

Visie Wonen met Welzijn & Zorg

Regio Noordoost Friesland
ANNO 2024-2030

WONEN WELZÛN & ZORG VISIE

NOORDOOST FRIESLAND



Samenvatting

Er wonen straks veel meer, met name oudere, inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsbehoefte thuis en tekorten in zorgpersoneel, mantelzorgers en geschikte huisvesting lopen op. Het doel van de visie op wonen met zorg en welzijn is om gezamenlijk met betrokken partijen een ontwikkelrichting voor de komende jaren te bepalen. De focus ligt op het anticiperen op de toenemende zorgvraag, het waarborgen van adequate zorg en het vervangen en uitbreiden van geschikte huisvesting voor kwetsbare inwoners in de regio Noordoost Friesland.

Onze ambitie is een duurzaam aanbod van wonen met welzijn en zorg creëren, waarbij kwetsbare inwoners zo lang mogelijk of weer zelfstandig thuis in een passende woning en woonomgeving wonen met een sterke sociale basis en de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben. Hiervoor focussen we ons op drie opgaven: (1) vitale en leefbare dorpen en wijken, (2) passende woning en woonomgeving, (3) houdbaar aanbod van zorg en ondersteuning. Per opgave hebben we vier acties geformuleerd. Daarnaast hebben we een nieuw organisatiemodel ontwikkeld, waarin we de regio opdelen in drie zones: 'zone basis', 'zone medium' en 'zone compleet'. De drie zones verschillen in nabijheid van zorg en ondersteuning en aanbod van woonvormen.

De vervolgstap is om de visie op wonen met welzijn en zorg concreet te maken in de uitvoeringsagenda.

Inhoudsopgave

Blz 4: 1. Aanleiding en doel

Blz 11: 2. De opgave

Blz 12: 2.1 Beschrijving van de regio

Blz 15: 2.2 Ontwikkelingen op het gebied van wonen met welzijn en zorg

Blz 23: 2.3 Samenvatting opgave

Blz 26: 3. Fundament voor de visie op wonen met welzijn en zorg

Blz 28: 4. De visie

Blz 30: 4.1 De visie uitgewerkt in 3x opgaven en 12x acties

Blz 39: 4.2 Vertaling visie naar praktijk – een nieuw organisatiemodel

Blz 48: 5. Vervolgstappen

Blz 52: 6. Bijlagen

1. Aanleiding en doel - Aanzienlijke verschuiving van vraag en aanbod in het wonen met zorg en welzijn

Aanleiding

We staan voor een aanzienlijke verschuiving van het vraag en aanbod in wonen met welzijn en zorg. Er is sprake van een sterk toenemende zorgvraag, met name door het groeiende aantal ouderen (65+). Dit vereist een adequate aanpak om ervoor te zorgen dat kwetsbare inwoners passend wonen en de benodigde zorg en ondersteuning ontvangen.

Daarnaast kampt de zorgsector met oplopende personeelstekorten. Het is essentieel om oplossingen te vinden die de zorgverlening ondersteunen en tegelijkertijd de druk op het zorgpersoneel verlicht.

Bovendien is er een tekort aan geschikte woningen voor ouderen en andere zorgbehoevende groepen. Het huidige woningaanbod sluit vaak niet goed aan op de behoeften van deze groepen, met name als de zorgbehoefte toeneemt. Daarnaast is een deel van het huidige woningaanbod toe aan verduurzaming, met name de verpleeghuisvoorraad. Een bijkomende uitdaging is het behoud van de voorzieningen.



Doel visie

Het doel van onze visie op wonen met welzijn en zorg is het bieden van een ontwikkelrichting en strategische kaders voor een regionaal dekkend en passend woon-, welzijn- en zorgaanbod voor inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsvraag (zie pagina 7). De focus ligt op het vinden van oplossingen om de groeiende groep ouderen en andere aandachtsgroepen die ondersteuning nodig hebben, in de toekomst van adequate zorg en passende huisvesting te kunnen voorzien in de regio Noordoost Friesland.

We bieden een eerlijk en realistisch beeld over wat mogelijk is. Gezamenlijk met de regionale betrokken partijen (pagina 8 en 9), omdat inwoners zich niet aan geografische grenzen houden en door wetten heen bewegen. In het visiedocument spreken we daarom in de 'wij'-vorm, hiermee wordt de gezamenlijkheid van de betrokkenpartijen bedoeld.



Doelgroepen

De visie op wonen met welzijn en zorg richt zich op ouderen en aandachtsgroepen met een zorg- en/of ondersteuningsvraag (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz)). In dit visiedocument spreken we over 'kwetsbare' en 'niet-kwetsbare' inwoners of inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsvraag. Wanneer nodig worden ouderen en/of onderstaande aandachtsgroepen specifiek benoemd.

Ouderen

Ouderen met een zorg- en/of ondersteuningsvraag.



Aandachtsgroepen

- Mantelzorgverleners en –ontvangers;
- Mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking;
- Mensen met psychische kwetsbaarheid;
- Uitstromers uit intramurale zorginstellingen (maatschappelijke opvang, opvang van slachtoffers van huiselijk geweld, opvang van slachtoffers van mensenhandel, beschermd wonen, instellingen voor klinische geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, instellingen voor jeugdzorg);
- Woningzoekenden na detentie;
- (Dreigend) dakloze mensen;
- Statushouders.

Betrokken partijen

Gemeente

Belang

- Voldoende plek voor zorgbehoevende inwoners om te wonen en zorg te ontvangen
- Toegang tot zorg voor nieuwkomers (jong gezinnen)
- Leefbaarheid vergroten
- Beheersbaarheid WMO-uitgaven

Rol

- Regie voeren op het totale proces
- Ontwikkelen van een visie op wonen met welzijn en zorg
- Maken van prestatieafspraken met woningcorporaties; sturen op ontwikkeling geclusterde woonvormen/ nultredenwoningen en passende woningen voor mensen met GGZ problematiek
- Sturen op planontwikkeling
- Beleid en inkoop WMO
- Inzet op sociale basis/leefbaarheid

Zorgaanbieders

Belang

- Passende huisvesting en locaties voor zorglevering
- Mate van clustering/ sterk sociaal netwerk daar waar zorg thuis geleverd wordt
- Samenwerking met gemeente omtrent gemeenschappelijke ontmoetingsruimten/ voorzieningen
- Duurzame, toegankelijke en kwalitatief goede zorg

Rol

- Zorg leveren aan zorgbehoevende inwoners
- Meedenken over eisen aan huisvesting om zorg efficiënt en effectief te kunnen leveren
- Samenwerking (daar waar mogelijk binnen de wet) met andere aanbieders (bijv. huisarts) om zorg efficiënter en effectiever te kunnen leveren

Woningcorporaties

Belang

- Duidelijke afspraken met gemeenten over aantallen benodigde woningen, voor welke doelgroep en waar
- Financieringsafspraken omtrent extra kosten zorggeschikte woning, omgeving, overige voorzieningen
- Voldoende rendement en duurzaam prestatiemodel

Rol

- Voldoende geschikte woningen leveren voor sociaal zwakkeren in het sociaal domein.
- Inbrengen van expertise over (on)mogelijkheden in huisvesting en aanpassingen
- Samenwerking met andere partijen (daar waar mogelijk binnen de wet)

Mienskip/Inwoners

Belang

- Huisvesting naar behoefte
- De zorg en ondersteuning ontvangen die nodig is
- Leefbare dorpen en wijken
- Eigen regie houden

Rol

- Expertise inbrengen over wat er speelt/leeft in de dorpen en wijken
- Meedenken over wat inwoners zelf kunnen inbrengen
- Informele netwerken opzetten; omzien naar elkaar
- Leefbaarheid in dorpen en wijken vergroten
- Eigen regie/ verantwoordelijkheid over levensloop, anticiperen op mogelijke toekomstige zorgvraag

Betrokken partijen

Huurdersvereniging

Belang

- Passende huisvesting voor huurders
- Samenwerking met gemeenten, woningcorporaties, instanties en het ministerie
- Goede leefbaarheid in dorpen en wijken

Rol

- Belangen behartigen van huurders van een woningcorporatie
- Inbrengen van expertise over huisvesting en woonomgevingen
- Samenwerking met andere partijen

Welzijnsorganisatie

Belang

- Het medische en sociale domein beter op elkaar aan laten sluiten
- Samenwerking met gemeente/ zorgaanbieders omtrent gemeenschappelijke ontmoetingsruimte en/ voorzieningen
- Sociale cohesie in de wijk

Rol

- Leefbaarheid in dorpen en wijken vergroten
- Versterken van (informele) netwerken en aanpakken van sociale problemen
- Ondersteunen van de eigen regio van onze inwoners
- Samenwerking met andere partijen
- Preventief werken in het voorliggende veld.

Zorgkantoor

Belang

- Bewaken van de zorgplicht: Zorgen dat zorgbehoevenden passende zorg kunnen krijgen. En afgeleid daarvan: dat mensen de huisvesting hebben die nodig is om zo zelfredzaam mogelijk te zijn of intramuraal opgevangen te kunnen worden

Rol

- Kennis en analyses delen (vraagontwikkeling, landelijke ontwikkelingen, goede voorbeelden)
- Zorgaanbieders en gemeenten bij elkaar brengen
- Inzetten van transitie middelen om zorginfrastructuur en scheiden wonen en zorg te stimuleren

Landelijke context

Per 1 januari 2026 is iedere gemeente in Nederland verplicht om een woonzorgvisie te hebben volgens de **Wet Versterking Regie op de Volkshuisvesting**. Gemeenten maken een omgevingsvisie en werken deze uit in het Volkshuisvestingsprogramma. De visie van regio Noordoost Friesland zal dus voldoen aan deze nieuwe wetgeving.

Volkshuisvestingsprogramma

De opgave wordt inzichtelijk gemaakt met data en gaat vervolgens uiteen in een aantal onderwerpen:

- Woningbouw en woningbouwprogrammering
- Balans in de woningvoorraad
- Woonbehoefte van ouderen en aandachtsgroepen
 - *Een thuis voor iedereen*
 - *Wonen en zorg voor ouderen*
- Leefbaarheid
- Verduurzaming



2. De opgave – Wat komt er op ons af?

2.1 Beschrijving van de regio

Beschrijving van de regio

KAW heeft een woningmarktanalyse voor Noordoost Friesland uitgevoerd.

Noordoost Friesland is een uitgestrekt gebied met een variatie aan voorzieningen in de kernen:

- **Voorzieningenkernen** met een ruim aanbod aan dagelijkse én niet dagelijkse voorzieningen waar ook naburige dorpen op leunen (diverse supermarkten, onderwijsvoorzieningen, detailhandel).
 - Dokkum heeft een grotere cirkel, omdat er een ziekenhuis en acute huisartsenpost zijn gesitueerd.
- **Basisdorpen** met een supermarkt of buurtsuper, maar die voor niet dagelijkse voorzieningen zijn aangewezen op voorzieningenkernen.
 - In het kader van de visie op wonen met welzijn en zorg worden een aantal basisdorpen als voorzieningenkern aangeduid. Het gaat om: Feanwâlden (FW), De Westereen (W) en de Trynwâlden (Aldtsjerk (AL), Mûnein (MU), Oentsjerk (OE), Gytjerk (GY), Ryptsjerk (RY), Tytsjerk (TY), Readtsjerk).
- **Woondorpen** waar geen supermarkt en niet of nauwelijks andere voorzieningen zijn.

Van de 65-plussers woont 45,5% in een voorzieningenkern, 28,7% in een basisdorp en 25,8% in een woondorp.



Beschrijving van de regio

De kaart rechts laat de optelsom van scores op voorzieningenniveau, bereikbaarheid en ligging zien. Een aantal opvallende punten:

- De dorpen Burgum en Hurdegaryp scoren goed op alle factoren. In iets mindere mate geldt dat ook voor Dokkum en de dorpen Damwâld, Buitenpost en Garyp.
- De dorpen Ferwert, Hallum en Marrum vervullen samen een belangrijke rol in het noordwesten van de regio. De bereikbaarheid ervan is toegenomen door de nieuwe Noordwest tangent.
- In het middengebied ligt een aantal goed bereikbare basisdorpen, maar ook een aantal minder goed bereikbare woondorpen. Kollum ligt weliswaar wat geïsoleerd, maar vervult wel een belangrijke functie voor de woondorpen in voormalig Kollumerland.
- Boven Dokkum ligt een aantal dorpen die minder goed scoren op voorzieningenniveau, bereikbaarheid en ligging. Basisdorpen als Anjum, Holwerd en Ternaard scoren iets beter, maar zijn matig bereikbaar en liggen op relatief grote afstand van werkgelegenheidsclusters.

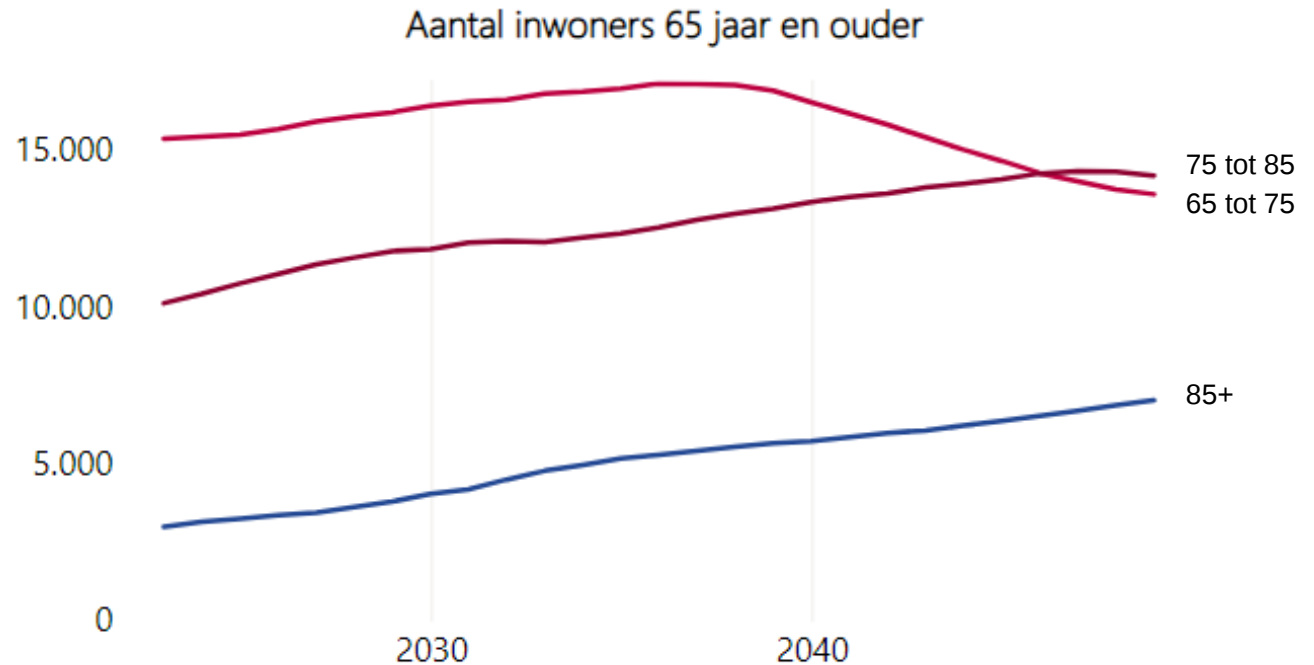
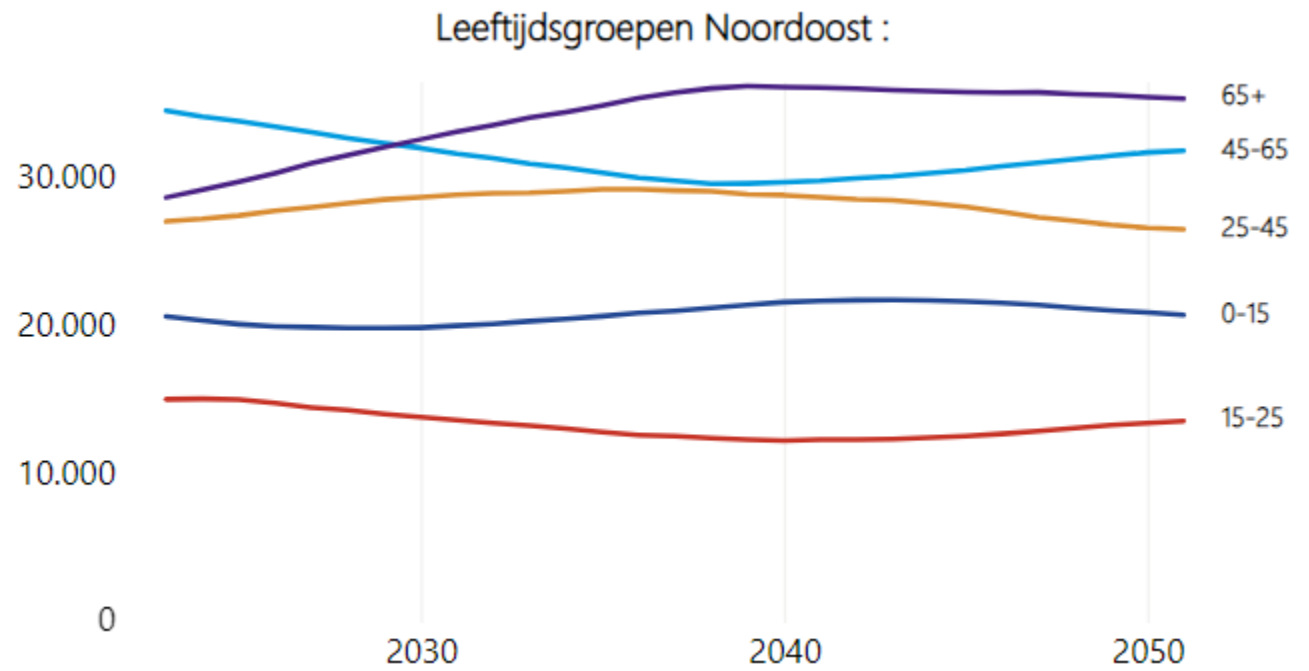


2.2 Ontwikkelingen op het gebied van wonen met welzijn en zorg - Richting 2030

In hoofdstuk 2.2 gaan wij in op de hoofdlijnen van de opgave op het gebied van wonen met welzijn en zorg van inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsvraag. Ouderen, mensen met psychische kwetsbaarheid en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke beperking worden sterker uitgelicht, omdat dit de grootste doelgroepen zijn in onze regio. Voor de uitgebreide woonzorganalyse verwijzen wij naar bijlage 1 en 2.

Demografische ontwikkeling

Tot 2040 is er sprake van een demografische overgang. We krijgen te maken met een dubbele vergrijzing; Het aantal 65-plussers in de regio Noordoost Friesland zal toenemen. Daarbij zien we dat van de 65-plussers het aandeel 85-plussers juist sterk groeit.



Ontwikkeling omvang aandachtsgroepen

Mensen met een beperking

Ook mensen met een lichamelijke, zintuigelijke of verstandelijke beperking worden ouder. In de regio maken momenteel ongeveer 1.000 cliënten gebruik van Wlz-zorg. Daarnaast is er een groep mensen met een beperking, die geen verzorging en/of verpleging nodig heeft. Deze groep heeft geen Wlz-indicatie, maar ontvangt mogelijk wel ondersteuning vanuit de Wmo. Er is geen zicht op de omvang van deze groep. De prognose laat zien dat Wmo-ondersteuning gaat toenemen voor mensen vanaf 75 jaar.

Rekening houdend met de demografische ontwikkelingen en de toename van de levensverwachting van mensen met een beperking is de verwachting dat het aantal cliënten ongeveer gelijk gaat blijven richting 2030.

Mensen met psychische kwetsbaarheid

Provincie breed zien we dat 14% van de 18-plussers (heel) veel last heeft van stress, 20% een verhoogd risico op angst en depressie heeft en 7% suïcidale gedachten heeft gehad. We zien meer multiproblematiek en psychosociale problematiek komt steeds vaker voor onder jongeren. Het aandeel jeugdigen dat jeugdzorg ontvangt is toegenomen, daarentegen is het aandeel met een verblijfsindicatie afgenomen. In 2021 maakten 8.100 cliënten gebruik van GGZ-zorg in de regio, variërend van basis GGZ tot wonen met intensieve begeleiding. Daarnaast is in 2021 de Wlz opengesteld voor mensen met een psychische stoornis met een intensieve zorgvraag.

De instroom is aanhoudend groter dan verwacht. Momenteel zijn er ongeveer 120 Wlz-GGZ gebruikers in Noordoost Friesland. De daling in Wmo-ondersteuning en Beschermd wonen zijn te verklaren door de openstelling van de Wlz.

Met oog op de demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal GGZ-cliënten iets zal dalen.

Prognose zorgvraag

Ouder worden gaat vaak gepaard met een toename van kwetsbaarheid. We verwachten een toename van zorgvraag (+/- 30%) van de basisondersteuning (Wmo), eerstelijnszorg (Zvw) tot de intensieve zorg (Wlz) aan toe. Intensieve Wlz-zorg kan worden geleverd in een instelling (intramuraal) of afhankelijk van een aantal factoren (netwerk, woning, woonomgeving) in de thuissituatie (extramuraal) (zie bijlage 3). Het huidige landelijk beleid is dat het aantal intramurale verpleeghuisplekken niet mag worden uitgebreid. Dit betekent dat in intramurale instellingen straks alleen nog plek is voor diegenen met een zeer intensieve zorgvraag. Een groeiende groep inwoners, met name ouderen, is dus langer op het zelfstandig wonen aangewezen, ook als de zorgvraag toeneemt. We zien een verschuiving naar extramurale zorg. Onderstaand is tevens een doorkijk van de toename in zorgvraag richting 2040 toegevoegd.

2020 Huidige zorgvraag

Zvw (huisarts + wijkverpleging)
4.600 65-plussers met zorg Zvw

Wmo (oa. Huishoudelijke hulp + dagbesteding)
7.600 60-plussers met zorg Wmo

Wlz (verzorging & verpleging)
1.230 inwoners met zorg Wlz



2030 Prognose zorgvraag

Zvw (huisarts + wijkverpleging)
+1.500 65-plussers met zorg Zvw

Wmo (oa. Huishoudelijke hulp + dagbesteding)
+2.300 60-plussers met zorg Wmo

Wlz (verzorging & verpleging)
+400 inwoners met zorg Wlz



Doorkijk prognose zorgvraag 2040 (t.o.v. 2020)

Zvw (huisarts + wijkverpleging)
+2.600 65-plussers met zorg Zvw

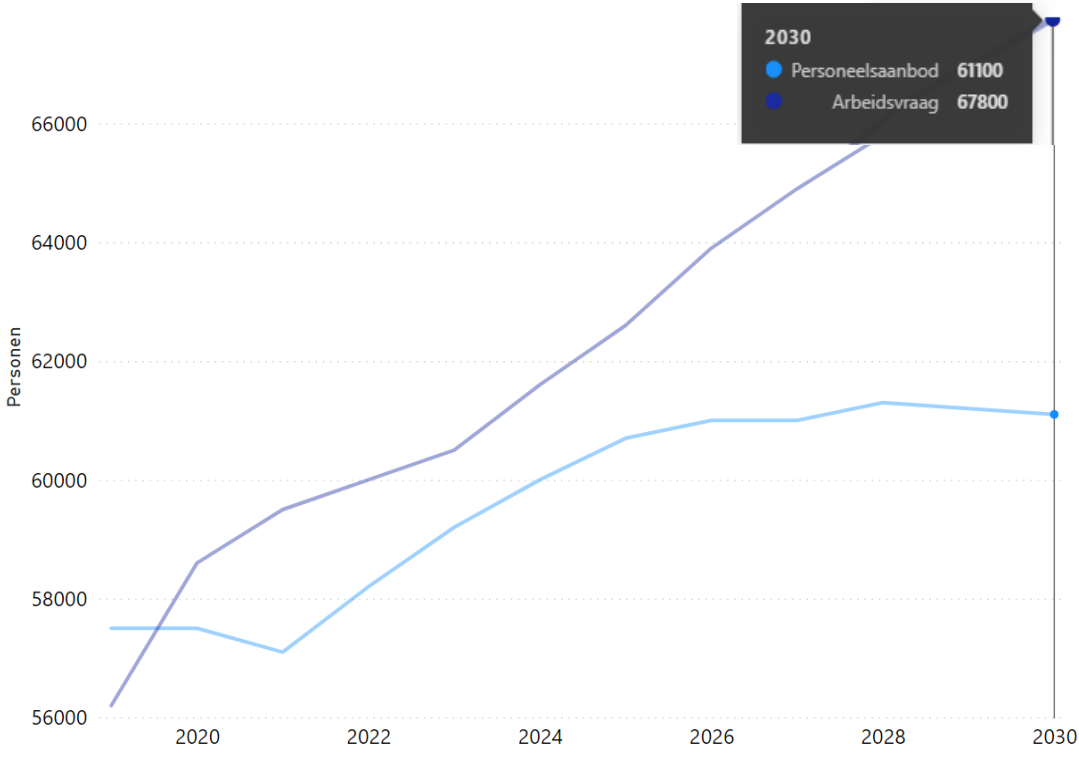
Wmo (oa. Huishoudelijke hulp + dagbesteding)
+3.700 60-plussers met zorg Wmo

Wlz (verzorging & verpleging)
+745 inwoners met zorg Wlz

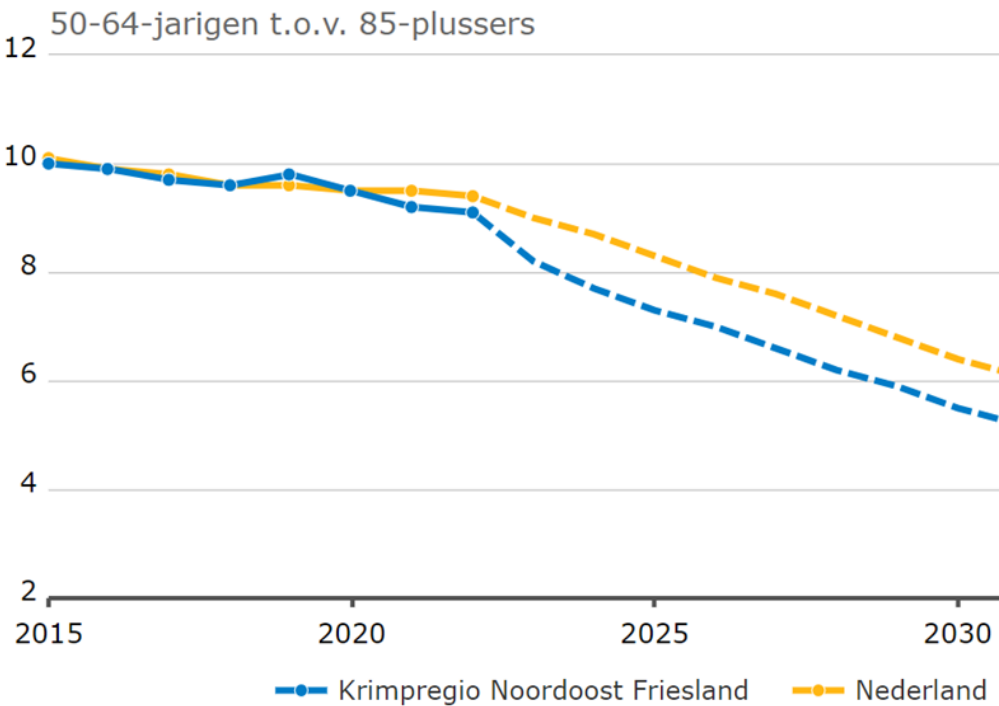
Prognose personeelsaanbod en mantelzorg

We krijgen te maken met een stijgende zorgvraag, maar het zorgaanbod neemt af. Er wordt een krimp van de beroepsbevolking verwacht. Momenteel hebben we provincie breed al te maken met personeelstekorten op de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn (huisartsenzorg, eerstelijnszorg, thuiszorg, ondersteuning, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuiszorg en verpleging). De tekorten worden groter richting 2030. Daarnaast neemt het mantelzorgpotentieel, aantal 50-64 jarigen t.o.v. 85-plussers, af. Waar nu nog 9,5 potentiële mantelzorgers aanwezig zijn, zal dit in 2030 nog 5 zijn.

Zoom-in prognose vraag en aanbod op de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn



Mantelzorgpotentieel



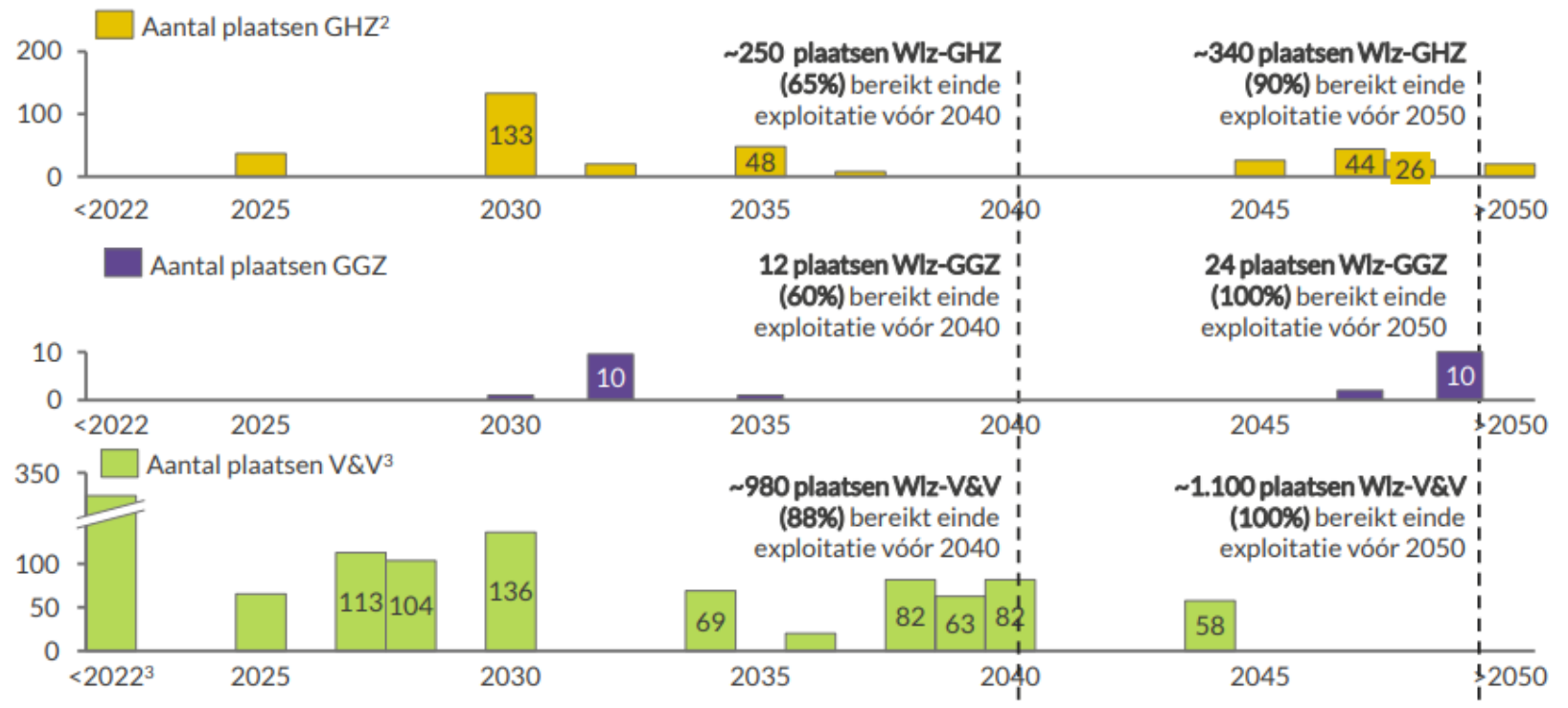
Prognose zorgvastgoed

Van de intramurale plekken zijn er echter een groot deel aan (stevige) renovatie en/of verduurzaming toe, door een verouderde programmatische en/of matige bouwtechnische kwaliteit. Met het oog op de groei van het aantal kwetsbare, voornamelijk ouderen, inwoners is het belangrijk om het huidige aantal intramurale plaatsen in de regio te behouden.

De huidige capaciteit Wlz-plaatsen in de regio is: 376 voor gehandicaptenzorg, 24 voor geestelijke gezondheidszorg en 1.110 voor verzorging en verpleging.

Capaciteit Wlz naar jaar einde exploitatie¹²

[Aantal plaatsen, 2022 – 2050, regio Noordoost Friesland]



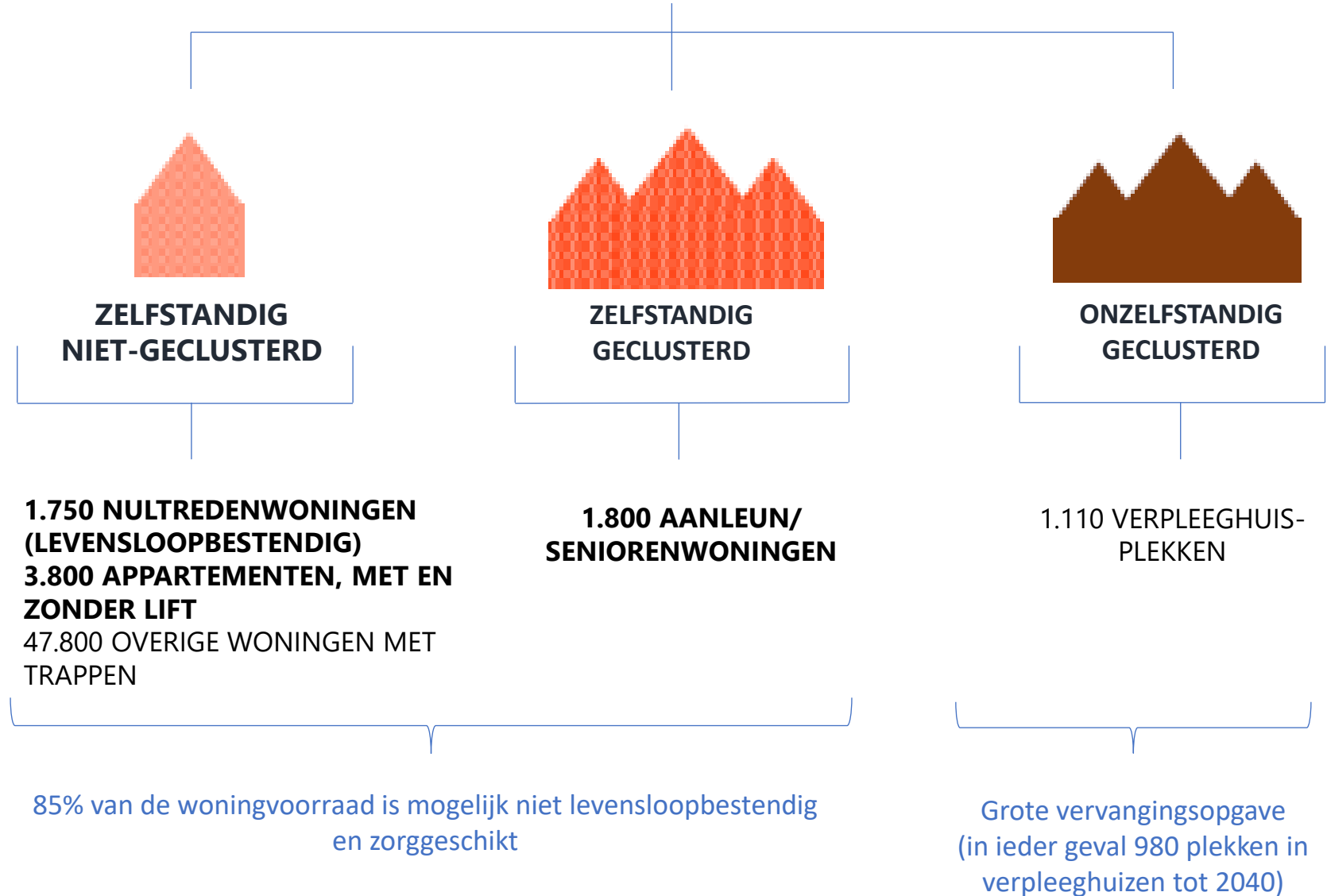
Huidige woningvoorraad

De verschuiving naar extramurale zorg betekent dat zorg vaker in de eigen woning en woonomgeving wordt verleend. Als we kijken naar de huidige woningvoorraad van de regio zien we dat grofweg 85% van de woningen niet levensloopbestendig en/of zorggeschikt is. Dit betekent dat een deel van de inwoners niet passend woont, mocht er een zorg- en/of ondersteuningsvraag ontstaan.

In onze regio is ongeveer 27% van de woningvoorraad in het bezit van woningcorporaties. Het duurzame prestatiemodel van woningcorporaties staat onder druk.

Er is vanuit gegaan dat woningen in de categorie 'overige woningen' geen slaap- en badkamer op de begane grond hebben, wat voor een deel wel het geval kan zijn. Voor de toelichting van de woonvormen zie bijlage 4.

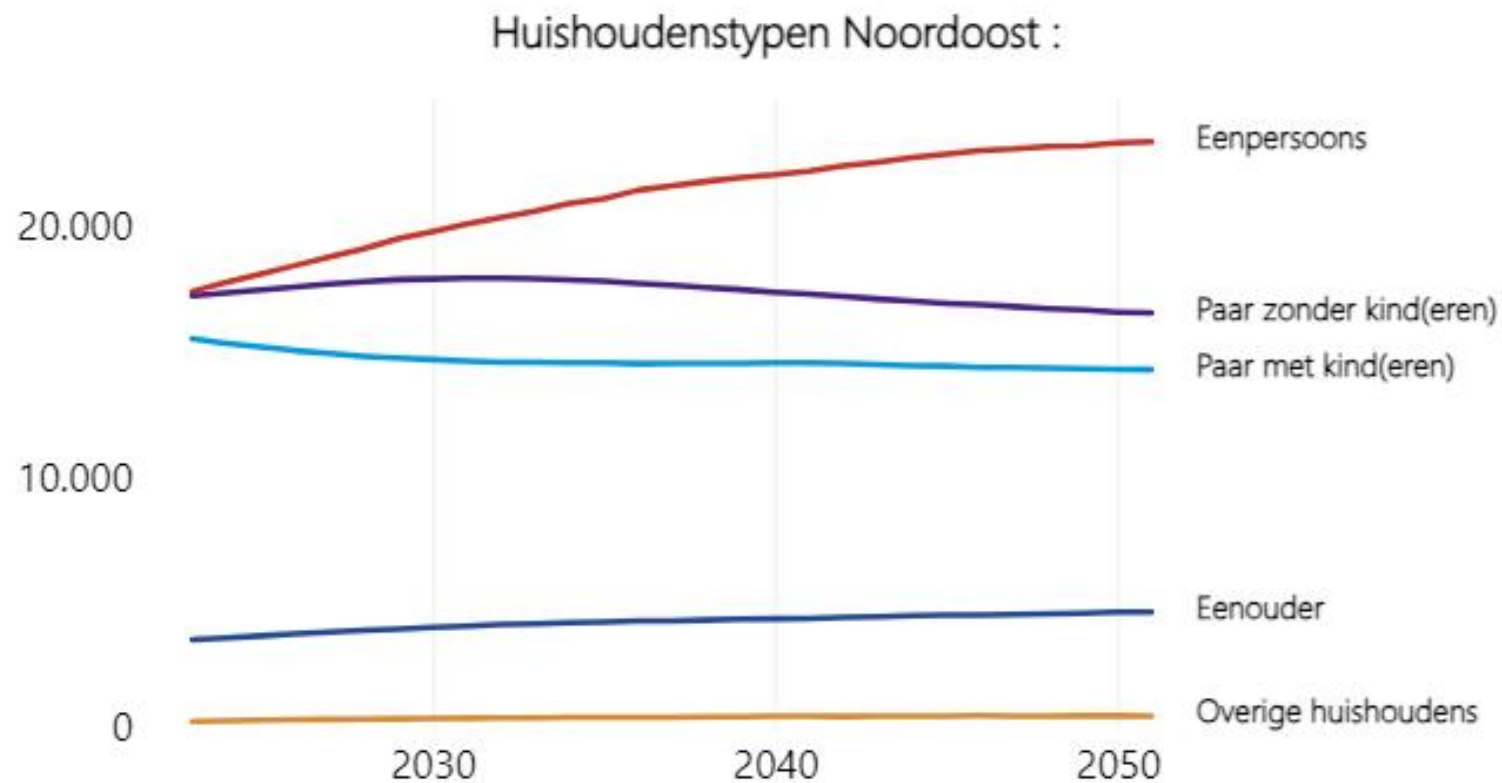
3X WOONVORMEN



Prognose huishoudens

Naast dat meer kwetsbare inwoners zelfstandig wonen, woont men ook vaker alleen. In Noordoost Friesland verwachten we een huishoudensgroei, doordat het aantal éénpersoonshuishoudens toeneemt.

Er zullen dus meer inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsvraag alleen wonen. Dit betekent dat deze inwoners niet kunnen terugvallen op een partner of een inwonend familielid als de kwetsbaarheid toeneemt. De zelfredzaamheid van de inwoner en de behoefte aan (professionele) hulpverleners komt hierdoor meer onder druk te staan; voor ondersteuning is er immers altijd hulp van buiten nodig.



2.3 Samenvatting opgave

Er komen steeds meer inwoners die alleenstaand zijn met een hoge zorgvraag, zonder mantelzorger, die niet in een instelling terecht kunnen en waarbij geen uitbreiding van thuiszorg mogelijk is. Kortom, we moeten meer zorg gaan leveren met minder personeel.

Knelpunten vertaald naar opgaven

Met welke knelpunten in het wonen met welzijn en zorg moeten we rekening houden?

- Een toenemend aantal alleenwonende inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsvraag;
- Oplopende personeelstekorten in de zorg;
- Verpleeghuizen in de toekomst alleen nog toegankelijk voor de zwaarste zorgvragers;
- Verduurzamingsopgave verpleeghuisvoorraad is groot;
- Grotere behoefte aan woningen en woonomgevingen die geschikt zijn voor het leveren van zorg.



Opgaven

1. Stimuleren van vitale en leefbare dorpen en wijken;
2. Inzetten op een passende woningvoorraad en woonomgevingen;
3. Creëren van een houdbaar zorg- en ondersteuningsaanbod.



De buurt is de basis

Thuis zonder zorgvraag

Thuis met zorgvraag Zvw / Wlz

Verpleeghuis (wlz)

Bij een achteruitgaande gezondheid ontvangen ouderen vaak eerst wijkverpleging (Zvw), soms in combinatie met huishoudelijke hulp en dagbesteding (Wmo). Als de zorgvraag toeneemt, moet een Wlz-indicatie worden aangevraagd (zie bijlage 5). In 2030 verwachten we een toename van 1.500 zorgvragers vanuit de Zvw en 400 vanuit de Wlz, die niet terecht kunnen in een instelling en dus in de thuissituatie opgevangen moeten worden. Zorg aan huis vraagt meer inzet van mantelzorgers. Daarnaast moet binnen de huidige woningvoorraad gekeken worden wat er nodig is aan levensloopbestendige/zorggeschikte woningen. Dit kan met het stimuleren van doorstroom of het toevoegen/transformeren van bestaande woningen om tot passende huisvesting te komen.

Aantal zorgvragers:

Wmo (oa.
Huishoudelijke
hulp + dagbesteding)
9.900 60-plussers

Zvw (wijkverpleging
+ huisartsenzorg)
6.100 65-plussers

Wlz (verpleging +
verzorging)

1.630 inwoners

- 300 VV4
- 750 VV5
- 425 VV6
- 115 VV7
- 40 VV8-10

Voorstel verdeling: VV4, VV5 (bij voldoende mantelzorg), VV6 (alleen in geclusterd wonen)

520

Wlz plaatsen zelfstandig wonen

[aantal]

Thuis - ongeclusterd

[aantal]

Thuis - geclusterd

SPANNINGSVELD! Bij voorkeur grote aantallen in deze categorie, want: langer thuis en in de wijk! Maar veel afhankelijkheden en risico's:

- Te realiseren ontmoeting en welzijn lokaal
- Beschikbaar aanbod huisartsenzorg
- Beschikbaar aanbod zorgpersoneel: kans - meer mogelijkheden bij minder aanbieders per wijk
- Mogelijkheden acute/spoed opvang

Voorstel verdeling: VV5+, VV6, VV7, VV8-10

1.110

Verpleeghuisplaatsen

130
OK!

980 (88%)
Moderniseren /
vervangen voor 2040

UITDAGING!

Moderniseringsopgave is zeer groot. De huidige voorraad is van slechte kwaliteit. Kan deze behouden blijven voor de doelgroep naar de toekomst toe?

3. Fundament voor de visie op wonen met welzijn en zorg

Fundament regio Noordoost Friesland



We starten niet vanaf nul. De afgelopen jaren hebben we al denkrichtingen in beleids- en visiedocumenten opgenomen die het fundament vormen voor de visie op wonen met welzijn en zorg:

- Woonvisie
- Omgevingsvisie
- Visie sociale basis/sociaal domein
- Gezondheidsbeleid

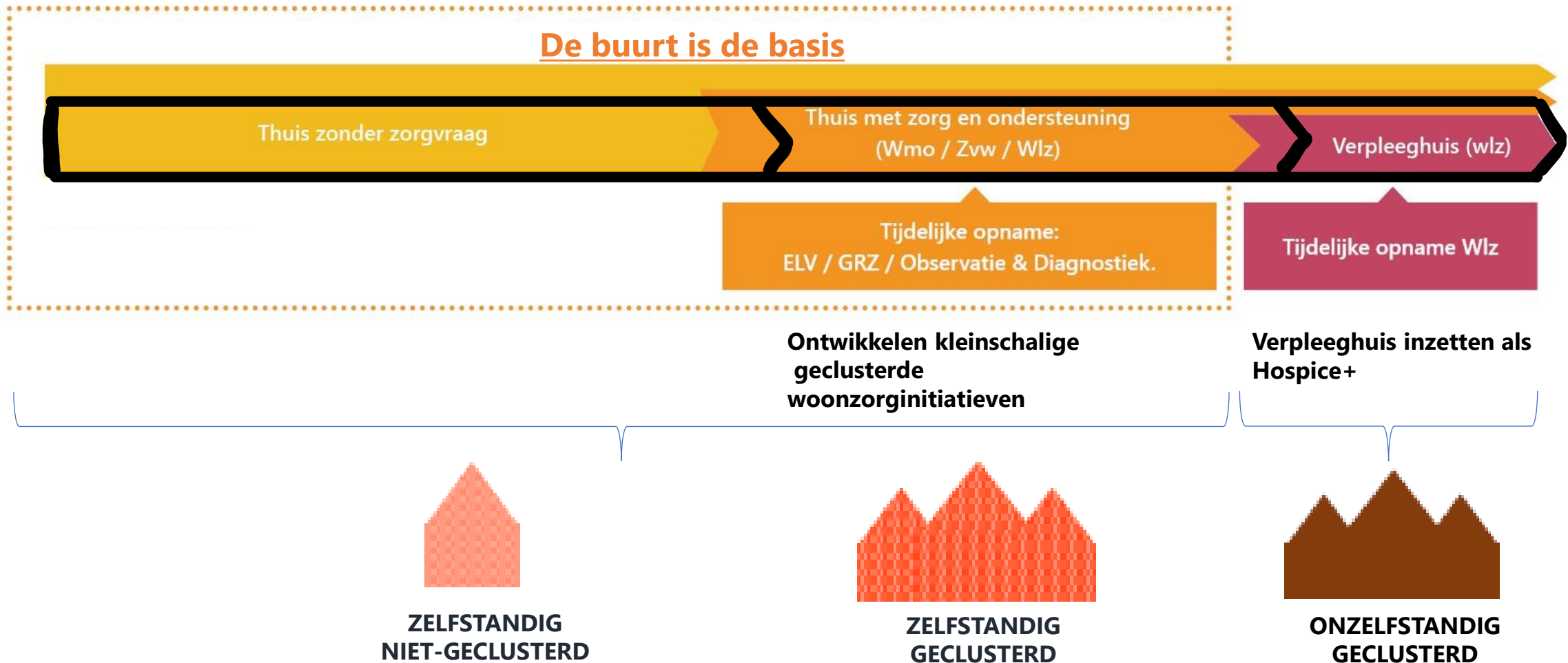
'Inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsvraag moeten zo lang mogelijk in hun eigen woning kunnen wonen in een zorgzame woonomgeving met een sterke sociale basis.'

De uitgangspunten vanuit de bestaande gemeentelijke visies zijn verweven met de opgehaalde informatie en verwerkt in de visie op wonen met welzijn en zorg. Met de visie sluiten we aan op of houden we rekening met landelijke, provinciale, regionale en lokale ontwikkelingen, zoals: het Integraal Zorgakkoord, het Gezond en Actief Leven Akkoord, de Woondeals, prestatieafspraken, convenant 'Weer Thuis', urgentieverordening, et cetera.

4. De visie

Duurzaam aanbod van wonen met welzijn en zorg in regio Noordoost Friesland tot 2030. Om dit bereiken introduceren we drie opgaven met twaalf acties en een nieuw organisatiemodel.

Hoe zien we de toekomst?



Kwetsbare inwoners wonen zo lang mogelijk of weer zelfstandig thuis in een passende woning en woonomgeving met een sterke sociale basis en de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben.

4.1 De visie uitgewerkt in 3x opgaven en 12x acties

Via de drie opgaven met twaalf acties beschrijven we op welke wijze we het wonen met zorg en welzijn toekomstbestendig willen maken, waarbij maatwerk per kern/gebied van belang is.

3X UITGANGSPUNTEN

Kwetsbare inwoners kunnen zo lang mogelijk of weer zelfstandig thuis wonen met regie over hun eigen leven ondersteund door het lokale netwerk

Kwetsbare inwoners kunnen passend wonen, zowel qua woning als woonomgeving

Kwetsbare inwoners ontvangen de zorg en/of ondersteuning die zij nodig hebben.

3X OPGAVEN

Opgave 1

Vitale en leefbare dorpen en wijken

Opgave 2

Een passende woning en woonomgeving

Opgave 3

Houdbaar aanbod zorg en ondersteuning

12X ACTIES

1. Inzetten op een sterke sociale basis
2. Preventief handelen
3. Zelfredzaamheid en veerkracht stimuleren
4. Vergroten leefbaarheid
5. Passend woonaanbod creëren
6. Voorzieningen behouden
7. Kleinschalige woonzorginitiatieven faciliteren
8. Inzet technologie
9. Efficiënt inzetten van zorg- en ondersteuningsaanbod
10. Flexibele inzet zorg en ondersteuning
11. Specialistisch vastgoed behouden en anders inzetten
12. Dekkend aanbod acute zorg creëren

Opgave 1: Vitale en leefbare dorpen en wijken

Actie 1: Inzetten op een sterke sociale basis

We zetten in op een sterke sociale basis (zie bijlage 6) voor alle levensfasen, waarbij we streven naar ondersteuning door het lokale netwerk wanneer mogelijk en zo lang het kan. Er is verbinding tussen de gemeenschapskracht, het informele netwerk en het formele netwerk (zie bijlage 7). Een breed aanbod aan welzijnsorganisaties biedt ondersteuning. We stimuleren en faciliteren actief burgerschap en inwonersinitiatieven. Iedereen is van waarde en heeft zijn/haar talenten. We maken gebruik van het onbenut potentieel; ouderen zetten zich in voor ouderen, maar ook betrekken we de kinderen/jongeren. Waardering, zingeving en wederkerigheid staan centraal. Dit vraagt bewustwording over hoe je met een zorg- en/of ondersteuningsvraag in eigen omgeving kunt wonen; wat je zelf en samen met het eigen sociale netwerk kunt doen en wat zorgorganisaties (nog) kunnen doen.

Actie 2: Preventief handelen

We zetten in op preventief handelen, waarbij we investeren op een stevig welzijnsaanbod. We stimuleren het vroegtijdig signaleren van problemen om zorg te voorkomen. Buurtbewoners letten op elkaar, maar ook professionals hebben een signalerende functie. We werken vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Daarnaast zetten we in op meer bewustwording, begeleiding en voorlichting.



Opgave 1: Vitale en leefbare dorpen en wijken

Actie 3: Zelfredzaamheid en veerkracht stimuleren

De zorg is vol houdbaar als kwetsbare inwoners zolang mogelijk zelfredzaam zijn of weer zelfredzaam worden. Hierbij is het van belang dat er een sterke sociale basis aanwezig is, met name voor kwetsbare alleenwonenden. We vergroten de zelfredzaamheid en de veerkracht van onze inwoners tot zover mogelijk, waarbij we de balans zoeken met de ondersteuning die nodig is. Inwoners hebben zelf de regie en verantwoordelijkheid over hun toekomst. Het vergroten van de zelfredzaamheid van is een regionale en maatschappelijke opgave. Maar is het meest urgent in de wijken en dorpen waar de bevolking het snelst vergrijst, en dus de meeste inwoners met een zorg- of ondersteuningsvraag te verwachten zijn.

Actie 4: Vergroten leefbaarheid

We zetten in op een sociale en fysieke leefomgeving die (mentaal en fysiek) gezond gedrag, bewegen, ontmoeting en sociaal contact stimuleert. In ieder dorp of wijk wordt een ontmoetingsplek gecreëerd. Daarnaast zetten we in op laagdrempelige voorzieningen. We gaan eenzaamheid tegen en leven in een inclusieve samenleving met ongedeelde wijken en dorpen. De sociale context is de basis en we werken samen met de inwoners. Elk dorp of wijk heeft zijn eigen karakter, kracht en Mienskip. Juist dat respecteren we en spelen we kleinschalig en laagdrempelig op in. We proberen een aantrekkelijke regio te zijn voor onze inwoners, met name ook om onze jongeren in de regio te behouden.

HET GOED INZETTEN
VAN INFORMELE HULP
KAN EEN GROOT VERSCHIL
MAKEN



Opgave 2: Een passende woning en woonomgeving

Actie 5: Passend woonaanbod creëren

In alle doelgroepen, van de GGZ-zorg tot aan de ouderenzorg, zien we een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg. De verschuiving naar meer extramurale zorg betekent ook dat de (intensieve) zorg steeds vaker in de eigen woning en woonomgeving wordt verleend. We zorgen met elkaar voor een woningvoorraad (particuliere koop/huur en sociale huur) die aansluit bij de vraag en behoefte van onze inwoners, door het transformeren van bestaand vastgoed en het bouwen van levensloopbestendige, zorggeschikte en voor meerdere doelgroepen geschikte woningen. We stimuleren doorstroming naar een (zorg-)geschikte woning, zodat een zorgvraag minder acuut ontstaat. We zetten in op compactere, betaalbare woningen, omdat er meer eenpersoonshuishoudens zijn. We denken na over woningsplitsing en de inzet van zorgtechnologie en domotica, zodat de zorgvrager in de eigen omgeving kan blijven wonen. Dit vraagt ook bewustwording onder onze inwoners over hoe je wilt wonen met een zorg- en/of ondersteuningsvraag of als deze ontstaat.

Actie 6: Voorzieningen behouden

We faciliteren dat bestaande voorzieningen (zie bijlage 8) behouden blijven. Daarnaast stimuleren we dat in voorzieningskernen een duurzaam aanbod blijft bestaan voor zorg en welzijn. We onderzoeken hoe we komen tot een goede balans in de spreiding van de voorzieningen over de verschillende typen dorpen om de leefbaarheid in te optimaliseren. Waar voorzieningen niet haalbaar zijn in de basis- en woondorpen, zorgen we voor voldoende toegang tot voorzieningen elders door bijvoorbeeld de infrastructuur te optimaliseren. Wel creëren we in iedere kern een laagdrempelige ontmoetingsplek.



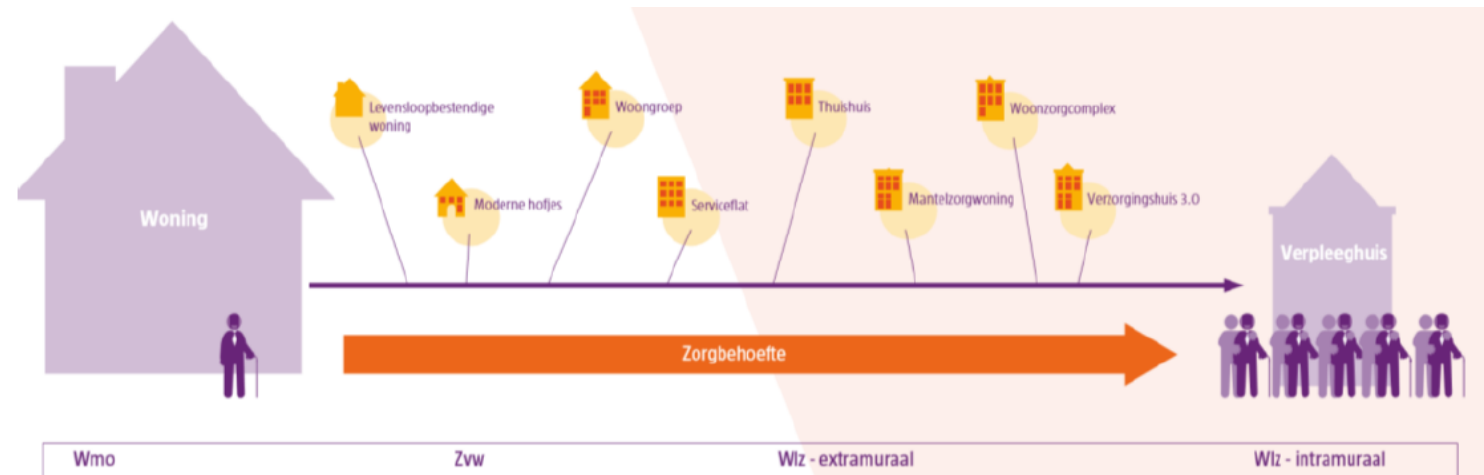
Opgave 2: Een passende woning en woonomgeving

Actie 7: Geclusterd wonen/kleinschalige woonzorgvormen faciliteren

We zetten in op geclusterd wonen in de wijk met een mix van vitale en minder vitale doelgroepen en/of mix van leeftijdsgroepen. Daarbij bouwen we naar behoefte en denken (mee) in creatieve concepten. Denk aan knarrenhofjes, (pre-)mantelzorgwoningen, flexwoningen en woningsplitsing. We faciliteren kleinschalige woonzorginitiatieven/geclusterde woonvormen (zie bijlage 4.2) in gebieden waar gegarandeerd zorg geleverd kan worden als 'tussenvorm' of om het 'gat' tussen thuis en een instelling te dichten. Zeker voor mensen met een beperking of psychische kwetsbaarheid die uitstromen uit een instelling kan geclusterd wonen sociale veiligheid bieden. Daarnaast is clustering voor zorgteams nodig om de zorg en ondersteuning op lange termijn vol houdbaar te houden. Geclusterde woonvormen zijn bij voorkeur in de buurt van voorzieningen. En daar waar dat niet mogelijk is, is het belangrijk dat voorzieningen goed bereikbaar zijn. We zijn eerlijk over welke schaal nodig is om de zorg duurzaam te verlenen.

Actie 8: Inzet technologie

Zorgtechnologie en domotica zijn hulpmiddelen die het dagelijks leven veiliger en makkelijker maken. Door zorgtechnologie en domotica thuis in te zetten proberen we kwetsbare inwoners zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen en zorg nabij te faciliteren. We gaan experimenteren met de inzet van zorgtechnologie en domotica.



Opgave 3: Houdbaar aanbod zorg en ondersteuning

Actie 9: Efficiënt inzetten van zorg- en ondersteuningsaanbod

Een gevolg van de extramuralisering is dat de zorgvragers meer verspreid zitten over de regio. Met minder hulpverleners wordt het steeds lastiger om diegenen die bijvoorbeeld in het buitengebied wonen, ver verwijderd van een voorzieningskern, te bedienen. Het is nodig om het aanbod efficiënter in te richten om kwalitatief goede en betaalbare zorg en ondersteuning te behouden. Dat betekent onder andere een duurzame schaalgrootte door zorgverkaveling, gebiedsgericht werken, meer samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Maar ook het beter benutten van het welzijnswerk en de burgerkracht is van belang. De huisarts is de hoeksteen van de zorginfrastructuur, zeker op het platteland, en moet voor iedereen bereikbaar en toegankelijk zijn. We kijken samen met de huisartsen hoe we hen kunnen ondersteunen om ze te behouden in onze regio.

Actie 10: Flexibele zorg en ondersteuning rondom het netwerk van de inwoners

We streven naar ondersteuning door het lokale netwerk wanneer mogelijk en zo lang het kan. We bieden mantelzorgondersteuning, respijtzorg en Wlz-zorg thuis via VPT en MPT (zie bijlage 3) in samenwerking met het lokale netwerk en het welzijn. We verkennen meer flexibele inzet van ondersteuning en zorg, bijvoorbeeld door inzet zorgtechnologie en zorg op afstand. Wlz-zorg thuis is niet op alle plaatsen in de regio Noordoost Friesland reëel, hier is de inzet van het lokale netwerk en technologie des te belangrijker. We zijn eerlijk over de maximaal mogelijke zorg en ondersteuning die geleverd kan worden in de thuissituatie.



Opgave 3: Houdbaar aanbod zorg en ondersteuning

Actie 11: Specialistisch vastgoed behouden en anders inzetten

In ons intramurale zorgvastgoed zal straks alleen nog plek zijn voor diegenen met een zeer intensieve zorgvraag. Daar ga je pas naartoe als het echt niet meer anders kan. Ons verpleeghuizen zullen meer worden ingezet als Hospice+. Ook hier is het nodig dat mantelzorgers, vrijwilligers en het lokale netwerk samenwerken met de formele zorg om de kwetsbare inwoners te ondersteunen. We zoeken de verbinding met de buurt. We zetten ons in om het bestaande intramurale aanbod, maar dat soms sterk verouderd is, te verduurzamen en te behouden, waarbij we in de gaten houden wat realistisch is.

Actie 12: Dekkend aanbod acute zorg creëren

We zien een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg. Daarnaast is het een gegeven dat onze inwoners het liefste oud worden in het dorp waar ze altijd hebben gewoond. Wanneer inwoners met een zorgvraag langer thuis wonen is de kans op een acute zorgvraag groter. We zetten ons in voor een beschikbaar en duurzaam aanbod van acute (respijt)zorg (zoals eerstelijnsverblijf).

MOOI ALS MENSEN THUIS
ZORG KRIJGEN, MAAR ALS DE
ZORG OPEENS TE COMPLEX
WORDT, IS HET EEN DRAMA
OM ZE ERGENS OPGENOMEN
TE KRIJGEN



Randvoorwaarden

- **Samenwerken**

- Samenwerking tussen corporaties, zorgpartijen, welzijnspartijen, gebiedsteam, ondernemers, niet-professionele initiatieven en inwoners wordt gestimuleerd en gefaciliteerd.
- We doen het samen met onze inwoners, burgerparticipatie.
- De beschikbare capaciteit zetten we efficiënt in.

- **Bewustwording**

- We creëren bewustwording onder onze inwoners. Inwoners hebben eigen verantwoordelijkheid.

- **Vertrouwen**

- We werken vanuit vertrouwen. Van elkaar leren en samen ontwikkelen: zowel in beleid als in de uitvoering, zowel binnen de gemeenten als met partners en inwoners(-initiatieven) en partners onderling.

- **Durven te veranderen**

- Ontschotten, zowel financieel als vanuit clientniveau/perspectief.
- Schaalvergroting van de inkoop van zorg.
- We durven te investeren en te schuiven met budgetten, waarbij we ons realiseren dat niet alles mogelijk is en we keuzes moeten maken.
- Leefwereld als input voor de systeemwereld. Dit vraagt een open houding en de bereidheid om te leren en te veranderen.

- **Eerlijkheid**

- We zijn eerlijk en realistisch tegenover elkaar en onze inwoners.

ONZE STRUCTUREN EN SYSTEMEN
ZIJN OUDERWETS, WE KUNNEN
DE VOORUITGANG NIET AAN



4.2 Vertaling visie naar praktijk – Een nieuw organisatiemodel

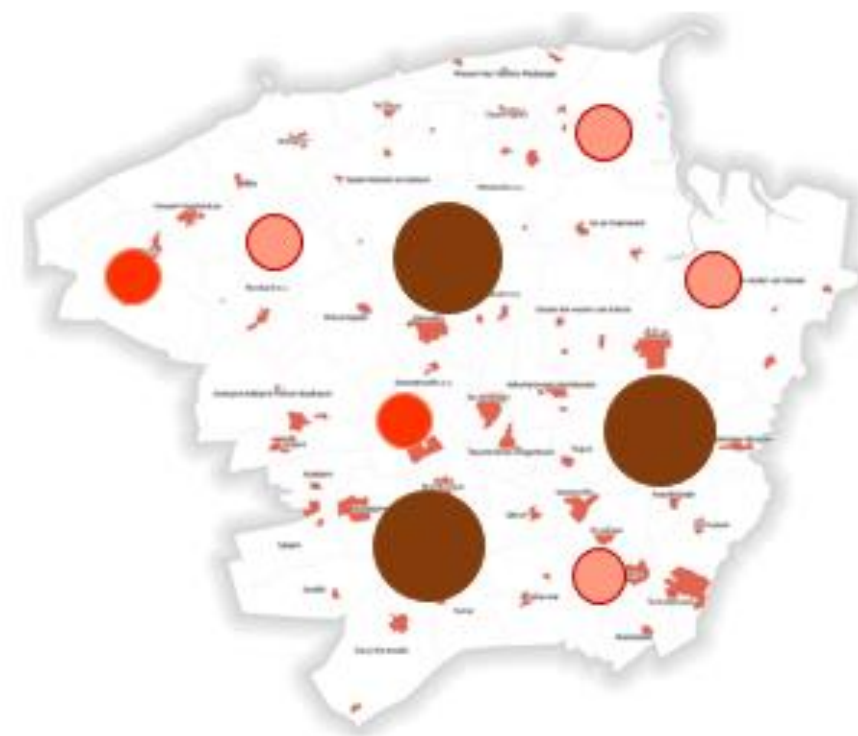
Via een nieuw organisatiemodel stellen we voor om de spreiding van het woonzorgaanbod in de regio te behouden, maar zijn we realistisch dat specialistische zorg niet overal mogelijk is. Dit betekent voor de kwetsbare inwoner dat hij/zij niet overal meer terecht kan, maar in de aangewezen zones is de zorg en ondersteuning solide voor de toekomst. En door te sturen op een gebalanceerde spreiding van deze zones over stad en dorpen, is die ondersteuning voor iedereen zo nabij mogelijk.

Huidige situatie

Inwoners met een matig tot intensieve zorgvraag kunnen op dit moment terecht in één van de intramurale instellingen of een geclusterde woonzorgvorm. Het aantal (1.110) verpleeghuisplekken is redelijk verspreid over de regio. Er zijn 18 locaties, veelal gevestigd in de voorzieningskernen en basisdorpen (15) en een klein aantal in woondorpen (3). Vanuit de meeste locaties wordt aan verschillende doelgroepen specialistische zorg (psychogeriatrisch en somatisch) geboden en vanuit enkele locaties wordt alleen één specifieke doelgroep bediend. Wlz-zorg thuis wordt momenteel marginaal ingezet, ongeveer 100 inwoners.

We tellen in de regio ongeveer 1.800 geclusterde woningen specifiek voor ouderen: aanleunwoningen bij intramurale instellingen in de buurt of zogeheten seniorencomplexen. Deze geclusterde woningen vormen met 3% een bescheiden aandeel op de totale woningvoorraad. Zeker vergeleken met het aandeel 65-plussers op de totale bevolking (22%), wat zal stijgen richting 27% in 2030 en 30% in 2040. Het bescheiden aantal geclusterde woningen specifiek voor ouderen is, net als de intramurale instellingen, redelijk verspreid over gemeente.

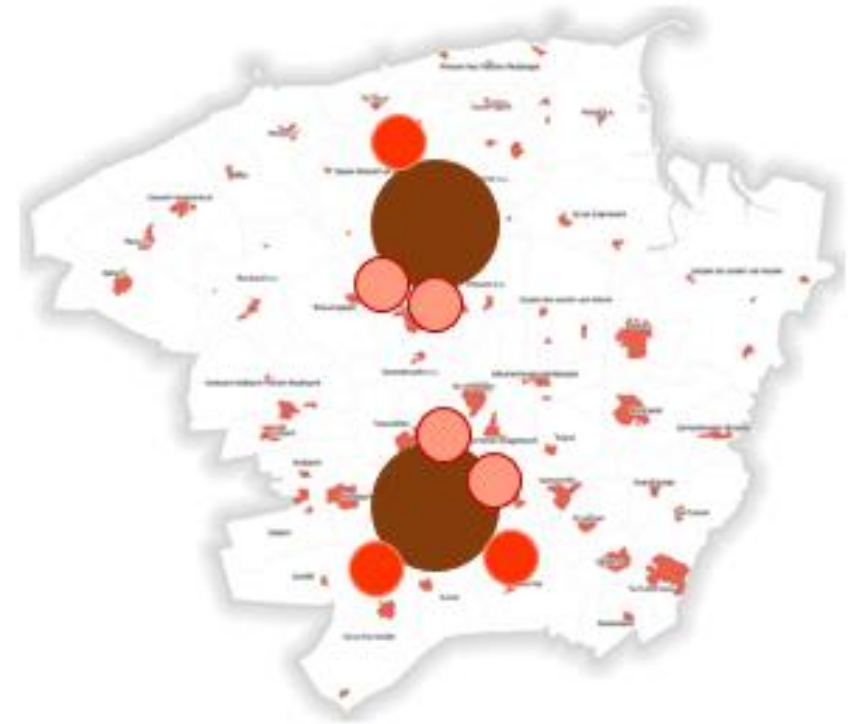
-  Zelfstandig, niet geclusterd met zorg
-  Zelfstandig, geclusterd met zorg
-  Onzelfstandig geclusterd met zorg (verpleeghuizen)



Wat als we niets doen?

Een groot deel van het intramurale zorgvastgoed is verouderd en aan vervanging toe. Als we de plekken niet vervangen, zullen ze komen te vervallen. Daarnaast hebben we te maken met personeelstekorten. De mismatch tussen zorgaanbod en zorgvraag zal groeien richting 2030. Dit kan als gevolg hebben dat de zorgaanbieders intensieve zorg sterk gaan concentreren op een aantal plekken in de regio. Als we de personeelsinzet en het wonen met zorg en welzijn niet efficiënter organiseren, is het risico dat inwoners in bepaalde gebieden onvoldoende kunnen worden ondersteund.

-  Zelfstandig, niet geclusterd met zorg
-  Zelfstandig, geclusterd met zorg
-  Onzelfstandig geclusterd met zorg (verpleeghuizen)



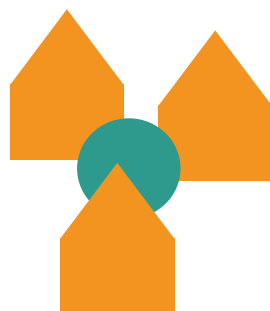
Regionaal organisatiemodel

We delen de regio op in drie zones: 'zone basis', 'zone medium' en 'zone compleet' (zie pagina 43 t/m 45). De drie zones verschillen in nabijheid van zorg en ondersteuning: Van zorg en ondersteuning na alarmering, naar nabij tot altijd aanwezig. Daarnaast kent elke zone een andere mix aan woonvormen: van zelfstandig wonen, wel of niet in combinatie met geclusterd wonen tot wonen in een intramurale instelling. Door de regio in zones in te delen, is het voor inwoners duidelijk waar men welke nabijheid van zorg, ondersteuning en woningaanbod kan verwachten. Daarnaast helpt het om de zorg en hulpverleners effectiever in te zetten: in sommige gebieden wordt meer of minder inzet van zorg en ondersteuning verwacht. De kwalificatie van het type 'zone' bepaalt ook of we in die zone wel of niet inzetten op het ontwikkelen van nultreden-, zorggeschikte-, clusterwoningen (zie bijlage 9) en/of vervangen van verpleeghuisplekken.



Drie modellen wonen met zorg en welzijn in de regio

1. Basis



Variant – Basis

Zelfstandig wonen met ontmoetingsplek/welzijnssteunpunt

2. Medium



Variant – Medium

Wlz thuis, geclusterde woonvorm (bijv.: mix vitaal/zvw/wlz), en welzijnssteunpunt.

3. Compleet



Variant – Compleet

Wlz thuis, geclusterde woonvorm (bijv.: mix vitaal/wmo/zvw/wlz), en welzijnssteunpunt incl. een voorziening voor specialistische zorg.



Zelfstandig Thuis: zorgvraag (Zvw wijkverpleging en zoveel als mogelijk Wlz VV 4,5 thuis in de oorspronkelijke woning)



Geclusterd wonen: zorgvraag (doelgroepen met een laagcomplexe wlz, met name ouderen VV4 en VV5), zelfstandig wonen.



Verpleeghuis: Inwoners met intensieve/complex zorgvraag (Wlz V&V VV5+ t/m 10) + ONZ+ crisis // huisvesting geclusterd aandachtsgroepen



steunpunt – opbouwwerk, thuiszorgteam & huisartsenpraktijk nabij

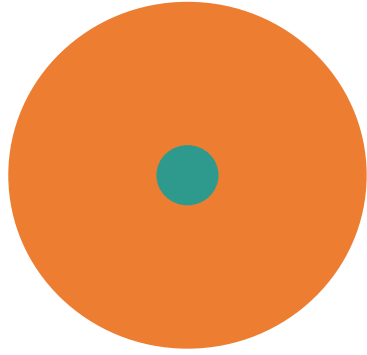


Zorgsteunpunt acute zorg / logeerszorg (ELV)



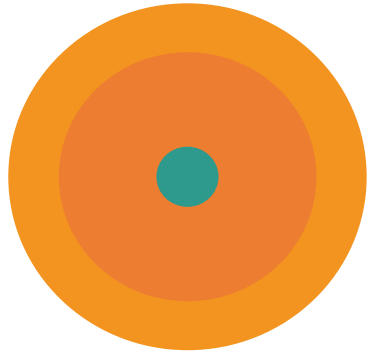
Ontmoetingsplek / Welzijnsfunctie

Extra toelichting organisatie-model



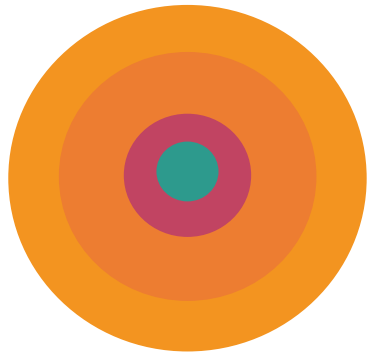
BASIS

In de 'zone basis' woon je zelfstandig en heb je een ontmoetingspunt in de buurt. Er is alleen geplande zorg mogelijk. Voor ongeplande of acute zorg is de wijkverpleging te ver op afstand. De invulling van de dag is aan jezelf, eventueel met hulp van je sociale netwerk zoals vrienden, burens en familie. Er is een laagdrempelige ontmoetingsplek en steunpunt voor (buurt)bewoners aanwezig. Je woning en woonomgeving zijn niet per se (zorg-)geschikt als de zelfredzaamheid afneemt. Als je je met de meeste dagelijkse handelingen redt, is de zorg en ondersteuning in een 'zone basis' voldoende toereikend.



MEDIUM

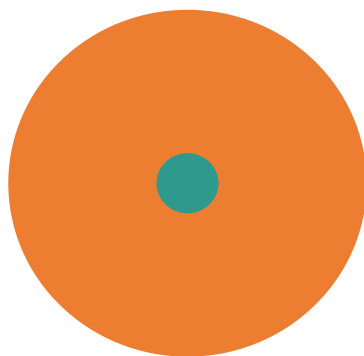
In de 'zone medium' woon je zelfstandig, alleen of geclusterd met andere (kwetsbare en niet-kwetsbare) mensen. De geclusterde woning is minimaal levensloopbestendig, maar soms ook zorggeschikt. Ook in deze zone is er een ontmoetingspunt, waar vaak dagbesteding mogelijk is. Soms is deze ontmoetingsplek in het eigen complex en soms iets verder weg, maar altijd gericht op alle inwoners in de buurt. Er is alleen geplande zorg mogelijk, maar door de clustering is ondersteuning en zorg meer nabij dan in 'zone basis'. Als je zelfstandig kunt eten en toiletteren, maar je hebt bij andere handelingen soms wat hulp nodig, is de zorg en ondersteuning in een 'zone medium' voldoende toereikend.



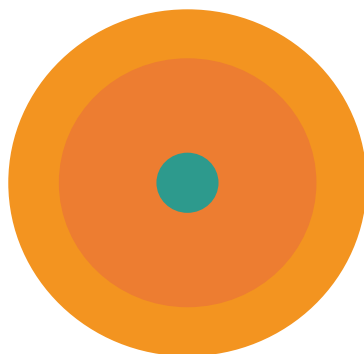
COMPLEET

In de 'zone compleet' woon je zelfstandig, zelfstandig geclusterd of niet-zelfstandig in een intramurale instelling (verpleeghuis). Een deel van deze woningen is dus sowieso levensloopbestendig en zorggeschikt. Er is een ontmoetingspunt in de buurt en in de intramurale instelling. Alle specialistische, geplande of ongeplande zorg en ondersteuning is 24/7 aanwezig en voor de geclusterde woonvormen 24/7 in de nabijheid. De hulpvraag van inwoners die in deze zone wonen, varieert van volledig zelfredzaam tot hulp nodig bij alle dagelijkse handelingen.

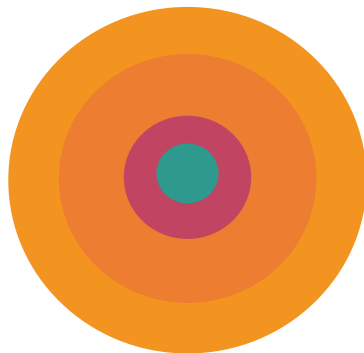
Uitwerking organisatie-model



BASIS



MEDIUM



COMPLEET

Visie

- Kwetsbare inwoners kunnen zo lang mogelijk of weer zelfstandig thuis wonen met regie over hun eigen leven ondersteund door het lokale netwerk.
- Kwetsbare inwoners kunnen passend wonen, zowel qua woning als woonomgeving.
- Kwetsbare inwoners ontvangen de zorg en/of ondersteuning die zij nodig hebben.

Hoe werkt het?

- De kern is een laagdrempelige ontmoetingsplek en steunpunt voor (buurt)bewoners. Deze plek staat open voor alle inwoners in de buurt, voor een kop koffie of ontmoeting.
- Vanuit de kern werkt ook de opbouwwerker, met veel aandacht voor gezondheid en samenredzaamheid en in samenwerking met de zorg wordt georganiseerd wat nodig is.
- In zelfstandige (geclusterde) woningen rondom de kern krijgen mensen de geplande zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. De behoefte aan ongeplande zorg en/of ondersteuning is een indicatie om in een geclusterde woonvorm te gaan wonen.
- Kwetsbare inwoners wonen bij voorkeur zo nabij mogelijk van de voorzieningen/levendigheid.
- De onzelfstandig geclusterde woningen zijn gesitueerd nabij voorzieningen.

Praktische uitwerking

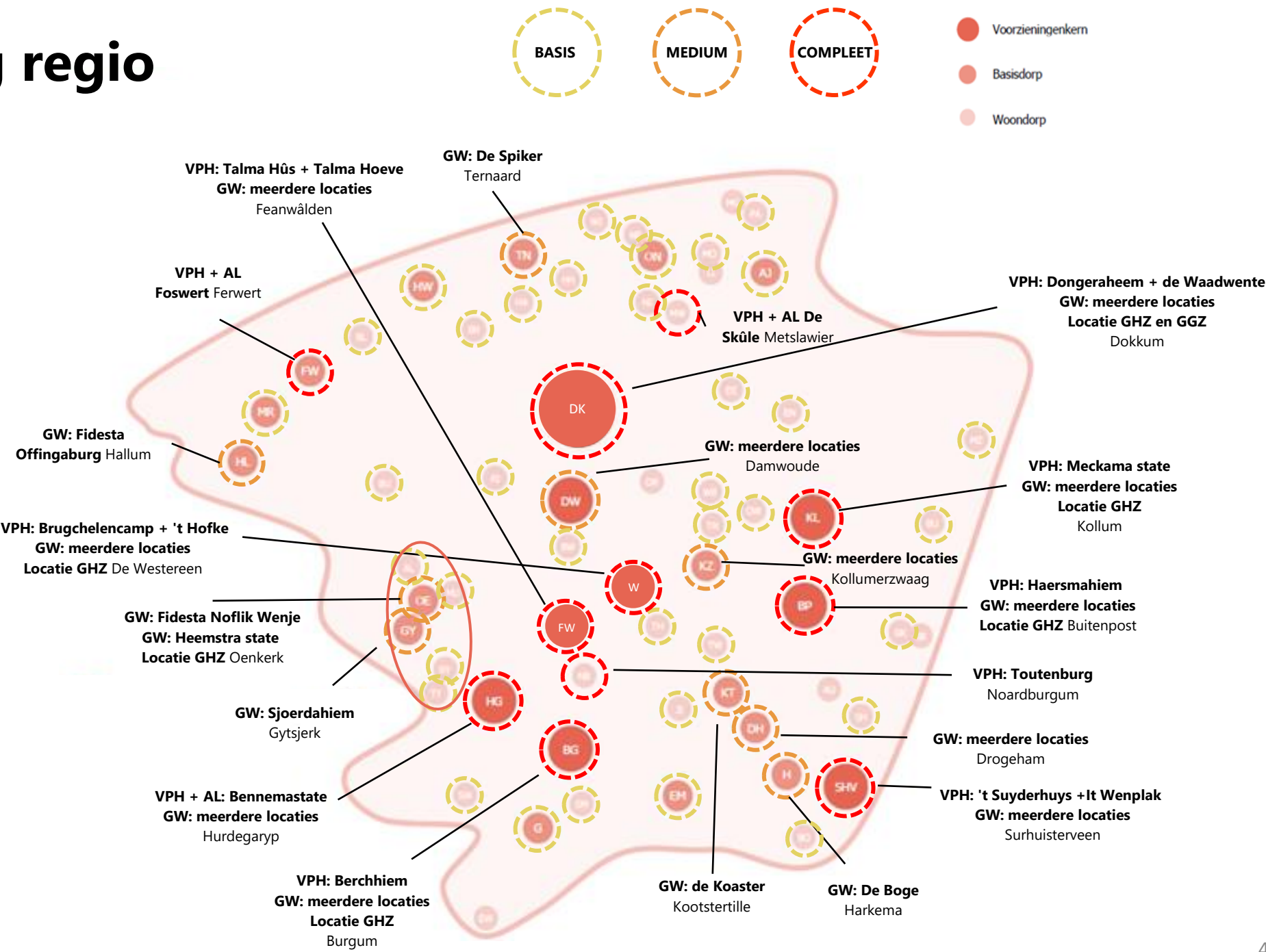
- In een zone werkt een groep inwoners, zorgaanbieders, woningcorporaties, vastgoedeigenaren en welzijnsaanbieders samen. Samen houden ze het voorzieningenniveau per variant in stand.
- Een buurthuis en een verpleeghuis, kijken samen naar de voorzieningen die nodig zijn. Het aanbod is zoveel mogelijk generiek, voor alle doelgroepen.
- Een verpleeghuis kan zijn voorzieningen open stellen naar de omgeving toe. Wanneer dit niet goed mogelijk is (bijv. i.v.m. de doelgroep die gehuisvest is) dan is er in de zone een andere centrale plek voor ontmoeting en welzijn nabij.

Gebiedsindeling regio

Deze kaart geeft een beeld van het type kernen in de regio en het aanbod van woonzorgvoorzieningen binnen die regio. Het onderscheid tussen de typen kernen (voorzieningskern, basisdorp en woondorp) is op basis van het onderzoek dat door KAW is uitgevoerd in opdracht van de gemeenten binnen de regio.

VPH = Verpleeghuis
GW = Geclusterd wonen
AL = Aanleunwoningen
GHZ = Locatie gehandicaptenzorg
GGZ = Locatie geestelijke gezondheidszorg

Dit overzicht is opgesteld op basis van beschikbare kennis van partners binnen het traject van de regionale visie op wonen met welzijn en zorg. Het overzicht is mogelijk niet compleet en kernen zijn mogelijk niet in de juiste zone ingedeeld.



Toelichting gebiedsindeling

Alle voorzieningenkernen: **zone compleet**

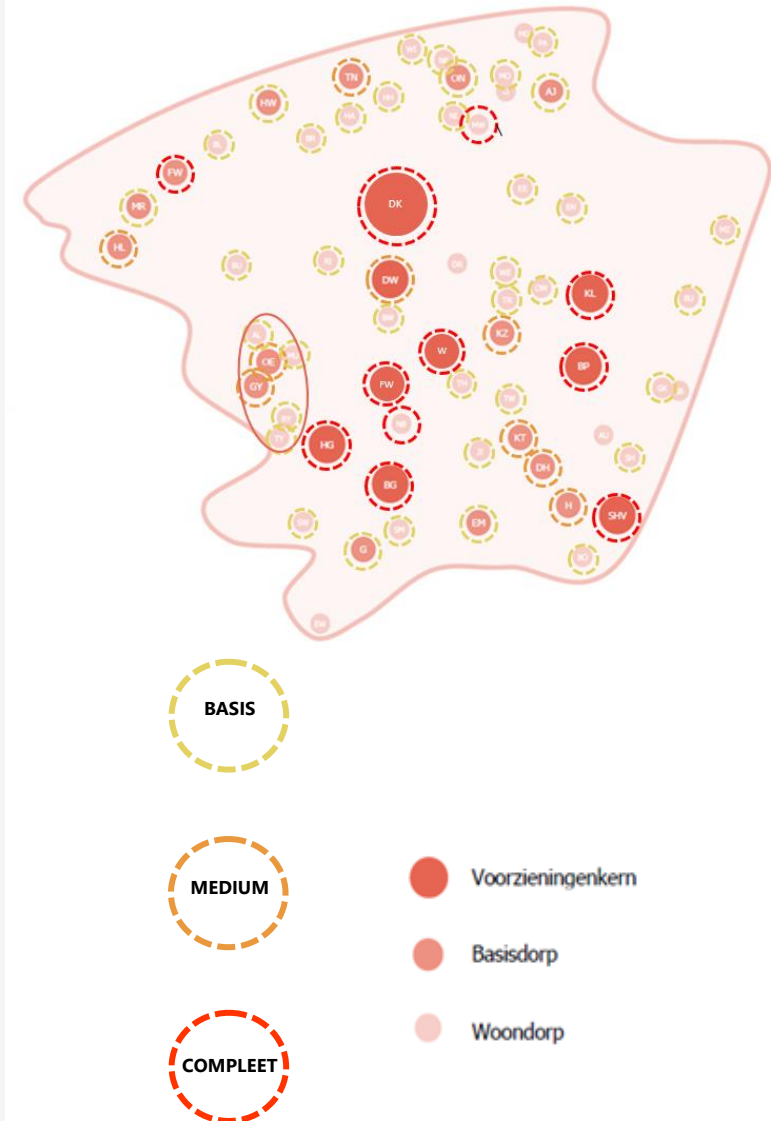
- Basisdorpen met meer voorzieningen kunnen worden aangeduid als zone compleet, omdat dit wenselijk is voor de nabijheid van zorgvoorzieningen of omdat hier al een intramurale locatie aanwezig is. Het gaat bijvoorbeeld om: Ferwert (FW), Feanwâlden (FW) en De Westereen (W).
- In een aantal woondorpen kan een uitzondering worden gemaakt naar zone compleet, omdat hier een intramurale locatie gevestigd is. Het gaat bijvoorbeeld om: Noardburgum (NB) en Metslawier (MW).
- Planbare Wlz-zorg kan thuis geleverd worden via VPT en MPT, zeker als de woning zorggeschikt is en er sprake is van een goed sociaal netwerk om de cliënt heen.

Een aantal basisdorpen: **zone medium**

- De Trynwâlden (Aldtsjerk (AL), Readtsjerk, Mûnein (MU), Oentsjerk (OE), Gytsjerk (GY), Ryptsjerk (RY), Tytsjerk (TY)) wordt als cluster van basis- en woondorpen aangeduid als voorzieningenkern in het kader van wonen met welzijn en zorg. In voorzieningenkernen waar nog geen intramurale locatie aanwezig is, kan een uitzondering worden gemaakt naar zone medium. Het gaat bijvoorbeeld om: Damwâld (DW) en de Trynwâlden.
- In een aantal basis- en woondorpen kan zone compleet worden omgezet naar zone medium, wanneer wenselijk, omdat hier een intramurale locatie omgezet kan worden naar een geclusterde woonvorm. Het gaat bijvoorbeeld om: Ferwert (FW), Noardburgum (NB) en Metslawier (MW).
- In clusters van woondorpen, kan een uitzondering gemaakt worden naar zone medium, om het aanbod van zorggeschikte tussenwoonvormen in deze gebieden te bevorderen.
- Planbare Wlz-zorg kan thuis geleverd worden via VPT en MPT, zeker als de woning zorggeschikt is en er sprake is van een goed netwerk om de cliënt heen.

Een aantal basisdorpen en woondorpen: **zone basis**

- Niet in alle basis- en woondorpen is geclusterd wonen passend, hier kan gekozen worden voor zone basis. Ook kijken we naar creatieve concepten en is maatwerk nodig.
- In woondorpen kan enkel Wlz-zorg thuis via VPT en MPT geleverd worden als er een goed sociaal netwerk is en de cliënt zorggeschikt woont. Met oog op onder andere de krapte op de arbeidsmarkt is het de vraag of het op lange termijn houdbaar is om Wlz-zorg in de woondorpen te leveren.



5. Vervolgstappen

Aan de hand van de visie met 3x opgaven met 12x acties en een nieuw organisatiemodel met 3x zones borgen we een duurzame ontwikkelrichting voor een dekkend en passend woon-, welzijn- en zorgaanbod tot 2030. De vervolgstap is om de ambities concreet te maken in een uitvoeringsagenda en in de praktijk te brengen. Hiervoor doorlopen we de derde en vierde stap van het 4 stappenplan.

4 Stappenplan

1. Opstartfase

Acties

- Verkennen partners
- Oprichten governance
- Verkrijgen inzicht in de opgave: analyse
- Opmaken procesplanning
- Organiseren Kick-off

Resultaat

- Inzicht opgave
- Commitment samenwerking

2. Visievorming

Acties

- Overeenkomen opgave
- Verkennen visie partners
- Definieren ontwikkelrichtingen
- Vaststellen toekomstscenario's

Resultaat

- Vastgestelde woonzorgvisie
- Toekomstscenario's voor modelwijken en -dorpen.
- Toetsingskader initiatieven.

3. Gebiedsgerichte aanpak

Acties

- Wijkoverleg voeren – analyse op lokaal niveau.
- Planmonitor vullen
- Lokaal knel-/ kanslocaties in beeld brengen
- Inspirerende oplossingen verzamelen

Resultaat

- Lokaal goed zicht op de risico's en kansen

4. Vastleggen uitvoeringsagenda

Acties

- Vaststellen aantal te realiseren en type woningen per doelgroep.
- Vaststellen projecten op thema's
- Vaststellen rol stakeholders

Resultaat

- Vastgesteld uitvoeringsprogramma: acties en afspraken op een rij met de woonzorgvisie als basis.

3. Gebiedsgerichte Aanpak

Actie 1: Kansenskaart met (her)ontwikkellocaties

Waarom

In deze actie wordt de eerste vertaling gemaakt van de realisatie opgave naar concrete locaties. Het is van belang om inzicht te hebben in kansrijke (her)ontwikkellocaties en locaties waar op dit moment vastgoed voor de doelgroep aanwezig is die risico lopen om te verdwijnen. Het gaat bijvoorbeeld om locaties waar nieuwbouw-/herstructurering gepland staan.

Wat

- Gesprek met gemeenten, zorgorganisaties en particuliere partijen om kanslocaties in beeld te brengen, met belangrijke kenmerken:
 - Grootte (globaal potentieel beschikbare m2 woonruimte)
 - Eigenaar (bijv. gemeente, Elken, WoonFriesland, private partij)
 - Bestemming (wonen, maatschappelijk, etc.)
 - Fase (indicatie tijdpad (beschikbaar, op de markt)) (komende jaar moeten/kunnen besluiten worden genomen; over 2-5 jaar)
- Inzicht in locaties Wlz zorg thuis (VPT/MPT/PGB concepten)

Resultaat na deze actie

- Inzicht in het verschil tussen bestaand, benodigd en gepland aantal eenheden (per doelgroep – segment).
- Beschikbare kansenskaart: inzicht in ontwikkelgebieden & -locaties in de regio.

Actie 2: Contouren uitvoeringsagenda ontwikkelen

Waarom

De lokale opgave (knel-/kanslocaties) wordt steeds duidelijker. We maken deze nog concreter naar locatie niveau.

Wat

- Per locatie gebiedsgericht met partners prioriteit en mogelijkheden bepalen om zorgwoningen (intramuraal) EN/OF zelfstandige (geclusterde) zorgwoningen en nultredenwoningen te realiseren. Met behulp van kansenskaart en met aandacht voor aspecten als: de lokale zorgvraag ontwikkeling, gebiedsindeling en spreiding over de regio.
- Per wijk-/dorp opgave verkennen met inhoudsdeskundigen; welke functies zijn er al aanwezig (zoals ontmoetingsruimtes) of nog meer gewenst op deze locatie, ook kijkend naar de lokale behoefte.
- Verkennen kansen m.b.t. woonconcepten met voorzieningen, concepten van samenredzaamheid, concepten van samenwerking formeel/informeel en collectief beheer van voorzieningen.
- Concrete afspraken over wie welke business case verder uitwerkt: welke partijen met elke locaties aan de slag gaan (in stap 4).

Resultaat na deze actie

- Lijst met locaties voor de uitvoeringsagenda met een schets van de opgave, mogelijke ontwikkelrichtingen en benodigde partijen met een vervolg.

4. Vastleggen uitvoeringsagenda

Actie 1: Vaststellen projecten op thema / regioniveau

Waarom

Sommige opgaven dienen op regioniveau te worden opgepakt in plaats van het niveau van de wijken/dorpen. Dat wordt in deze actie concreet gemaakt.

Wat

- Inventarisatie van lopende projecten: wat doen we al en wat is er nog nodig?
- Concrete projectformulering (incl. een beeld van de beschikbare middelen) op thema, binnen de acties in de woonzorgvisie.
- Concrete afspraken met stakeholders over de aanpak en rolverdeling.

Resultaat na deze stap

- Een uitvoeringsagenda op thema en regioniveau

Actie 2: Vaststellen projecten op kanslocaties

Waarom

We maken voor de komende jaren afspraken op welke concrete locaties en/of in welke wijken/dorpen we aan de slag gaan, met welke partijen en wie daarbij welke verantwoordelijkheid heeft.

Wat

- Afspraken over wie business case verder uitwerkt n.a.v. de brede uitwerking die we hiervoor in stap 3 hebben gemaakt.
- Let op: evalueer nog eens of er op deze locaties kansen zijn ook de acties nog extra te borgen.

Resultaat na deze stap

- Een uitvoeringsagenda op wijk/dorp niveau.

Actie 3: Vastleggen uitvoeringsagenda

Waarom

Het vastleggen van de uitvoeringsagenda is belangrijk zodat iedere organisatie zich de komende jaren eraan zal committeren.

Wat

- Zorgen voor een duurzame samenwerking vervolgfase: bestuurlijke tafel wonen met welzijn en zorg die voortgang bewaakt en waar issues geadresseerd kunnen worden.
- Zorgen voor voldoende basis om de businesscases verder te ontwikkelen per locatie.

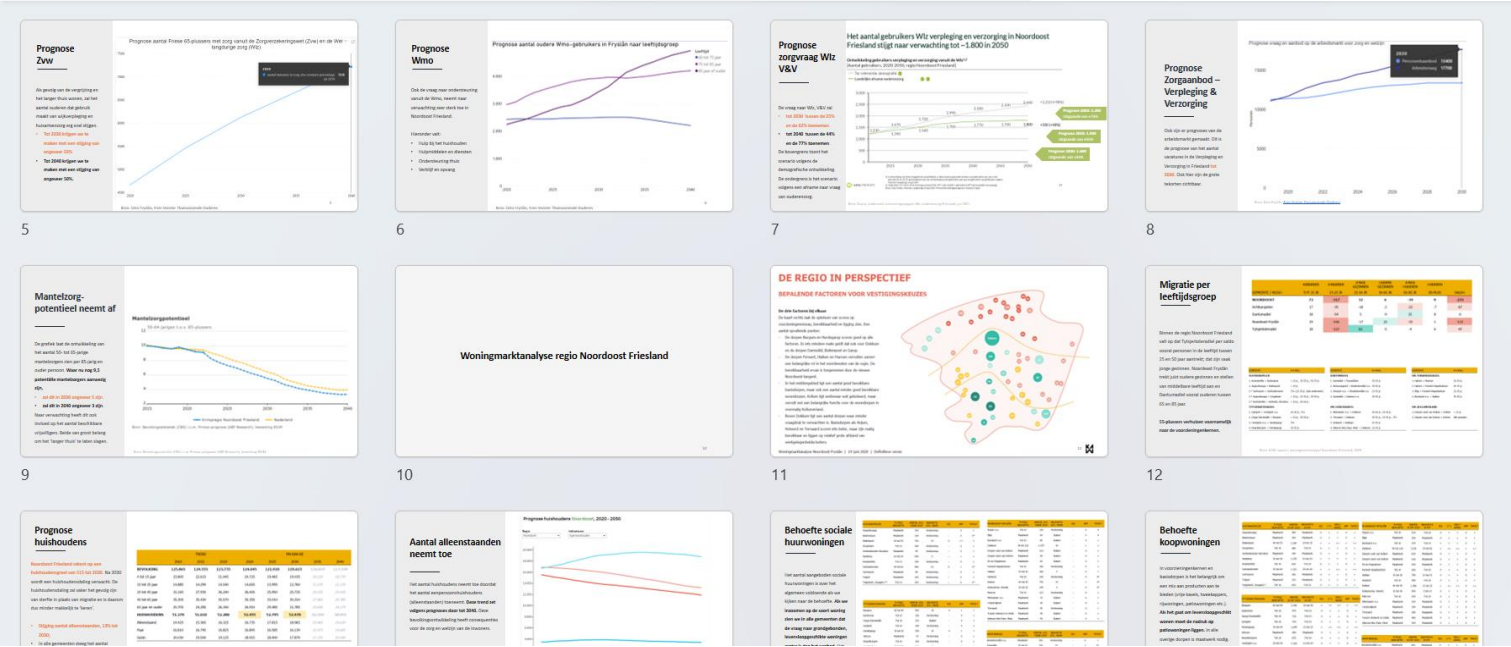
Resultaat na deze stap

- Een gedegen en gedragen convenant Ondertekend door alle stakeholders wonen met welzijn en zorg. Zie voorbeeld Haarlem.

6. Bijlagen

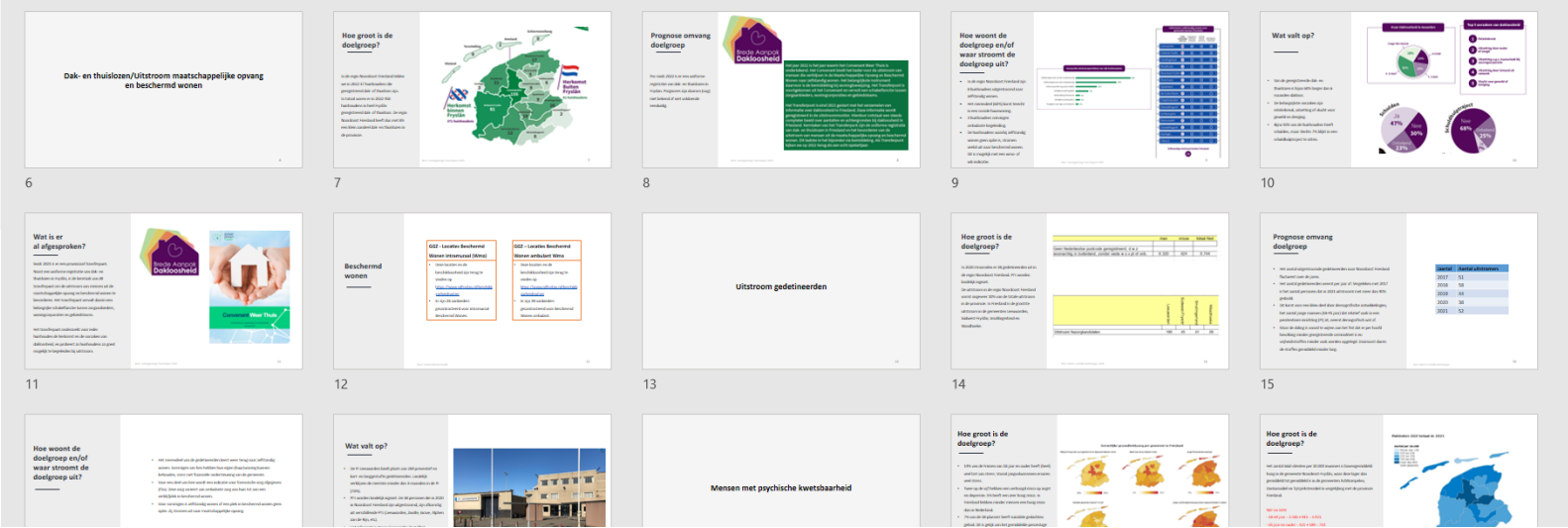
Bijlage 1 - Woonzorganalyse ouderen

Woonzorganalyse ouderen Regio Noordoost Friesland 2024-2030



Bijlage 2 - Woonzorganalyse aandachtsgroepen

Woonzorganalyse aandachtsgroepen Regio Noordoost Friesland 2024-2030



Bijlage 3

Zorg in een instelling

Voor de Wlz betaalt de inwoner een eigen bijdrage. Verhuist de inwoner naar het verpleeghuis, dan wordt dit 'intramurale zorg' of 'zorg met verblijf' genoemd. Inwoners die intramurale zorg ontvangen, betalen in de eigen bijdrage ook voor de woonruimte waarin zij verblijven, inwoners die Wlz thuis ontvangen betalen deze lasten zelf. Het landelijk beleid is dat er geen uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit (intramuraal) in Nederland mag plaatsvinden. Dit heeft te maken met de hoge kosten (i.v.m. het huisvestings-component) van intramurale zorg en de personeelstekorten.

Zorg thuis

Het ontvangen van de zorg thuis is mogelijk indien o.a. de woning, en het sociale netwerk daarvoor voldoende geschikt is. Inwoners ontvangen Zorg in Natura (ingekocht door het zorgkantoor bij de zorgaanbieder) of een PGB (inwoners kopen hun eigen zorg in). Het meest voorkomend zijn de twee opties binnen Zorg in Natura:

Volledig Pakket Thuis (VPT)

Alle zorg wordt geleverd door één zorgaanbieder en valt dus onder de verantwoordelijkheid van één Wlz-instelling.

Modulair Pakket Thuis (MPT)

De zorg wordt geleverd door één of meerdere zorgaanbieders.

Bijlage 4 – Toelichting woonvormen



bijlage 4.1



ZELFSTANDING ONGECLUSTERD

Waarom thuis blijven wonen?

Ouderen wonen steeds langer zelfstandig thuis in de eigen woning, ook wanneer hun zorgvraag toeneemt. Dat is vaak wens van ouderen.

Hoe passend wonen?

Koopwoningen zijn met relatief beperkte middelen geschikt te maken om oud in te worden: wegnemen van drempels, trapliften, sanitair beneden, etc. Daarmee zijn de woningen fysiek geschikt genoeg om er oud in te worden en met een zorgvraag te leven, maar is de zorg zelf nog niet georganiseerd. Daarbij zullen domotica en andere technologische hulpmiddelen in en rondom de woning steeds belangrijker worden. Daarnaast zien we een drempel bij mensen die wél willen verhuizen naar een passende woning: de stap naar sociale huur wordt vaak als wens genoemd, maar vanwege de inkomenstoets is dat niet altijd mogelijk. In andere gevallen kan er geen huurtoeslag worden ontvangen en is huren beduidend duurder in de maandlast dan in de eigen woning blijven wonen. Voor zittende huurders geldt weer dat een lange woontijd ook een lage huurprijs betekent; ook dan leidt verhuizen tot hogere woonlasten. Een andere reden is geen aanbod van een passende woning.

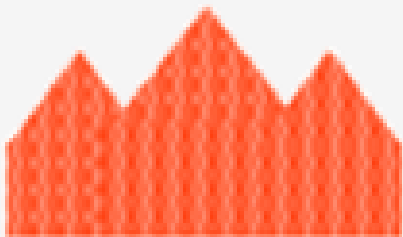
Voor welke doelgroep?

Inwoners met een zorg- en/of ondersteuningsvraag vanuit de Zvw, Wmo en Wlz die nog zelfstandig kunnen wonen (Zvw t/m Wlz VV 4,5). Wlz-zorg kan in de thuissituatie worden verleend, als de zorgvraag, de woning en de woonomgeving passend is. Hiervoor is een sterke sociale context en mantelzorgstructuur (veel hulp van familie en vrienden) van groot belang.

Welke zorg en ondersteuning is aanwezig?

- Bij een achteruitgaande gezondheid ontvangen ouderen vaak eerst wijkverpleging (Zvw), soms in combinatie met huishoudelijke hulp en dagbesteding (Wmo). De wijkverpleging verleent ook ongeplande nachtzorg.
- Na een acute zorgvraag, bijvoorbeeld bij letsel na een val, kunnen ouderen gebruik maken van eerstelijnsverblijf (ELV, Zvw) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ, Zvw), voordat zij terug naar huis keren. Dat is vaak in verpleeghuizen aanwezig.
- Als de zorgvraag verder toeneemt, moet soms een Wlz-indicatie worden aangevraagd. Wlz-zorg kan afhankelijk van een aantal factoren (aard en mate van de zorgvraag, netwerk, woning, woonomgeving) in de thuissituatie worden verleend middels VPT & MPT.

bijlage 4.2



ZELFSTANDING GECLUSTERD

Waarom geclusterd wonen?

De groep mensen met een (matig) intensieve zorgvraag die niet in een verpleeghuis terecht kunnen groeit. Het is belangrijk om voor die groep dan ook een passend aanbod te hebben. Door de uitgestrektheid van de regio Noordoost Friesland is het voor zorgpartijen niet haalbaar om op alle plekken hetzelfde niveau van wonen, zorg en voorzieningen te bieden. Enige vorm van clustering is zowel voor zorgvragers als zorgaanbieders wenselijk. We onderzoeken de mogelijkheden in de kleine kernen, maar zijn eerlijk over welke schaal nodig is om de zorg duurzaam te verlenen.

Hoe werkt geclusterd wonen?

Het doel van de geclusterde woonvorm is om samenredzaamheid te stimuleren, zodat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Voor bewoners geeft dit een gevoel van veiligheid en beschutting en zorgverleners kunnen kennis en ervaring delen en eventueel de zorgtaak delen. Ouderen verhuizen hier bij voorkeur tijdig naartoe en blijven hier wonen wanneer hun zorgvraag toeneemt.

Voor welke doelgroep?

Het uitgangspunt voor zelfstandig geclusterde woonvormen is een mix van vitale en minder vitale doelgroepen, bijvoorbeeld 1/3^e vitale ouderen, 1/3^e ouderen met een beginnende zorgvraag en 1/3^e ouderen met een intensieve zorgvraag (Wlz VV 4,5,6), maar ook een mix met andere leeftijdsgroepen is mogelijk. De oudere kan zelfstandig wonen, bijvoorbeeld doordat hij samenwoont met een partner die mantelzorg verleent.

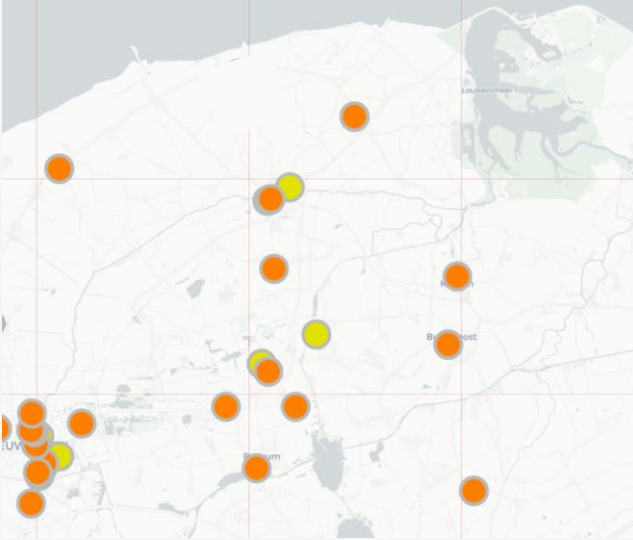
Welke zorg en ondersteuning is aanwezig?

In een geclusterde woonvorm is ontmoeting en omzien naar elkaar de basis. De geclusterde woonvorm faciliteert dat bijvoorbeeld door een gezamenlijke tuin of doordat in de zeer nabije omgeving een ontmoetingspunt/buurthuis aanwezig is. In sommige geclusterde woonvormen is 24 uur per dag ondersteuning aanwezig.

bijlage 4.3



ONZELFSTANDIG GECLUSTERD



Waarom het verpleeghuis?

Het behoud van het verpleeghuis is heel belangrijk voor inwoners met een zeer intensieve zorgvraag. Omdat ouderen steeds ouder worden neemt de complexiteit van hun zorgvragen ook toe.

Voor welke doelgroep?

Inwoners met intensieve/complex zorgvraag (Wlz V&V VV8 10): In de laatste jaren zien we in de verpleeghuizen eigenlijk alleen ouderen met een zeer intensieve zorgvraag, die enkel in het laatste levensjaar in het verpleeghuis wonen.

Welke zorg en ondersteuning is aanwezig?

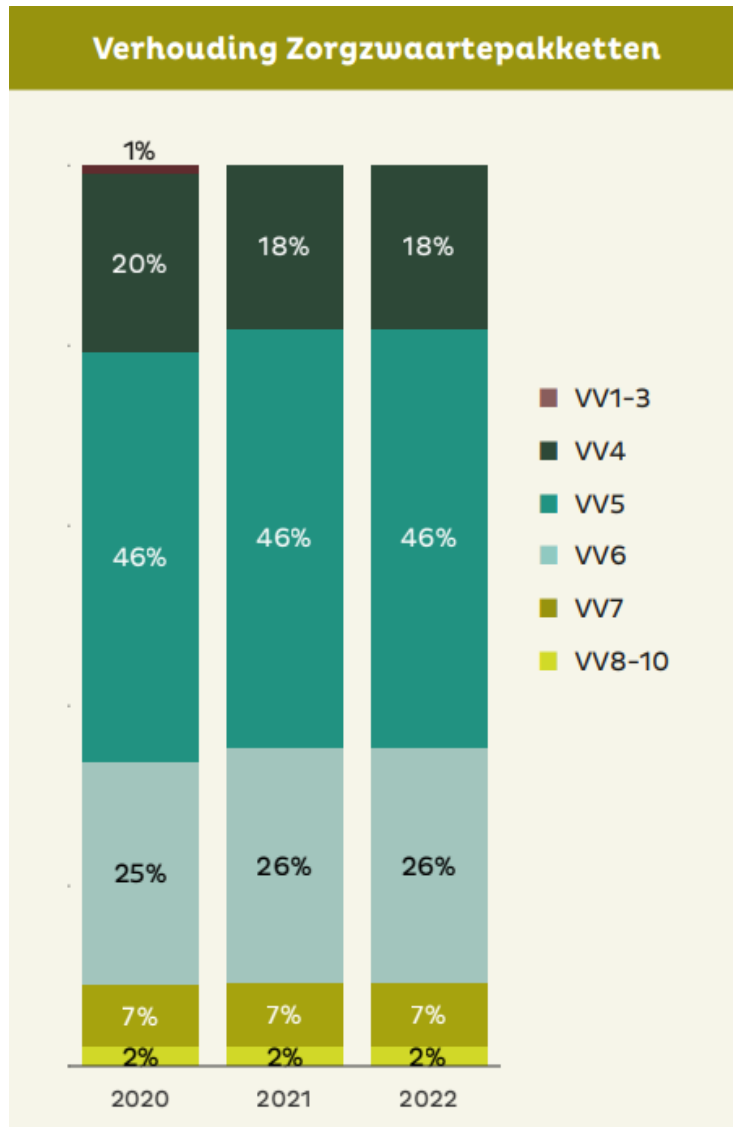
- In een verpleeghuis is de zorg meestal niet meer onder verantwoordelijkheid van de huisarts. De specialist ouderengeneeskundige (SO voorheen verpleeghuisarts) is verantwoordelijk. Daarnaast zijn er in het verpleeghuis (24/7) verpleegkundigen aanwezig om (medische) zorg te verlenen. Activiteitenbegeleiders en vrijwilligers helpen bij een zinvolle dag invulling.
- Het verpleeghuis biedt naast zorg aan de bewoners, vaak ook eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg aan tijdelijke bewoners.

Welke spreiding van verpleeghuiszorg?

Het aantal (1.110) verpleeghuisplekken in Noordoost Friesland is nu verspreid over de regio. Er zijn 18 locaties verdeeld over de kernen. Vanuit de meeste locaties wordt een mix van somatische en psychogeriatrische zorg geleverd. Vanuit enkele locaties worden alleen één specifieke doelgroep bediend.

Bij het voorstel voor de toekomst kiezen we bewust voor een spreiding in het zorgaanbod, het ontwikkelen van geclusterde woningen én het vervangen van verpleeghuisplekken.

Bijlage 5 - Zorgprofielen binnen de Wlz



VV4 -> Mensen die door een lichamelijke aandoening verzorging nodig hebben.

VV5 -> Mensen met een ernstige mate van dementie maar zonder veel gedragsproblematiek.

VV6 -> Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen of complexe ziekten in een nog niet vergevorderd stadium en/of zonder gedragsproblematiek.

VV7 -> Mensen met een combinatie van lichamelijke en psychiatrische problematiek.

VV8-10 -> Mensen die moeten revalideren na een operatie of behandeling of intensieve palliatief-terminale zorg ontvangen.

Bijlage 6 – Definitie sociale basis

Persoonlijke sociale basis

Dit gaat over de inwoner en het netwerk van die persoon, en in hoeverre dat netwerk diegene kan ondersteunen en opvangen. De rol van de lokale overheid wordt hierin geschetst op het op orde hebben van basisvoorzieningen zoals wonen of onderwijs.

Gemeenschappelijke sociale basis

Dit gaat over formele en informele gemeenschappen waar individuen zich in bevinden. Denk aan (sport)clubs of verenigingen, maar ook aan een gemeenschap in de buurt. Vrijwillige inzet van individuen voor organisaties of in gemeenschappen hoort hier ook bij. De rol voor de lokale overheid is het stimuleren en faciliteren van deelname aan dit soort gemeenschappen.

Institutionele sociale basis

Dit gaat het over de plekken (gebouwen) en organisaties waarin mensen samenkomen. Denk aan de bibliotheek of een buurthuis. Maar het gaat ook om de formele voorzieningen zoals een vrijwilligerssteunpunt of een welzijnsorganisatie. De rol voor de lokale overheid is om te zorgen dat deze instituties bereikbaar en beschikbaar zijn van mensen, bijvoorbeeld door het verstrekken van subsidies.

‘De sociale basis betekent: vrij toegankelijke formele en informele activiteiten en voorzieningen gericht op het elkaar ontmoeten en ondersteunen, ontplooiën en ontspannen die zorgen dat mensen kunnen samenleven en meedoen. Het versterken van de sociale basis gaat over het omzien naar elkaar in de wijken, buurten en dorpen. Maar ook over het autonoom kunnen leiden van het leven met eigen regie en een netwerk vanuit die basis.’

Het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen) aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen, die het mogelijk maakt dat inwoners de mogelijkheden hebben om te participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert (Sterke beleidsinterventies, sterke sociale basis).

Bijlage 7 – Onderscheid gemeenschapskracht, informele zorg en formeel zorg

Gemeenschapskracht

- Contact, er zijn en sociaal netwerk
- Intrinsieke en wederkerige relaties
- Voor en door bewoners
- Sociale clubs en fysieke of virtuele communities
- Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en ouders samen
- Steunstructuur in de buurt (dorpsondersteuner of buurtverbinder met sleutelfiguren)
- Ontmoetingsplekken en samen wonen in de buurt
- Waarderen mantelzorgers en coördinerende bewoners
- Zeggenschap en eigenaarschap

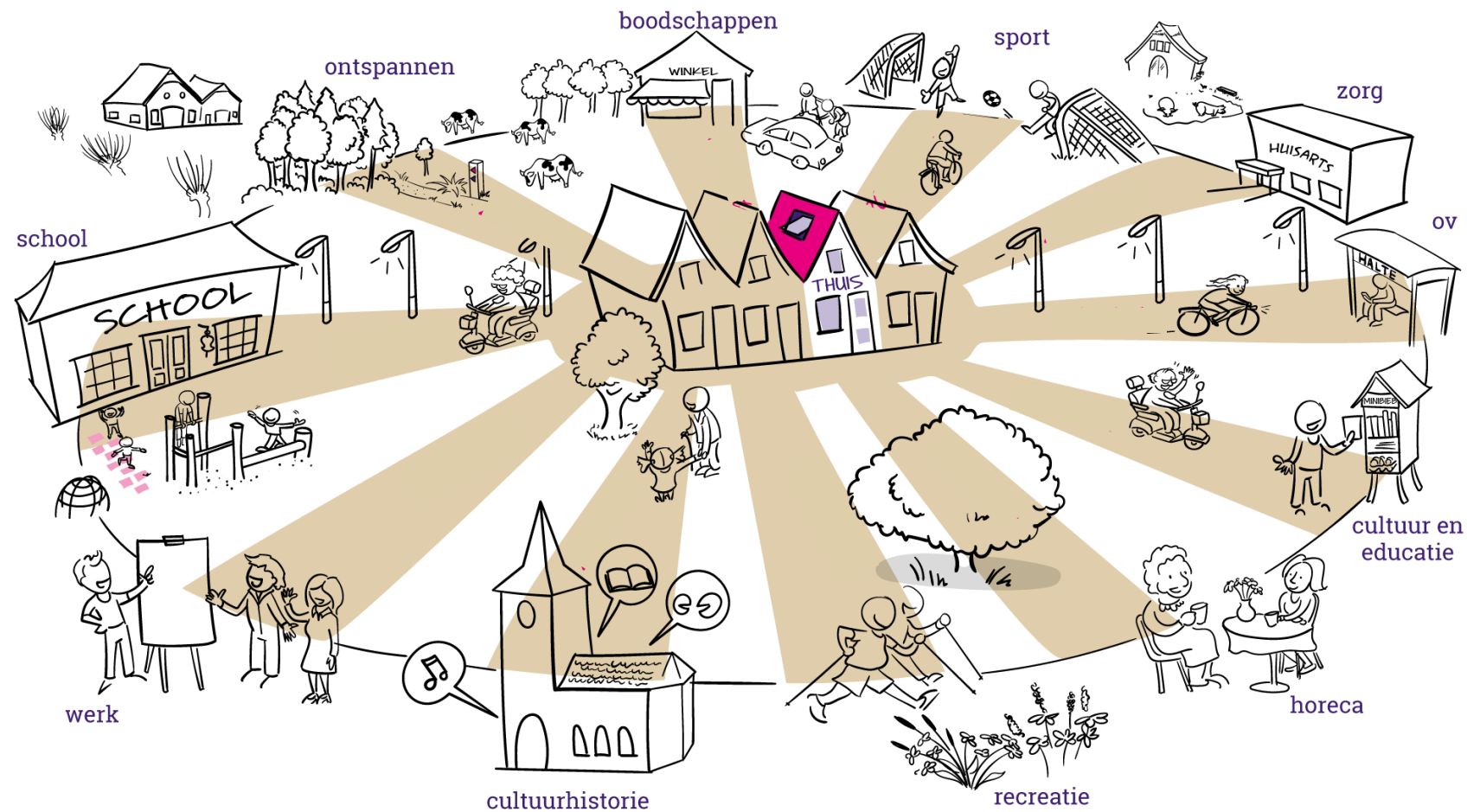
Informele zorg

- Sociaal vangnet
- Vraaggerichte relatie
- Doelgroepgericht
- Activiteiten- en informatieaanbod
- Voor specifieke (afgebakende) hulpvragen
- Vrijwilligers (getraind en geleerd per doelgroep georganiseerde organisatie)
- Maatjes en groepsondersteuning
- Ondersteuningsstructuur voor vrijwilligers
- Opdrachtgericht

Formele zorg

- Diagnostiek en interventies
- Communicatieve relatie
- Persoonsgericht
- Zorg- en dienstverlening; evidence-based
- Bij zieke, gezondheidsklachten en complexe hulpvragen
- Intramurale of ambulante hulp- of zorgverlening en verpleegzorg (via zorgorganisatie)
- Situatie patiënt/cliënt centraal; maatwerk
- Contracten op basis van kritieke prestatie-indicatoren (KPI's)
- Resultaatgericht

COÖRDINATIE PUNT IN DE WIJK



Bijlage 9 – Definities woningen geschikt voor ouderen

Nultredenwoning

Nultredenwoningen zijn reguliere zelfstandige woningen die zowel intern als extern toegankelijk zijn voor een bewoner met een lichte mobiliteitsbeperking. Dit houdt in dat de woningen extern toegankelijk zijn zonder trap te lopen. Dit kan door afwezigheid van een trap, of door aanwezigheid van een lift. En dat de woonkamer, keuken, badkamer, toilet en minimaal 1 slaapkamer zich op één verdieping bevinden en daarmee zonder traplopen te bereiken zijn (intern toegankelijk). Deze woningen zijn toegankelijk bij oplevering van nieuwbouw en behoeven geen aanpassing meer. Bijvoorbeeld, een reguliere eengezinswoning die wordt aangepast met een traplift is geen nultredenwoning.

Geclusterde woonvorm

Geclusterde woonvorm Geclusterde woningen zijn woningen die voldoen aan de definitie voor nultredenwoningen in een geclusterde woonvorm. Geclusterd betekent dat deze woonvormen ingericht zijn op het bevorderen van sociaal contact en gemeenschapsgevoel, waardoor eenzaamheid wordt tegengegaan en samenredzaamheid wordt bevorderd. Er moet daarom een ontmoetingsruimte in pandig aanwezig zijn of op loopafstand voor ouderen (bv. ca. 100 m). Die ruimte moet gericht zijn op ontmoeting van bewoners en eventueel buurtbewoners en op een open en transparante basis te gebruiken zijn. Landelijk wordt bij clustering uitgegaan van een schaal van minimaal 12 woningen. Daarnaast worden woningen in een geclusterde woonvorm voor minimaal 50% bestemd voor of met voorrang toegewezen aan 55+ers. Voorbeelden van geclusterde woonvormen kunnen onder andere hofjeswoningen, serviceflats, aanleunwoning en seniorenflats zijn. Ook in dit type woning kan onder voorwaarden (Wlz) zorg geleverd worden.

Zorggeschikte woning

Zorggeschikte woningen zijn zelfstandige nultredenwoningen waarin Wlz-zorg geleverd kan worden voor bewoners en die onderdeel zijn van een geclusterde woonvorm (zie definitie nultredenwoningen en geclusterde woningen). Om alle vormen van zorg te kunnen leveren dienen deze wooneenheden en de woonvorm rolstoelgeschikt te zijn, met voldoende ruimte om zorg te verlenen. De woningen zijn dementievriendelijk ingericht. Woningen die vallen onder de categorie BAT 3 of 4 en Woonkeur 6 vallen binnen deze definitie.