenheid/eigen keuzes wordt steeds prominenter. Dat vraagt om creativiteit en maximaal benutten van nieuwe concepten.

### 2.2. Urgentie

Bovengenoemde factoren zijn elk op zich doorslaggevend voor verandering in zorg en vastgoed. De genoemde factoren spelen ook in een aantal andere regio's. Dit deel van Groningen heeft daarbovenop te maken met aardbevingsproblematiek. De veiligheid van en onzekerheid bij kwetsbare inwoners en zorgverleners zijn in het geding: een (belangrijk) deel van de huidige zorggebouwen zal naar

verwachting moeten worden versterkt. Dit kan betekenen dat er fors verbouwd moet worden, dan wel dat sluiting en/of nieuwbouw de voorkeur verdient. Uitgangspunt is dat gebouwen die niet voldoen aan de veiligheidsnorm binnen vijf jaar aan de norm moeten voldoen (Meerjarenprogramma NCG, 2017-2021, 23 december 2016, p46). Dat vraagt om het versneld doorvoeren van de veranderingen. Naast de objectiveerbare veiligheid moet onderkend en rekening gehouden worden met het door direct betrokkenen beleefde gevoel van onveiligheid. Ook dit vraagt van alle partijen een extra inzet.

Het gaat om een ingewikkelde opgave die noopt tot een intensieve samenwerking met een breed scala aan partijen: van zorgaanbieders en gebouweigenaren tot en met overheden en zorgkantoor/zorgverzekeraars. De samenwerking in dit versnelde tempo vraagt veel van alle partijen én kan veel opleveren. De energie en dynamiek moet worden benut om met passie toekomstbestendige zorg in Groningen te realiseren.

De Stuurgroep is van oordeel dat de nu voorgestane 'spiegeling' van de uitkomsten niet tot vertraging mag leiden.

De gesprekken en acties tot nu toe stemmen hoopvol. Naast de direct betrokken zijn er verschillende potentiële partners die een bijdragen kunnen leveren. De gesprekken met hen zijn positief verlopen (zie hoofdstuk 4).

### 3. Randvoorwaarden voor succes

Implementatie van dit plan gaat niet vanzelf. Direct betrokkenen zijn zich goed bewust van hun eigen verantwoordelijkheid. Een ieder houdt de eigen verantwoordelijkheid om gezamenlijk te waarborgen dat de inwoners van deze regio kwalitatief goede zorg kunnen blijven ontvangen. Het gaat dan om aanbieders van zorg, de eigenaren van gebouwen, de gemeenten, het Rijk, het zorgkantoor en de zorgverzekeraars.

Onder verantwoordelijkheid nemen, verstaan we ook een reële bijdrage leveren aan het realiseren van het toekomstige zorglandschap in Groningen. Vastgoedeigenaren en zorgaanbieders zullen dus bereid moeten zijn eerder dan gepland additionele investeringen te doen. Kansrijk en toekomstbestendig versterken van zorg in de aardbevingsregio betekent delen van verantwoordelijkheid en bundelen van bijdragen. Soms zal het algemeen belang moeten prevaleren boven het eigen belang. Samenwerking is de basis van goede zorg. Dit betekent dus de bereidheid eventueel negatieve gevolgen van dit plan voor één organisatie gezamenlijk te dragen.

Echter, tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat zonder de beschikbaarheid van additionele externe financiering realisatie niet mogelijk is.

#### 3.1. Bouwdepots

Om de versterking te kunnen bundelen met zorginhoudelijke veranderingen is het noodzakelijk dat er in samenhang gewerkt kan worden aan de versterking/vernieuwing van zorggebouwen. De versterkingsmiddelen voor alle zorggebouwen zouden beschikbaar moeten komen in één of meerdere bouwdepots. Daarbinnen is er de mogelijkheid om de versterkingsmiddelen van het ene zorggebouw te bundelen met de versterkingsmiddelen van andere zorggebouwen. De versterkingsmiddelen van zorggebouwen die gesloopt moeten worden, dienen inzetbaar te zijn en te blijven voor nieuwe vormen van zorg elders in de aardbevingsregio. Hiervoor moeten sluitende afspraken (o.a. over waarde van een gebouw) worden gemaakt met de voor de financiële afhandeling van de versterking verantwoordelijken. Dit laat het uitgangspunt onverlet dat de gebouweigenaren samen met de zorgaanbieders primair verantwoordelijk zijn voor de inzet van de versterkingsmiddelen en aanspreekbaar zijn voor de noodzakelijke investeringen.

#### 3.2. Versterkingsadviezen en realisatie-ambitie

De plannen in deze notitie zijn mede gebaseerd op de ervaring tot nu toe: uit de reeds beschikbare versterkingsadviezen van zorggebouwen op basis van de NPR 2015 en deels NPR 2017 blijkt dat er grondig verbouwd en vernieuwd moeten worden om veilig genoeg te zijn voor de kwetsbare groep die zorg nodig heeft.

Zo snel mogelijk na de zomer dient duidelijk te zijn welke maatregelen nodig zijn, zodat er nog in 2018 gestart kan worden met het realiseren van een veilige woon- en leefomgeving voor de bewoners, medewerkers en vrijwilligers in de zorggebouwen.

De mate waarin er versterking van zorggebouwen nodig is, beïnvloedt de realisatie van de plannen. Daarnaast wordt de realisatie beïnvloed door middelen die voor het toekomstperspectief beschikbaar komen.

Er zijn drie scenario's:

- aanpassing in realisatietermijn
- aanpassing van ambitieniveau
- aanpassing in termijn én ambitieniveau.

Bij een forse versterkingsopgave zal het toekomstige zorglandschap snel (binnen vijf jaar) gerealiseerd moeten zijn. Dat vraagt om het naar voren halen van investeringen.

Wanneer de versterkingsopgave minder omvangrijk is, zal er voor de nieuwbouwprojecten wellicht meer beroep op externe middelen gedaan worden om de ambitie te realiseren. In het andere geval zal het wellicht langer duren om alle aspecten van de plannen te realiseren en/of zal het ambitieniveau moeten worden aangepast. Bij een lichte versterkingsopgave kan immers vaker gekozen worden voor het versterken van het gebouw.

### 3.3. Tijdelijke huisvesting

Het uitvoeren van de versterking van een gebouw kan – zo blijkt tot nu toe uit de versterkingsadviezen- alleen bij een leegstaand gebouw. Grootschalige verbouwingen geven te veel overlast. Het gebouw is dan niet bruikbaar voor de kwetsbare doelgroep. Het uitgangspunt is zoveel mogelijk tijdelijke huisvesting voor deze doelgroep voorkomen. Mede daarom wordt in veel gevallen gekozen voor nieuwbouw. In sommige gevallen zal tijdelijke huisvesting echter nodig zijn. Duidelijk is dat verhuizen veel vraagt van cliënten en personeel in zorg. Het veranderproces heeft veel impact op cliënten. Het zal tenminste stress en soms verergering van problematiek met zich meebrengen. Vertragingen/veranderingen gedurende het proces zijn voor een deel van de doelgroep niet te begrijpen of te veel. Een grondige voorbereiding en doelgroep-georiënteerde aanpak (maatwerk) is essentieel.

Daarnaast brengt (omvangrijke) tijdelijke huisvesting aanzienlijke incidentele kosten met zich mee. Afhankelijk van de wijze van invulling zullen de kosten zeer variëren. In de normatieve huisvestingscomponent is voor nieuwbouw of interimhuisvesting €27.000,- per wooneenheid beschikbaar, bij een looptijd van 30 jaar. De eerste voorlopige berekeningen wijzen uit dat de kosten hoger zullen liggen.

Om deze redenen wordt gestreefd naar zo min mogelijk verhuisbewegingen. Eventuele tijdelijke huisvesting moet minimaal voldoen aan de kwaliteit van het zorggebouw waar men uit vertrekt en mag niet onveiliger zijn dan het gebouw dat men verlaat. Met de IGJ i.o. en VWS zijn hierover reeds de eerste verkennende gesprekken gevoerd.

Tijdelijke huisvesting is maatwerk en de inzet is om daarbij zo kosteneffectief mogelijk gebruik te maken van tijdelijke huisvesting: bijvoorbeeld door een roulatie in gebruik, en/of door gebruik te maken van de tijdelijke voorziening in Ten Boer. De kosten voor de tijdelijke huisvesting komen voor rekening van de aansprakelijke partij voor de aardbevingsproblematiek.

### 3.4. Mobiliteit en bereikbaarheid

Een goede ontsluiting van de regio, vooral ook tussen dorpen/kernen, is essentieel. De in de regio aangewezen kerndorpen (o.a. in de woon- en leefbaarheidsplannen benoemd) hebben veelal een spoorverbinding. Een goede bereikbaarheid van woon-zorgvoorzieningen (fiets, OV, auto) en een toegankelijke leefomgeving draagt bij aan eigen regie en sociale contacten. En, effectiviteit voor organisaties/medewerkers. Schone mobiliteit is de wens. Nader bezien moet worden of uitvoering van het voorliggende plan leidt tot een aanvullende opgave voor mobiliteit en bereikbaarheid.

### 3.5. Duurzaamheid en circulariteit

Vooruitkijkend naar de toekomst is het van belang om duurzaam te bouwen; energieneutraal, gasvrij en zoveel mogelijk gebruik makend van hernieuwbare en gezonde grondstoffen. Daarbij gelden voor de zorginfrastructuur ook elementen als omkeerbaar en multifunctioneel bouwen.

Herbestemmen van gebouwen en materialen is een andere kant van duurzaamheid; het zo goed mogelijk gebruik maken van bestaand (maatschappelijk) vastgoed.

Alle betrokkenen moeten uitgedaagd om nieuwe bouwconcepten te zoeken. De eerste gesprekken met de Rijksbouwmeester tonen aan dat dit zondermeer perspectiefrijk is.

### 3.6. Flexibiliteit in gebruik van vastgoed

Het vastgoed zelf ('de stenen') is beperkt flexibel, het gebruik van vastgoed moet dat wel zijn. Toekomstbestendig vastgoed gaat gezien de ontwikkelingen meer en meer samen met multifunctionele mogelijkheden van het vastgoed. Voor zorg betekent dit dat de basis een woonsituatie is waar al dan niet zorg en diensten geleverd worden door een of meer verschillende zorgaanbieders ook uit verschillende zorgsectoren.



Door de gebouweigenaar en de zorgaanbieder van elkaar te scheiden wordt flexibiliteit bevorderd. Dat maakt het bijvoorbeeld gemakkelijker om meerdere gebruikers in een gebouw te vestigen -al dan niet opeenvolgend. De gebruikers kunnen naast zorgaanbieders, dienstverleners, individuele huurders ook (maatschappelijke) organisaties zijn die de leefbaarheid in een kern bevorderen. De Woningwet stelt beperkingen aan het gebruik van vastgoed van corporaties. Dit kan botsen met de lokaal gewenste flexibiliteit van het gebruik.

Corporaties verhuren sociale woningen passend bij het inkomen van de huurder. Dit bemoeilijkt soms een effectieve inzet van geclusterde ouderenwoningen en een optimale woonsituatie voor het leveren van zorg.

### **3.7. Bestemmingsplannen en contingentering**

Ruimtelijke ordeningsprincipes c.q. bestemmingsplannen moeten de gewenste flexibiliteit faciliteren. Zorg wordt in toenemende mate onafhankelijk van de woonvorm (intramuraal of zelfstandig wonen met zorg). Vraagstukken als woningcontingentering krijgen daarmee een andere invalshoek: flexibel inzetten van appartementen heeft geen netto effect op de woningvoorraad, maar mogelijk wel op de verhouding naar typologie binnen de woningvoorraad.

Gemeenten en provincie zijn bereid om, net als bij de regionale woon-en leefbaarheidsplannen, hier maximaal aan mee te werken. Niet de aantallen, maar de kwaliteit van de woningen en woonruimte worden voorop gesteld.

### **3.8. Positieve gezondheid**

Gezondheid wordt gezien als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

In een goede keten van gezondheid naar specialistische zorg zijn alle schakels met elkaar verbonden en gericht op de verschillende aspecten van leven, gezondheid en welbevinden.

Vernieuwing in de intramurale zorg heeft alleen kans van slagen als er voldoende en kwalitatief goede preventieve en lichte vormen van zorg beschikbaar zijn en alternatieve vormen van wonen. Een goede en intensieve samenwerking met de eerstelijnszorg is dus noodzakelijk. Zo kan ook (duurdere) zorg voorkomen worden. Dit voorliggende veld van zorg is weliswaar geen expliciet onderdeel van dit plan, maar wel van belang. We roepen alle partijen expliciet op om de eigen rol maximaal waar te maken waar wenselijk in gezamenlijkheid. Hiertoe hoort ook het realiseren van een gezonde en toegankelijke woonomgeving en voldoende ontmoetingsplaatsen.

### **3.9. Relatie met toezichthouders en regulering**

Zorgaanbieders en corporaties hebben allen te maken met toezichthouders. Genoemd kan worden:

- Autoriteit Consument & Markt (ACM)
- Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd i.o. (IGJ i.o.)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Autoriteit woningcorporaties
- Zorgkantoor en zorgverzekeraars
- Waarborgfonds voor de zorg (Wfz), waar zorgaanbieders thans leningen hebben uitstaan
- College sanering zorginstellingen.

Met de ACM is al een aantal keren verkennend gesproken. Daarbij is onderkend dat er in de aardbevingsregio sprake is van een bijzondere situatie. Volgens de ACM is er, mede gezien de regionale context veel ruimte voor zorgaanbieders om met elkaar samen te werken om de continuïteit van zorg te waarborgen en/of de kwaliteit te verhogen. Vanuit mededingingsoogpunt is het belangrijk dat partijen in hun plannen een afweging blijven maken tussen de continuïteit/kwaliteit van zorg enerzijds en keuzemogelijkheden voor de cliënt anderzijds. Transparantie over dergelijke afwegingen en een duidelijke rolinvulling door zorgkantoor/zorgverzekeraars is daarbij een randvoorwaarde. De ACM heeft aangegeven graag bereid te zijn om waar nodig mee te denken bij

mededingingsvraagstukken die partijen in Groningen mogelijk tegenkomen bij de uitwerking van de concrete samenwerkingsplannen.

Met de Inspectie Gezondheid en Jeugd (in oprichting) is gesproken over hoe zij kunnen bijdragen aan het borgen van de kwaliteit van zorg in de komende periode. De inspectie is gemotiveerd om hier actief een rol te pakken en in overleg met partijen zal het onderwerp tijdens inspectiebezoeken worden meegenomen.

Met het ministerie van VWS is al gesproken over de mogelijkheid om via pilots/experimenten extra ruimte en regelvrijheid te realiseren. Hiervoor is/wordt ook nog gesproken met de NZa.

Met de Autoriteit woningcorporaties wordt samen met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties (BZK) gesproken over de noodzakelijke ruimte voor corporaties om hun bijdrage te kunnen realiseren: welke mogelijkheden zijn er wat betreft passend toewijzen aan voor zorg geschikte woningen, flexibiliteit in gebruik en multifunctionaliteit van gebouwen.

## 4. Partners

Voorliggend beeld van het toekomstig zorglandschap in Groningen is tot stand gekomen door een combinatie van zorgvragers en zorgaanbieders. Uiteraard zijn het met name de zorgaanbieders en vastgoedeigenaren die de visie moeten realiseren. Zij kunnen dit niet alleen: integrale en inclusieve plannen realiseren is alleen mogelijk als er samengewerkt wordt. De samenwerking vindt plaats met vele partijen. Hieronder worden enkele sleutelspelers benoemd.

### 4.1. Bewoners en lokale initiatieven

De zorg in Nederland kan niet zonder bewoners, mantelzorgers en vrijwilligers. De informele zorg die zij bieden is een verlengstuk van en zelfs voorkoming van de formele zorg.

Bij de voorbereiding van dit plan zijn via HHM bewoners betrokken. Lokale initiatieven en Groninger Dorpen<sup>3</sup> zijn bij de invulling en verdere concretisering van dit plan essentieel. De aansluiting kan bijvoorbeeld gevonden worden via het netwerk Zorgzame Dorpen Groningen.

### 4.2. Gemeenten

Gemeenten hebben diverse rollen in de realisatie van het zorglandschap van de toekomst. Als volksvertegenwoordiging passen zij de plannen in bij integrale plannen als woon- en leefbaarheidsplannen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor afspraken met corporaties en gebouweigenaren over levensloopbestendige woningen en woonomgevingen. Als inkoper van WMO- & jeugdzorg dragen zij bij aan de keten van gezondheid tot zorg. De gemeenten hebben toegezegd volop bereid te zijn waar mogelijk bij te dragen. Dat zal nodig zijn op het gebied van vergunningen, woningcontingenten/prestatieafspraken en multifunctionele ontmoetingsruimten.

Zo is de in oprichting zijnde gemeente Het Hogeland bezig om invulling van de voorstellen in dit plan nader te verbinden met de overige vormen van (in)formele zorg via WMO, PGB, eerstelijnszorg etc. De gemeenten die samen DAL gaan vormen zijn al actief in gesprek met aanbieders van zorg over de realisatie van nieuwbouw/verbouw. De gemeente Midden-Groningen stimuleert de aanbieders van zorg, lokale initiatieven en leefbaarheidsprojecten tot nadere samenwerking.

Gemeenten kunnen dus door besluiten ten aanzien van ruimtelijke ordening en door gerichte investeringen bijdragen om verbindingen met andere sectoren (onderwijs, welzijn, participatie) daadwerkelijk te realiseren. Daarnaast dragen zij bij door het stimuleren van de verbinding tussen formele en informele zorg.

### 4.3. Menzis

Menzis zorgkantoor en zorgverzekeraar zijn vanuit hun zorgplicht mede verantwoordelijk voor het borgen van kwaliteit van de zorg voor de inwoners van het aardbevingsgebied. Vanuit deze verantwoordelijkheid onderkennen zij de noodzaak en de urgentie om tot aanpassingen in het gebied te komen. Menzis is actief betrokken bij het zoeken naar en bijdragen aan oplossingen en voelt zich daar verantwoordelijk voor.

Het borgen van toekomstbestendigheid kan er volgens Menzis toe leiden dat een woonvorm in een kern niet levensvatbaar is en er dus besloten moet worden deze te beëindigen. En mogelijk wordt er een woonzorgvorm elders gebouwd met een continuüm van cure en care. Als deze beide makkelijk zijn op te schalen, hoeven mensen met toenemende beperkingen niet meer te verhuizen.

### 4.4. Provincie Groningen

De provincie ziet voor zichzelf een rol in het op gang brengen en houden van de vernieuwing om zorg in het gebied te realiseren en zo de kwaliteit en leefbaarheid te borgen. In dat kader heeft de provincie Groningen in 2017 subsidie verstrekt aan de gemeente Winsum en De Hoven; in 2018 is € 500.000, - beschikbaar gesteld voor de ontwikkelingen in Delfzijl. De ontwikkelingen zelf en de effecten daarvan op de leefbaarheid vormen de aanleiding (zie Addendum Zorg van het Uitvoeringsprogramma Leefbaarheid van de provincie Groningen).

---

<sup>3</sup> Groninger Dorpen levert bewoners/dorpen kennis, kunde, netwerken

Er zijn twee subsidieregelingen:

1. Zorgvoorzieningen en Regionale Zorgprojecten: bedoeld voor het mede mogelijk maken van projecten van vooral zorginstellingen en gemeenten.
2. Bewonersinitiatieven zorg: bedoeld voor het ondersteunen van projecten van inwoners.

De focus ligt vooral op het ondersteunen van projecten met een vernieuwend en sector overschrijdend karakter en projecten die de kloof tussen formele en informele zorg dichten.

De provincie verbindt zich ook op langere termijn aan het borgen van kwaliteit van zorg in Groningen zoals verwoord in dit plan.

#### **4.5. Rijksbouwmeester**

De Rijksbouwmeester adviseert het Rijk gevraagd en ongevraagd over kwesties van architectonische kwaliteit en de grote ruimtelijke thema's. Hierbij moet worden gedacht aan advisering over transities in het landelijk gebied, huisvesting voor vluchtelingen en innovatieve vormen van zorg.

De komende twee jaar zal de Rijksbouwmeester op het terrein van zorg diverse activiteiten ontplooiën. Centrale vraagstelling is: hoe kan de innovatieve kracht van ontwerpers worden ingezet om de grote veranderingen in de zorgstructuur te ondersteunen? Met "WHO CARES Community of Practice" worden voor een periode van 2 jaar innovatieve vormen van wonen, ondersteuning en zorg gestimuleerd. VWS stelt hiervoor middelen beschikbaar.

Met de Rijksbouwmeester zijn al verschillende gesprekken gevoerd. De Rijksbouwmeester is zeer gemotiveerd om vanuit zijn invalshoek een bijdrage te leveren.

Met expertise, workshops, ontwerpprijsvragen zal de Rijksbouwmeester met zijn Community een bijdrage leveren aan Groningse projecten om het zorgaanbod adequaat passend te maken met de actuele vraag naar zorgarrangementen. De belangrijkste uitgangspunten van (nieuwe) zorggebouwen zijn opgenomen in hoofdstuk 5.

#### **4.6. Rijksoverheid**

Deze bijzondere situatie vraagt om integrale oplossingen. Dat betekent dat diverse ministeries een rol spelen in de realisatie van voorliggend plan:

- Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties (BZK)
- Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)
- Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OC&W)
- Economische Zaken en Klimaat (EZK)

Tijdens een werkbezoek van minister van VWS, Hugo de Jonge, op 9 april 2018 is indringend gesproken over hoe wenselijk het is te komen tot een integrale visie. Afgesproken is dat de minister in oktober 2018 de voorliggende invulling van het zorglandschap komt bespreken. Hij ondersteunt innovatieve en goede toekomstplannen in de regio Groningen zoals verwoord in dit plan van harte en heeft toegezegd om waar mogelijk een (inhoudelijke) bijdrage te leveren. Ambtelijk is VWS-vertegenwoordigd in de Stuurgroep Zorg- nauw betrokken bij de voorbereiding van dit plan.

Met de andere departementen zal – via VWS – gesproken worden over de mogelijkheden om vanuit hun verantwoordelijkheden een inhoudelijke of financiële bijdrage op onderdelen te leveren.

#### **4.7. NAM/ aansprakelijke partij voor aardbevingsgevolgen**

NAM is de partij die aansprakelijk is voor versterking van gebouwen als gevolg van gaswinning.

Uiteindelijk zullen er afspraken met NAM gemaakt moeten worden over de versterkingsmiddelen. De Stuurgroep Zorg heeft aan de NCG aangereikt wat naar haar oordeel de belangrijkste financiële kaders dienen te zijn. De NCG gaat in overleg met de aansprakelijke partij om de kaders voor het versterken van zorggebouwen af te spreken.

#### **4.8. Banken**

Er is oriënterend gesproken met een van de grote banken in de regio over de opgave voor zorg in de aardbevingsregio. Daar bestaat de bereidheid om deskundigheid beschikbaar te stellen voor voorliggend plan. Afgesproken is om op korte termijn aan tafel te gaan om onder andere te bezien wat realisatie van dit plan voor financiering kan betekenen.

## 5. VISIE ZORGLANDSCHAP VAN DE TOEKOMST

De start van kansrijk versterken in de zorg is een gezamenlijke visie op het zorglandschap van de toekomst. De unieke samenwerking in de Stuurgroep heeft er toe geleid dat de partijen in de aardbevingsregio meer en meer samenwerken en elkaar benutten.

### 5.1. Doel

#### 5.1.1. Fijn en gezond wonen met zorg, thuis of zoals thuis

Het doel is dat Groningers nu en in de toekomst kwalitatief goede zorg ontvangen: zo lang mogelijk wonen de Groningers thuis en krijgen daar de zorg en begeleiding die nodig is via zorg op afstand of fysiek aan huis. Als het thuis niet meer gaat, kunnen zij zoals thuis veilig wonen in zorginstellingen passend bij de levens- en zorgbehoefte.

Het gaat om het realiseren van een veilig thuis voor (kwetsbare) mensen binnen een gemeenschap waar iedereen betekenisvol is. Actieve inwoners helpen elkaar. De zorg is onderdeel van deze gemeenschap even als andere (collectieve) voorzieningen. Het gaat dus om leefgemeenschappen waarin jong en oud in het dagelijks leven samenhang vinden voor welbevinden. Waar nodig verhuist de zorg mee met de mensen.

Zorg op maat vraagt in de regio om oplossingen die:

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

Een aantrekkelijke arbeidsmarkt en innovatie zijn een belangrijke randvoorwaarden voor het realiseren van dit doel.

Daarnaast heeft de Stuurgroep de uitgangspunten voor zorgvastgoed bepaald.

#### 5.2. Belangrijkste uitgangspunten vernieuwing zorgvastgoed

De uitgangspunten van verdere vernieuwing van zorgvastgoed luiden, in willekeurige volgorde, als volgt:

- a. het vastgoed huisvest gemêleerde (groepen van) bewoners: zorg/geen zorg, zorgsector-overstijgend en voor alle leeftijden, dat kan door een scheiding eigenaar/gebruiker;
- b. de gebouwen zijn relatief kleinschalig: er is een maximale concentratie van 80 bewoners/cliënten op één terrein;
- c. de gebouwen onderscheiden zich niet zichtbaar als een zorggebouw ten opzichte van de panden in de omgeving;
- d. het ontwerp faciliteert optimale flexibiliteit van het gebouw, bijvoorbeeld doordat de functie van een zorggebouw te zijner tijd om te zetten is naar een andere functie of naar particuliere woningen.
- e. de bouw is circulair en energieneutraal;
- f. er wordt optimaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden van e-health/domotica;
- g. het ontwerp van de gebouwen én de omgeving vergemakkelijkt het gebruik maken van dorps- en wijkfuncties en vice-versa ;
- h. het ontwerp van het gebouw en de omgeving faciliteert en stimuleert wederkerigheid en geïntegreerd wonen in de wijk: iedereen doet er toe voor elkaar;
- i. er is een gezonde, toegankelijke omgeving die bijdraagt aan de zorg.

Innovatie en inspiratie kan bijvoorbeeld via de Rijksbouwmeester van buiten naar de regio worden gehaald.

### 5.3. Randvoorwaarden: onderwijs, arbeidsmarkt en innovatie

#### 5.3.1. Onderwijs & arbeidsmarkt

Het tekort aan zorgpersoneel groeit, ook in Groningen. Een gezamenlijke arbeidsmarktstrategie en opleidingsbeleid in de zorg is van belang. Dat geldt voor alle opleidingen en functies.

Gezamenlijke loopbaanroutes, omscholing en mogelijkheden voor opleidings-/ervaringsplaatsen zijn essentiële middelen. Ook zijn er kansen voor een gezamenlijke flexpool: medewerkers die flexibel in te zetten zijn bij extra drukke tijden of vakantie-/ziektevervangings.

De veranderingen in zorg en welzijn vragen om andere vaardigheden (bv e-health ontwikkelingen, connectie informele/formele zorg, digitale vaardigheden) van bewoners en van zorgpersoneel en daarmee van opleidingen.

Er lopen meerdere initiatieven en is er een aantal aandachtspunten:

- a. Veel zorgaanbieders trekken samen op via o.a. Zorgpleinnoord (zorgpact noord, RAAT). Het verbinden van life sciences & health sector aan de praktijk kan bijdragen. Met de regionale actieplannen aanpak tekorten (RAAT) zijn werkgevers in de gelegenheid om scholing te bieden aan nieuwe medewerkers of boventallige medewerkers om te scholen en zo extra doorstroomplekken te creëren. Het ministerie van VWS steunt de werkgevers financieel met 50% in de kosten; de overige 50% wordt door de samenwerkende regionale werkgevers betaald. Voor heel Nederland is tot 2021 in totaal 320 miljoen beschikbaar gesteld door het ministerie van VWS.
- b. [www.sterkinjewerk.nl](http://www.sterkinjewerk.nl) biedt ondersteuning met een gratis en vrijblijvend gesprek met een onafhankelijk loopbaanadviseur, gericht op een baan in zorg en welzijn. Sterk in je werk is primair voor mensen die al in zorg of welzijn werken, maar een verdere stap in hun loopbaan overwegen. De regeling staat ook open voor mensen die nog niet in de zorg of welzijn werken, maar dit wel willen gaan doen. Voor geheel Nederland is ruimte voor in totaal 25.000 persoonlijke loopbaangesprekken, verdeeld over de arbeidsmarktregio's. VWS ondersteunt het project financieel.
- c. In het kader van de impuls voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg is vanuit VWS in 2018 € 435 miljoen beschikbaar gesteld. Dit bedrag loopt uiteindelijk op naar € 2,1 mld. structureel. Deze extra middelen kunnen worden gebruikt om - op basis van een strategische personeelsplanning - te investeren in voldoende personeel met de juiste vaardigheden en competenties en in het dichterbij brengen van de doelen van het kwaliteitskader. 85% van de middelen is voor personeel, maximaal 15% voor bijkomende zaken. Een hoofddoel van het kwaliteitskader is dat er meer tijd en aandacht komt voor de bewoners. De belangrijkste indicator hierbij is de tevredenheid van de bewoner.
- d. Punt van aandacht is het afnemen van betaalde banen voor lager opgeleid personeel door zorginhoudelijke ontwikkelingen. In de regio zijn er relatief veel mensen ongeschoold of lager opgeleid. Het is van belang juist deze mensen een kans te geven zich te ontwikkelen en tegelijkertijd bij te dragen. Een voorbeeld hiervan is een ouderenzorgaanbieder die via de werkpleinen Ability en Fivelingo werkzaamheden zoals de was laat uitvoeren.
- e. De arbeidsmarktsituatie is een belangrijke reden om bij de invulling van het toekomstperspectief te kiezen voor een onderscheid tussen generalistische voorzieningen en expertisecentra. Deze laatste geven massa en bieden daardoor een aantrekkelijker arbeidsperspectief voor specialisten (zie paragraaf 5.4).

#### 5.3.2. Innovatie

Door het toepassen van technologie kan het langer thuis wonen gemakkelijker worden. Innovatieve technologie draagt bij aan mogelijkheden om zorg op afstand te leveren, maar ook om veilig en gezond te wonen. Centraal in de benodigde technologie staat de vraag van cliënt, mantelzorger en zorgprofessional. Te denken valt aan sensortechnologie, persoonsalarmering, technologie om nieuwe behandelingen / zelf metingen uit te voeren, maar ook aan een persoonlijke gezondheidsomgeving die meer regie op de eigen gezondheidsindicatoren kan bewerkstelligen. Alle partijen in de Stuurgroep zijn zich zeer bewust van de mogelijkheden en willen deze actief benutten. Dat betekent niet zelf het wiel uitvinden, maar op zoek gaan naar bestaande voorbeelden in het land. Enkele noordelijke initiatieven hierin zijn de regiegroep personalized & customized health en de coalitie Gezond Wonen die

levensloopbestendige wonen bevordert. Deze worden ondersteund door het Healthy Ageing Network North Netherlands (HANNN) en Groninger Dorpen.

De regio wil in het kader van dit plan maximaal gebruik maken van de subsidieregelingen die VWS per 1/1/2019 wil openstellen. Eén regeling heeft als doel om zoveel mogelijk mensen (met name ouderen) te ondersteunen in hun wens om langer thuis te wonen door het opschalen en structureel maken van initiatieven waar e-health wordt benut om netwerkzorg te realiseren.

Een andere regeling heeft als doel om mensen te laten beschikken over hun gezondheidsgegevens in één persoonlijke gezondheidsomgeving. Voor initiatieven op dit gebied kunnen organisaties een aanvraag indienen, zodra de regeling open is. Voor de regelingen is thans landelijk € 90 mln. gereserveerd.

Ook zal in dit verband de samenwerking met Economic Board van SNN verder worden verkend.

#### **5.4.Toekomstvisie zorglandschap in de aardbevingsregio**

De aardbevingsbestendige woningen zijn levensloopbestendig en er zijn voldoende woningen waar op elk moment iedere vorm van zorg aangeboden kan worden. Leefbaarheid en noaberschap zijn belangrijke kernwaarden, ontmoeting en participatie zijn wezenlijk onderdeel van het dagelijks leven. Zoveel mogelijk wordt de benodigde zorg thuis, in de eigen omgeving, geleverd.

Soms kan het niet (meer) thuis en is er sprake van zorg met verblijf. Kleinschalige vormen van een beschermde woonomgeving in de nabijheid bieden net die extra zorgmogelijkheden die niet modulair zijn toe te voegen aan woningen. Deze zijn te vinden verspreid in de regio, in dorpen waar ook andere voorzieningen beschikbaar zijn. Veiligheid, gezelligheid, aandacht en ingebed zijn in de dorpsomgeving en het familienetwerk zijn kernbegrippen. Een gebalanceerde combinatie van eigen ruimte en gemeenschappelijke ruimte. Kortom, zo gewoon mogelijk leven.

Daarnaast moet rekening worden gehouden met het feit dat vanwege de Groninger structuur (ruraal gebied, arbeidsmarkt, sociaal-economische situatie) thuiszorg niet altijd mogelijk en afdoende zal zijn en clustering van kleinschalige voorzieningen noodzakelijk blijkt.

Voor de ouderenzorg in Groningen is dit de invulling van 'thuis in het verpleeghuis'. De combinatie van vergrijzing, krimp en extramuralisering betekent dat naar verwachting het aantal huidige verpleeghuisbedden ook de komende twintig jaar nodig blijft (zie ook bijlage 1).

De geestelijke gezondheidszorg biedt meer en meer ambulante begeleiding.

Mensen met een verstandelijke handicap werken zoveel mogelijk in de buurt en het aantal afzonderlijke dagbestedingslocaties neemt door deze participatie af. Het aantal verstandelijk gehandicapten lijkt stabiel te blijven.

Wanneer nodig komen specialisten vanuit één van de expertisecentra (zie hierna) om vragen te beantwoorden en behandelingen te geven. Als dat niet meer in de huidige woonomgeving gaat, is er plek in een beschermde woonomgeving. In clusters van woningen wordt door de zelfgekozen zorgorganisatie bijvoorbeeld verpleegzorg of gehandicaptenzorg geleverd. Mensen in de woonzorgvoorzieningen maken gebruik van de reguliere en multifunctionele ontmoetingsplaatsen dichtbijgelegen in de wijk of het dorp. Dit verbetert het welzijn en de sociale cohesie.

Lokale initiatieven richten zich veelal op het vlak van mantelzorg, participatie en ontmoeten. Deze initiatieven vormen een structurele ondersteuning van de formele zorg.

In het toekomstperspectief is een belangrijke rol voor de realisatie van expertisecentra weggelegd: deze vormen de basis van de specialisten, zoals onder meer benoemd in paragraaf 2.1. Het is een samenwerking tussen medici, paramedici en behandelaars vanuit GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg. De doelen zijn kwaliteit van zorg verbeteren, ketens versterken en kennis/kunde delen. Een ander doel is het verhogen van de inzetbaarheid en capaciteit van specialisten, bijvoorbeeld als het gaat om nachtzorg, avond- en weekenddiensten. Als extra waarborg voor achterwacht en vervanging is onderlinge verbondenheid tussen de expertisecentra nodig. De nauwe samenwerking zal deels virtueel worden ingevuld (netwerkvorming).

De expertisecentra staan open voor vragen van alle intramurale voorzieningen. Als voorbeeld kan genoemd worden: een specialist ouderengeneeskunde behandelt mensen die verblijven bij verschillende zorgorganisaties.

De expertisecentra moeten zich ontwikkelen tot een aantrekkelijke werkomgeving. Dat kan door het multidisciplinaire karakter en de ruimte voor innovatieve kracht.

Het zorgkantoor koopt ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg in bij de diverse zorgorganisaties, zodat er maximale keuzevrijheid is. De zorgorganisaties organiseren het verblijf en de behandeling. De behandeling wordt dan geleverd vanuit het expertisenetwerk. De zorgaanbieders hebben zich gecommitteerd om de twee intersectorale expertisecentra in Delfzijl en in Bedum/Winsum zo snel mogelijk in te richten.



## 6. Vertaalslag naar zorggebouwen in de regio

### 6.1. Totaaloverzicht

Een overzicht van de concrete aanpassingen van de zorggebouwen is in de bijlage opgenomen. Zichtbaar wordt welke verschuivingen er plaatsvinden in zorg, waar gebouwen in ieder geval worden gesloten en waar nieuwbouw de meest geëigende oplossing lijkt. De bijlage is daarmee integraal onderdeel van (bevings-)bestendige zorg in Groningen.

Per saldo leidt dit tot het volgende:

1. op 5 locaties vindt (gecombineerde) nieuwbouw plaats
2. op 8 locaties transformeren aanleunwoningen tot reguliere woningen
3. ca. 200 plaatsen transformeren van verzorging (exclusief behandeling) naar verpleging
4. ca. 270 plaatsen transformeren van intramurale zorg naar scheiden wonen en zorg
5. 12 zorggebouwen worden niet meer in de huidige vorm gebruikt

Zoals eerder gememoreerd zijn een integrale realisatie en het tempo afhankelijk van meerdere factoren.

### 6.2. Kansrijke projecten

Om tot daadwerkelijke 'beweging' te komen zullen in vier kernen op korte termijn nadere afspraken gemaakt moeten worden. Besluitvorming in deze kernen zijn de doorbraken die de onomkeerbaarheid van de beweging markeren.

In Delfzijl is op twee plaatsen nieuwbouw nodig voor een expertisecentrum en voor een (gecombineerde) woonzorgvoorziening in een wijk. In Appingedam is een nieuwe wijk voorzien waarin diverse doelgroepen al dan niet intensieve zorg ontvangen. Een samenwerking tussen eerstelijnszorg en intramurale zorg in Uithuizen is de derde doorbraak die hier genoemd wordt. In Loppersum is een kleinschalige voorziening gewenst die in relatief korte tijd afgeschreven kan worden.

#### 6.2.1. Delfzijl

In Delfzijl zijn twee nieuwbouwprojecten voorzien:

1. Expertisecentrum voor de regio Delfzijl, Appingedam, Loppersum.  
Het expertisecentrum herbergt de specialisten GGZ, ouderenzorg en gehandicaptenzorg (medici, paramedici en gedragswetenschappers). Daarnaast zijn er 40 plaatsen voor geriatrische revalidatiezorg en 10 bedden voor eerstelijnsverblijf (tijdelijke/kortdurende hoog complexe zorg). Bij voorkeur wordt het expertisecentrum gebouwd in de nabijheid van het gezondheidsplein Molenberg (centrum Delfzijl).
2. Een woonzorgvoorziening voor een combinatie van ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Twee ouderenzorgaanbieders en een GGZ-aanbieder willen vanwege comorbiditeit in elkaars nabijheid organisatie- en sectoroverstijgend werken. Dat vraagt om oplossingen in een wijk in Delfzijl, nabij voorzieningen, zodat er zowel mensen midden in een gemeenschap als wat op afstand van het bruisende leven kunnen wonen. Zo gewoon mogelijk met ruimte voor ontmoeting en participatie zijn de uitgangspunten. Op deze locatie komen 24 GGZ-patiënten en 190 verpleeghuisplaatsen in kleine of middelgrote woon-zorgvoorzieningen.

#### 6.2.2. Appingedam

Door een toename van meervoudige en complexiteit van problematiek willen de gehandicaptenzorgorganisaties de specialistische zorg in Appingedam meer scheiden van de generalistische zorg.

Vanwege de komst van een campus, de benodigde versterking en het gegeven dat het gezondheidscentrum aan de andere kant van Appingedam is gesitueerd verplaatst de intramurale ouderenzorg zich naar de nabijheid van het gezondheidscentrum. De wens is om dat te doen op het braakliggende Eendrachtsterrein. Door hier ook de specialistische gehandicaptenzorg te situeren kan er

wat betreft domotica, avond/nacht/weekenddiensten nauw samengewerkt worden tussen ouderenzorg en gehandicaptenzorg.

Belangrijk is daarbij dat mensen 'zoals thuis' in de wijk wonen en er dus een reguliere woonwijk komt, geen specifieke 'zorgwijk' ondanks de bundeling van zorg. De woningen in de wijk dienen geschikt te zijn voor alle leeftijden, met of zonder zorgvragen.

In deze nieuwe wijk komen dan 32-48 cliënten gehandicaptenzorg en 108 verpleeghuisplaatsen.

### **6.2.3. Uithuizen**

In Uithuizen is een nauwe samenwerking tussen GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg met de huisartsenpraktijk voorzien. Uithuizen is immers het kerndorp met de (gezondheidszorg)voorzieningen dichtbij. Fysieke nabijheid gaat daarbij voordelen opleveren. Voor de ouderenzorg gaat het om een kleinschalige verpleeghuisvoorziening van 45 plaatsen, waarvan er bij 15 plaatsen specialistische behandeling mogelijk is.

Daarnaast is er ruimte voor 45 GGZ-cliënten en 60 cliënten gehandicaptenzorg. Meer participeren in de gemeenschap, bij dorpsactiviteiten en een nauwe relatie tussen informele zorg en formele zorg vragen om 'zo gewoon mogelijke' woonzorgvoorzieningen.

### **6.2.4. Loppersum**

In Loppersum zijn partijen al ver met het uitwerken van een plan om het huidige verzorgingshuis met seniorenwoningen er om heen te vervangen door een kleinschalige verpleeghuisvoorziening van 40 plaatsen met daarbij levensloopbestendige woningen op dezelfde locatie. Een directe samenwerking met de Zorgcoöperatie Loppersum vindt plaats bij zowel de ontwikkeling van het terrein als bij een integrale werkwijze voor samenleven, ontmoeten, welzijn, gezondheid en diensten voor mensen met een (intensieve) ondersteuningsvraag.

Hier is sprake van nieuwbouw naast het bestaande gebouw (dus op hetzelfde terrein), zodat het aantal verhuiskwesties minimaal is. De nieuwbouw moet passend zijn in het dorps karakter. Naar verwachting is er vanaf 2040 sprake van een afname van het aantal ouderen in dit gebied. Dat vraagt om een innovatieve oplossing die het mogelijk maakt het vastgoed binnen een termijn van ongeveer 20 jaar af te schrijven dan wel het gebouw daarna alternatief in te zetten.

### **6.2.5. Slochteren**

Vlakbij de historische kern van Slochteren past een kleinschalige ouderenwoon- en zorgvoorziening met een sterke verbinding met het dorp, bijvoorbeeld voor ontmoeting, dagbesteding en dienstverlening. Gunstig voor het gezamenlijke aanbieden van meer intensieve zorg is de onmiddellijke nabijheid van het eerstelijns gezondheidscentrum. Een kleinschalige voorziening met mogelijkheden tot intensievere zorg (bij voorbeeld eerstelijnsverblijf of respijtzorg) vanuit Siddeburen of Noordbroek zal voorzien in de behoefte en biedt kansen voor het ontwikkelen van innovatieve verbindingen. De plek van het huidige Olderloug lijkt hiervoor geschikt.

### **6.2.6. Inrichting expertisecentra**

Aanbieders van zorg zullen op korte termijn de beide expertisecentra moeten realiseren. Allereerst gaat het daarbij om de vraag hoe de (netwerk)organisaties worden ingericht. Daarnaast gaat het om antwoorden op vragen als aansturing, verantwoordelijkheid, financiering en inzet.

Alle aanbieders uit de verschillende zorgsectoren hebben al in meer of mindere mate ervaring met het inrichten van dergelijke samenwerkingsverbanden.

## 7. Hoe verder?

Stapsgewijs:

1. Het voorliggende plan is de basis voor indringende vervolggesprekken met de diverse partners. Het plan wordt in oktober 2018 met de minister van VWS besproken.
2. Als er voor 1 oktober 2018 duidelijkheid is, kunnen de uitkomsten zo nodig gespiegeld worden aan de nieuwe veiligheidsinzichten die de minister van EZK voor de zomer van 2018 heeft ontvangen. Is dit niet het geval, dan vormen de gevalideerde versterkingsadviezen uitgangspunt van realisatie.
3. Opstellen van concrete plannen per gebied/locatie door aanbieder(s) en vastgoedeigenaar in nauw overleg met het zorgkantoor/zorgverzekeraar en de gemeente. NCG biedt hierbij inhoudelijke ondersteuning. Het streven is dat een aantal van de kansrijke projecten deze zomer al verder worden uitgewerkt middels (globale) business cases .

De hiervoor genoemde activiteiten kunnen leiden tot een aanpassing van onderdelen en tot extrapolatie voor het geheel. Hierover kunnen dan macro-afspraken worden gemaakt met o.a. het Rijk en degenen die aansprakelijk zijn voor financiering van de versterking.

4. De projecten worden uitgewerkt in plannen van aanpak met daarin de volgende onderdelen:
  - a. welke processtappen moeten worden doorlopen (oa bepalen verantwoordelijkheden/bevoegdheden/sturing, communicatiestrategie, kosten- en batenanalyse met een risicoanalyse, beslissingscriteria)
  - b. wie is betrokken bij welke processtappen (en wie voert processtap uit)
  - c. tijdsplanning van het proces
  - d. tijdsinschatting personele inzet
  - e. welke randvoorwaarden moeten worden ingevuld om pva uit te voeren
5. Er komt een gedragen plan voor tijdelijke huisvesting, waarin samenwerking en afstemming tussen projecten uitgangspunt is.
6. De komende periode blijft behoefte bestaan aan een Stuurgroep. Deze heeft als belangrijkste taken:
  - monitoren van de voortgang
  - bespreken van afstemmingskwesties zoals tijdelijke huisvesting
  - opschaling bij eventuele knelpunten
  - aanspreekpunt voor partners als het Rijk en banken

## Bijlage 1. Demografische ontwikkelingen

### 1.1 Prognose behoefte aan verblijfszorg, bron HHM

#### 3.1 Prognose behoefte aan verblijfszorg

In onderstaande tabel geven we voor de verschillende zorgsectoren een overzicht van de verwachte behoefte aan verblijf waarbij de aardbevingsregio is verdeeld in drie sub-regio's: Bedum-de Marne-Winsum-Eemmond<sup>2</sup> (Hogeland), Delfzijl-Appingedam-Loppersum (DAL) en Hoogezand Sappemeer-Menterwolde-Slochteren-Ten Boer (Midden Groningen). Het gaat hierbij om het aantal indicaties per zorgsector per jaar.

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

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

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

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

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

<sup>5</sup> Binnen de LG worden voor de Zorgprofielen 1 en 3 geen nieuwe indicaties meer binnen de Wlz afgegeven.

Vanwege de kleinere aantallen binnen de LG-sector is geen nader onderscheid tussen de Zorgprofielen gemaakt.

## 1.2. Aantal 75+-ers in de komende jaren per subregio, bron Mondria Advies (subregionale tafels)

Subr. tafel	Demografie (omvang)			Verhouding
<u>DAL</u>	2017	2030	2040	2017-2040
<b>Delfzijl</b>				
Totaal bevolking	24.814	23.061	21.779	88
Totaal 75+	2.669	3.622	4.323	162
<b>Appingedam</b>				
Totaal bevolking	11.975	11.304	10.704	89
Totaal 75+	1.323	1.977	2.308	174
<b>Loppersum</b>				
Totaal bevolking	9.917	8.856	8.278	83
Totaal 75+	792	1.349	1.614	204

Subr. tafel	Demografie (omvang)			Verhouding
<u>Hoge Land</u>	2017	2030	2040	2017-2040
<b>Eemsmond</b>				
Totaal bevolking	15.662	13.852	12.684	81
Totaal 75+	1.420	2.216	2.562	180
<b>De Marne</b>				
Totaal bevolking	10.092	8.983	8.131	81
Totaal 75+	902	1.390	1.551	172
<b>Bedum</b>				
Totaal bevolking	10.482	9.813	9.417	90
Totaal 75+	799	1.481	1.721	215
<b>Winsum</b>				
Totaal bevolking	13.600	12.639	12.450	92
Totaal 75+	1.084	2.121	2.546	235

<b>Subr. tafel</b>	<b>Demografie (omvang)</b>			<b>Verhouding</b>
--------------------	----------------------------	--	--	-------------------

<b>Midden-Groningen</b>	<b>2017</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>	<b>2017-2040</b>
-------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------

**Hoogezand-Sappemeer**

Totaal bevolking	34.243	33.563	32.433	95
Totaal 75+	3.244	4.761	5.663	175

**Slochteren**

Totaal bevolking	14.753	14.000	13.546	92
Totaal 75+	1.051	1.895	2.298	219

**Menterwolde**

Totaal bevolking	12.166	11.067	10.423	86
Totaal 75+	1.051	1.895	1.919	243

**Ten Boer**

Totaal bevolking	7.291	7.004	6.734	92
Totaal 75+	599	1.335	1.687	282

## Bijlage 2. Overzicht vertaalslag visie naar specifieke gebouwen

In hoofdstuk 6 zijn enkele projecten benoemd. Hieronder is de vertaalslag gemaakt van visie naar alle gebouwen die passen binnen de afbakening van de stuurgroep. Het geheel van visie en vertaalslag maakt het toekomstperspectief (Bevings-)bestendige zorg in Groningen.

Weergegeven is eveneens om hoeveel plaatsen/bedden het gaat. De vetgedrukte locaties zijn intramurale voorzieningen.

Per saldo leidt dit tot het volgende:

1. op 5 locaties vindt (gecombineerde) nieuwbouw plaats
2. op 8 locaties transformeren aanleunwoningen tot reguliere woningen
3. ca. 200 plaatsen transformeren van verzorging (exclusief behandeling) naar verpleging
4. ca. 270 plaatsen transformeren van intramurale zorg naar scheiden wonen en zorg
5. 12 zorggebouwen worden niet meer in de huidige vorm gebruikt

Ad 1.

Het aantal locaties betreft het aantal projecten waarvan bekend is dat er gezamenlijke nieuwbouw plaatsvindt.

Ad 2.

Het gaat om de aanleunwoningen bij het Van Julsinga, De Wending, bij Damsterheerd, bij Wiemersheerd, bij Hippolytushoes, bij Hunsingoheerd, bij De Mieden, bij de Bloemhof.

Ad 3.

Het gaat om een *aantal* plaatsen van Bloemhof, Betingestaete, Opwierde, Damsterheerd, Wiemersheerd, Hunsingoheerd

Ad 4.

Het gaat om plaatsen bij De Mieden, Hunsingoheerd, Hippolytushoes, Wiemersheerd en Damsterheerd

Ad 5.

Het aantal zorggebouwen dat niet meer gebruikt gaat worden bestaat uit het aantal zorggebouwen dat (elders) nieuwgebouwd gaat worden. Vliethoven, Betingestaete, De Brug, Damsterheerd, Opwierde, Gockingahof, Hogewerflaan, Wiemersheerd, De Mieden, Molenerf, Engersma, De Tille.

In onderstaande tabellen zijn niet de dagbestedingsplaatsen voor ouderenzorg (WLZ danwel WMO) opgenomen. Deze waren geen afzonderlijk onderdeel van de versterkingsonderzoeken. Dat laat onverlet dat in de concretisering van de plannen de dagbestedingsplaatsen ouderenzorg een onlosmakelijk onderdeel vormen van de business cases/nieuwbouwplannen.

### Bijlage 2. 1 DAL

In de subregio Delfzijl, Appingedam, Loppersum (DAL) vindt een gemeentelijke herindeling plaats; deze drie gemeenten vormen straks één gemeente. Loppersum en Appingedam bevinden zich bijna geheel in de kern van het aardbevingsgebied. Delfzijl ligt deels in dat gebied; alle intramurale voorzieningen in Delfzijl zijn opgenomen in het zorgprogramma.

## Bijlage 2. 1.1 Delfzijl

De toelichting op de ontwikkelingen in Delfzijl is te vinden in paragraaf 6.2.

Woon-zorgvoorziening Delfzijl	Aantal plaatsen nu <sup>4</sup>	Toekomst				
		Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	Opmerking
<b>Vliethoven</b>	140	--	110 +16	30	-16	30 bedden gaan naar Appingedam 16 bedden komen vanuit Uithuizen naar Delfzijl
<b>Van Julsingha</b>	120	120				
ouderenzorg aanleunwoning	150				150	Reguliere woningen
<b>Betingestaete</b>	83	--	80	3		3 bedden gaan naar Appingedam
De Wending aanleunwoning	30				30	Reguliere woningen
Hoogwatum (seniorenapp.)	112	112				Is al sprake van thuis wonen
<b>Nieuwbouw ouderenzorg</b>	-		+40 GRZ +10 ELV		-40 GRZ -10ELV	Deze bedden verschuiven van Appingedam naar Delfzijl
<b>Kustweg</b>	36	36				
<b>De Brug</b>	24		12		12	Nieuwbouw in samenwerking met ouderenzorg 12 plaatsen betreffen combinatie GGZ en ouderenzorg problematiek
GGZ Bernardlaan (werken, dagbesteding, leren)	23	23				
Jachtlaan (poli GGZ)	18	18				
<b>Ede Staal</b> (gehandicaptenzorg)	27		27			
Totaal aantal plaatsen Ouderenzorg	331	120	256	33	-66	Verschuiving naar ambulante
GGZ	60	36	12		-12	
GZ	27		27			
(aanleun)woningen	292	122			90	

<sup>4</sup> Het gaat hierbij om het maximale aantal "bedden" van een locatie.



## Bijlage 2. 1.2 Appingedam

De toelichting op de ontwikkelingen in Appingedam is te vinden in paragraaf 6.2.

	Woon-zorgvoorziening Appingedam	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderenzorg	<b>Damsterheerd</b>	84		51		33	51 plaatsen door samenwerking GZ, ouderenzorg op Eendrachtsterrein. 33 plaatsen worden regulier wonen
	aanleunwoning	72				72	Reguliere woningen
	<b>Solwerd</b>	40			40		GRZ plaatsen verhuizen naar Delfzijl
	<b>Opwierde</b>	24			24		Samenwerking GGZ, ouderenzorg in Delfzijl
	<b>Nieuwbouw Eendrachtsterrein</b>	0		+33		-33	Er komen 33 plaatsen generalistische verpleegzorg van Delfzijl naar Appingedam
Gehandicaptenzorg	<b>Solwerderweg</b>	48		48			
	<b>Overdiep</b>	24	24				
	<b>Solwerderstraat/Gockinga-hof</b>	29		29			Nieuwbouw op dezelfde locatie
	<b>Hogewerflaan</b>	22		22			Samenwerking GZ, ouderenzorg op Eendrachtsterrein
	<b>Snelgersmastraat</b>	6	6				
	<b>P. Bieremastraat</b>	21	13	8			8 plaatsen verhuizen naar samenwerking GZ, ouderenzorg op Eendrachtsterrein
	<i>Solwerderstraat -werken, dagbesteding, leren</i>	27		27			
	<i>Berjarijke- G. van Saksenlaan</i>	30		30			Combinatie met onderwijs/kinderopvang
	<i>De Riepe -werken, dagbesteding, leren</i>	30	30				
<b>Totaal aantal plaatsen Ouderenzorg</b>		148	--	84	64	0	
<b>GZ (aanleun)woningen</b>		150	43	107		72	Worden reguliere woningen
		72					

### Bijlage 2. 1.3 Loppersum

De toelichting op de ontwikkelingen in Loppersum is te vinden in paragraaf 6.2.

	Woon-zorgvoorziening Loppersum	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderenzorg	<b>Wiemersheerd</b>	60		40		20	40 plaatsen nieuwbouw op hetzelfde terrein 20 plaatsen minder intramurale capaciteit; woningen
	Aanleunwoningen	120-130				120-130	
	<b>Totaal aantal plaatsen Ouderenzorg (aanleun)woningen</b>	60 120-130	--	40		20 120-130	Worden reguliere woningen

## Bijlage 2. 1.4 Middelstum

In Middelstum is er momenteel een verzorgings-/verpleeghuis (Hippolytushoes). Het verpleeghuis sluit in 2019. Gezien de demografische ontwikkeling, de nabijheid van overige woon-zorgcomplexen en de wens om ouderenzorg in nabijheid van voorzieningen te leveren, is er geen toekomst voor een intramurale woon-zorgvoorziening in Middelstum. Wel is er behoefte aan ontmoeting en/of samenleven in Middelstum. Mogelijk zijn er kansen voor het bundelen van lokale initiatieven, langer thuis wonen en vormen van verpleeghuiszorg thuis.

De gehandicaptenzorg in Middelstum wil graag samenwerken en met name voor de dagbesteding zijn er daar kansen.

	Woon-zorgvoorziening Middelstum	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderenzorg	<b>Hippolytushoes</b>	60	--			60	Sluiten: verschuiving van verzorging naar wonen
	aanleunwoningen	20-30				20-30	Regulier wonen
Gehandicapten- zorg	<b>Fraam</b>	21	21				
	<b>Fraamborg 1</b>	10	10				Reeds versterkt
	<b>Fraamborg 2</b>	21	21				
	<b>Hamsterborg</b>	15	15				
	<b>Midlistheem</b>	14	14				
	Werk en dagbesteding De Zijlen	8		8			Nieuwbouw in samenspraak met andere GZ aanbieder
	<b>Totaal aantal plaatsen</b>						
	<b>Ouderenzorg</b>	60				60	
	<b>GZ</b>	81	81				
	<b>(aanleun)woningen</b>	20-30				20-30	

## Bijlage 2. 2 Het Hogeland

De gemeenten Bedum, Winsum, De Marne en Eemsum gaan fuseren tot de gemeente Het Hogeland. Een relatief klein deel van Het Hogeland bevindt zich in de kern van de aardbevingsregio, namelijk Uithuizen, Uithuizermeeden en Bedum. Het noordelijke en westelijke deel van de subregio valt buiten het zorgprogramma. In deze regio zijn enkele leerzame voorbeelden van lokale initiatieven en kleinschalige zorgvoorzieningen actief, zoals Klooster&Buren. Het toekomstig zorglandschap bestaat uit een netwerk van formele en informele zorg. Zorg op afstand en innovatieve technologieën zullen juist ook hier een belangrijke rol spelen.

### Bijlage 2. 2.1 Bedum

In Bedum is een expertisecentrum, waarin de verschillende gehandicaptenorganisaties samen werken. De specialisten gehandicaptenzorg zijn daar fysiek gevestigd en bewerkstelligen een nauwe samenwerking met de specialisten ouderenzorg in Winsum (nu Twaalf Hoven, straks De Tirrel). Ook zijn er verbindingen met het expertisecentrum in DAL. De lichamelijke gehandicaptenzorg, gesitueerd naast het station, is uniek in de regio en zal vanwege de ligging in het expertisecentrum daar blijven. De verstandelijke gehandicaptenzorg in Bedum is goed ingebed in wijken en dat wordt versterkt. Meer en meer vindt er samenwerking met lokale/ buurtinitiatieven voor participatie en ontmoeting plaats, zoals via de Verzoamelstee en het dorpscentrum in Zuidwolde.

	Woon-zorgvoorziening Bedum	Aantal plaatsen nu <sup>5</sup>	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderenzorg	<b>Alegunda Ilberi</b>	84	84				
Gehandicaptenzorg	<b>Ter Laan</b> (betreft ca 15 adressen)	140	140				
	<b>Mensema/Almastraat,</b>	25	25				
	<b>Folkerdastraat</b>	14	14				
	<b>div. appartementen</b>	6	6				
	<b>Ransuil, Reiger, Steenuil</b>	40	40				
	<b>Mensemastraat</b>	8	8				
	<b>Wonen langs de lijn</b>	40-50	40-50				
	<b>Mensemastraat</b>	28	28				
	<b>Totaal aantal plaatsen Ouderenzorg</b>	84	84				
	<b>GZ</b>	301-311	301-311				

<sup>5</sup> Het gaat hierbij om het maximale aantal "bedden" van een locatie.

## Bijlage 2. 2.2. Uithuizen

De toelichting op de ontwikkelingen in Uithuizen is te vinden in paragraaf 6.2.

Husingoheerd verandert in een deel intramurale zorg en een deel wonen met zorg. De ouderenzorg gaat plaatsvinden in samenwerking met gezondheidscentrum, GGZ en gehandicaptenzorg. Op deze manier kunnen specialismen eenvoudiger samenwerken.

	Woon-zorgvoorziening Uithuizen	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderenzorg	<b>Husingoheerd</b>	136		45		91	91 plaatsen worden scheiden wonen zorg, 45 plaatsen intramuraal Nieuwbouw in samenwerking met GGZ, GZ en huisarts
Gehandicaptenzorg	<b>Molenerf</b>	<b>22</b>		30		8	Nieuwbouw in samenwerking met GGZ, ouderenzorg en huisarts. 8 plaatsen verschuiven van elders in Uithuizen naar Molenerf.
	<b>Klinkhamer</b>	<b>25</b>	25				
	<b>Engersma</b>	<b>30</b>		30			Nieuwbouw in samenwerking met GGZ, ouderenzorg en huisarts
	Industrieweg (werk, dagbesteding, leren)	65		50		15	Meer werk, dagbesteding, leren bij ondernemers
GGZ	<b>De Tille</b>	<b>45</b>		45			
<b>Totaal aantal plaatsen</b>							
	<b>Ouderenzorg</b>	136	-	45	-	91	
	<b>GGZ</b>	45	-	45	-	-	
	<b>GZ</b>	77	25	60	-	8	
	(aanleun)woningen	0	-	-	-	0	

### Bijlage 2. 2.3 Uithuizermeeden

De Mieden transformeert in een deel geclusterd wonen waar verpleeghuispakket thuis kan worden geleverd. Voor wat betreft de overige 45 plaatsen in Uithuizermeeden (locatie De Mieden of elders) kunnen mensen langer zelfstandig thuis wonen in geschikte woningen en zal via thuiszorg de benodigde zorg geleverd worden.

	Woon-zorgvoorziening Uithuizermeeden	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderenzorg	<b>De Mieden</b>	69				24 45	24 plaatsen voor (geclusterd) wonen tbv verpleeghuispakket thuis. 45 plaatsen scheiden wonen zorg
	Aanleunwoningen	18				18	
	<b>Totaal aantal plaatsen Ouderenzorg (aanleun)woningen</b>	69 50	--			69 50	Worden reguliere woningen

## Bijlage 2.3 Midden-Groningen

De gemeente Midden-Groningen is per 1/1/2018 gevormd door de voormalige gemeenten Hoogezand-Sappemeer, Slochteren en Menterwolde.

Het noordelijke deel van Midden-Groningen bevindt zich in de kern van het aardbevingsgebied. Siddeburen en Slochteren bevatten intramurale voorzieningen, net als Noordbroek. Bezien moet worden hoe met name de expertisecentra zich verhouden tot Hoogezand-Sappemeer. Dit ligt echter buiten de scope van dit rapport.

### Bijlage 2.3.1 Siddeburen

De wens hier is om meer en meer aan de achterkant samen te werken: op het gebied van nachtzorg en specialisten bijvoorbeeld. Ook participeren in het dorp en aansluiten bij lokale initiatieven zijn hier aan de orde. Zo werkt Cosis mee aan de ontwikkeling van een gezondheidscentrum in Siddeburen.

	Woon-zorgvoorziening Siddeburen	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderen- zorg	<b>Ufkenshuis</b>	75	75				
Gehandi- capten- zorg	<b>De Deel</b>	30	30				
	<b>Siertsheerd</b>	22	22				
	<b>Totaal aantal plaatsen Ouderenzorg GZ</b>	75 52	75 52				

### Bijlage 2. 3.2 Slochteren

In Slochteren is er voor de toekomst behoefte aan een kleinschalige ouderenzorgvoorziening met een sterke verbinding met het dorp. Bijvoorbeeld voor wat betreft ontmoeting, dagbesteding en dienstverlening. 't Olderloug is gesloten en het gebouw is niet meer geschikt (te maken) voor ouderenzorg. De ligging in het dorp is echter goed. Een kleinschalige voorziening met mogelijkheden tot intensievere zorg (bv eerstelijnsverblijf of respijtzorg) via verbinding met Siddeburen of Noordbroek kan voorzien in de behoefte en biedt kansen voor het ontwikkelen van innovatieve verbindingen.

	Woon-zorgvoorziening Slochteren	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
GGZ	<b>Edersheerd (ZVW)</b>	21	21				
	<b>Totaal aantal plaatsen GGZ</b>	21	21				

### Bijlage 2. 4 Ten Boer

De gemeente Ten Boer gaat per 2019 samen met de gemeente Groningen. Er staat momenteel een tijdelijk verzorgings- annex verpleeghuisvoorziening in Ten Boer; Innersdijk. Deze tijdelijke voorziening vertrekt naar de oorspronkelijke locatie in de stad Groningen. In Ten Boer is er nog een andere ouderenzorgvoorziening, de Bloemhof, deze zal blijven bestaan. Het doel is versterken van het gebouw in combinatie met verduurzaming en gebruik van nieuwe technologieën.

	Woon-zorgvoorziening Ten Boer	Aantal plaatsen nu	Toekomst				Opmerking
			Zelfde plek, versterken indien nodig	Nieuwbouw in zelfde kern	Nieuwbouw in andere kern	Verschuiving	
Ouderen- zorg	<b>Bloemhof</b>	120	120			?	deels verschuiving naar verpleging
	aanleunwoning	75				75	Regulier wonen
	<b>Totaal aantal plaatsen ouderenzorg</b>	120	120				