



rijksuniversiteit
groningen

faculteit ruimtelijke
wetenschappen

Master's Thesis

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen

MSc Economic Geography

“Toekomstscenario's van de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen”

Met een focus op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie



Student: C.H.S. (Sophie) van Bergen

Studentnummer: S3160238

Contact: c.h.s.van.bergen@student.rug.nl

Vakcode: GEMTHEG

Begeleider/ Eerste beoordelaar: Prof. dr. A.E. Brouwer

Tweede beoordelaar: Dr. A.J.E. Edzes

Datum: 7 juni 2024, definitieve versie

Samenvatting

Dit onderzoek focust zich op toekomstscenario's van de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Door onder andere vergrijzing, verduurzaming en een veranderende samenleving staat de gezondheidszorg onder grote druk. Om de verwachte druk op de gezondheidszorg op te kunnen vangen en daarnaast te kunnen voldoen aan de opgestelde duurzaamheidsdoelen, zullen beleidsmakers nu scherpe beslissingen moeten maken. Huidige beleidsplannen hebben immers direct impact op toekomstige doelen; verstandig is het daarom om vanuit toekomstscenario's de huidige beleidsplannen te beargumenteren (PBL, 2023). In dit onderzoek wordt specifiek gefocust op de gemeente Groningen. Het doel van dit onderzoek is om te bepalen welke impact huidige keuzes in ruimtelijk-economisch en sociaaleconomisch beleid hebben op een toekomstbestendige en duurzame gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Het onderzoek focust hiervoor op vier ruimtelijk-economische factoren, namelijk: regionale ontwikkeling, gezonde verstedelijking, locatiefactoren en brain drain. Daarnaast worden er vier sociaaleconomische factoren geanalyseerd, bestaande uit: sociaaleconomische status, toegang tot zorg, vergrijzing en digitalisering. Dit onderzoek maakt gebruik van diepte-interviews met experts. Tot slot heeft dit onderzoek een integrale werkwijze en een unieke insteek door gebruik te maken van toekomstscenario's van het Planbureau voor de Leefomgeving. Doordat dit onderzoek wetenschappelijke literatuur met beleidstukken combineert, levert dit onderzoek een bijdrage aan de literatuur en geeft het nieuwe inzichten voor beleidsmakers, met name in de gemeente Groningen.

Trefwoorden

Gezondheidseconomie, duurzaamheid, toekomstbestendig, ruimtelijk-economisch, sociaaleconomisch, vergrijzing, beleid, toekomstscenario's, integrale werkwijze.

Dankwoord

Alle respondenten die hebben geparticipeerd in dit onderzoek worden hartelijk bedankt voor hun deelname. Hun enthousiasme, kennis en inzichten hebben een grote bijdrage geleverd aan dit onderzoek. Daarnaast gaat er grote dank uit naar Aleid Brouwer, voor haar waardevolle feedback en support gedurende dit onderzoek.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Introductie.....	6
1.1 Inleiding.....	6
1.2 Aanleiding	6
1.3 Belang van onderzoek	9
1.4 Onderzoeksvraag	10
1.5. Structuur onderzoek	11
2. Overzicht van de literatuur	12
2.1. Theoretisch kader	12
2.1.1. Gezondheidseconomie.....	12
2.1.2. Institutionele rol.....	14
2.1.3. Ruimtelijk economische factoren in de gezondheidseconomie	15
2.1.4. Sociaaleconomische factoren in de gezondheidseconomie	19
2.2. Beleidskader.....	24
2.2.1. Ruimtelijk economisch beleid en gezondheidseconomie	24
2.2.2. Sociaal economisch beleid en gezondheidseconomie	24
2.2.3. Landelijke doelstellingen.....	24
2.2.4. Doelstellingen gemeente Groningen.....	27
2.3. Toekomstscenario's van het PBL	29
2.3.1. Mondiaal Ondernemend	29
2.3.2. Groen Land.....	30
2.4. Conceptueel model en verwachtingen	32
2.4.1. Conceptueel model	32
2.4.2. Verwachtingen.....	33
3. Onderzoeksmethode.....	35
3.1. Onderzoeksstrategie	35
3.1.1. Kwalitatief onderzoek.....	35
3.2. Selectie participanten	36
3.3. Opzet interviews	38
3.3.1. Ethisch omgaan met data	39
3.4. Analyse interviews.....	39
3.5. Validiteit en betrouwbaarheid	40
4. Resultaten en analyse	42
4.1. Ruimtelijk economische factoren.....	42
4.1.1. Regionale ontwikkeling	42
4.1.2. Gezonde verstedelijking	45

4.1.3.	Locatiefactoren	47
4.1.4.	Brain drain	50
4.2.	Sociaaleconomische factoren.....	52
4.2.1.	Sociaaleconomische status.....	52
4.2.2.	Toegang tot zorg	54
4.2.3.	Vergrijzing.....	57
4.2.4.	Digitalisering	59
5.	Conclusie	63
5.1.	Beantwoording onderzoeksvragen.....	63
5.2.	Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek	66
6.	Bronnenlijst.....	69
7.	Appendix	78
	Appendix 1: Interview handleiding.....	78
	Appendix 2: Informatiedocument.....	80
	Appendix 3: Deelnemersovereenkomst.....	81

Lijst met figuren

Figuur 1: Leeftijdsopbouw Nederland 2022 (CBS, 2022a).....	6
Figuur 2: Leeftijdsopbouw Nederland 2050 (Voorspelling) (CBS, 2022a).....	7
Figuur 3: Prognose bevolking per leeftijdsgroep (CBS, 2022b)	8
Figuur 4: Migratiesaldo, prognose 2021-2070 (inclusief correcties en intervallen) (CBS, 2021)	8
Figuur 5: Aantal inwoners Nederland, waarneming en prognose 2021-2070 (inclusief intervallen) (CBS, 2021).....	9
Figuur 6: The European Green Deal (Haines & Scheelbeek, 2020, p. 1).....	14
Figuur 7: Aspecten die van toepassing zijn op gezonde verstedelijking (Luo et al., 2022, p. 10)	17
Figuur 8: Van lineaire naar circulaire economie (Rijksoverheid, 2024d).....	26
Figuur 9: Opgaven voor de Gemeente Groningen binnen de gezondheidseconomie (Gemeente Groningen, 2023, p. 28-29)	28
Figuur 10: Kernwaarwaarden in beleidsscenario "Mondiaal Ondernemend" (PBL, 2023, p. 76)	30
Figuur 11: Kernwaarwaarden in beleidsscenario "Groen Land" (PBL, 2023, p. 114)	31
Figuur 12: Rangorde van kernwaarden per scenario (PBL, 2023, p. 60)	31
Figuur 13: Conceptueel model	33
Figuur 14: Analyse van getranscribeerde tekst.....	40
Figuur 15: Regionale spreiding van grootste zorgverzekeraars in 2023 (RIVM, 2023)	67

Lijst met tabellen

Tabel 1: Categorieën participanten.....	37
Tabel 2: Overzicht respondenten.....	38
Tabel 3: Overzicht resultaten rondom regionale ontwikkeling.....	44
Tabel 4: Overzicht resultaten rondom gezonde verstedelijking.....	47
Tabel 5: Overzicht resultaten rondom locatiefactoren.....	49
Tabel 6: Overzicht resultaten rondom brain drain.....	52
Tabel 7: Overzicht resultaten rondom sociaaleconomische status.....	54
Tabel 8: Overzicht resultaten rondom toegang tot zorg.....	57
Tabel 9: Overzicht resultaten rondom vergrijzing.....	59
Tabel 10: Overzicht resultaten rondom digitalisering.....	62
Tabel 11: Beantwoording van deelvraag 1.....	65
Tabel 12: Beantwoording van deelvraag 2.....	66

1. Introductie

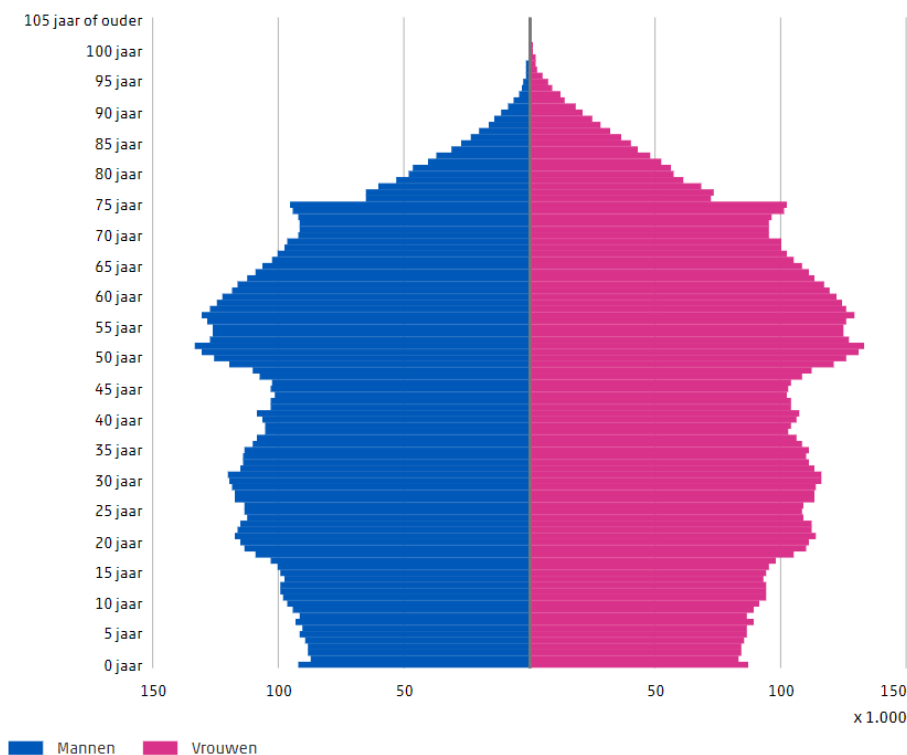
1.1 Inleiding

De wereld om ons heen verandert; we hebben te maken met de gevolgen van klimaatverandering, verduurzaming, de energietransitie, krapte op de arbeidsmarkt, aanpak van het woningtekort, toenemende digitalisering en een steeds ouder wordende samenleving, om slechts een paar actuele onderwerpen te noemen. Juist daarom is het van groot belang voor bestuurders om nu scherpe keuzes te maken; beslissingen die nu gemaakt worden, hebben immers een grote invloed op onze toekomst. Verstandig is het dus om vanuit de toekomst terug te redeneren naar de huidige beleidsplannen (Planbureau voor de Leefomgeving, 2023).

In dit onderzoek ligt de focus op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie, want: Nederland vergrijsjt (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022a). Om hierop te anticiperen, zullen er daarom beleidsmatig nu al scherpe beslissingen moeten worden gemaakt. Het aantal ouderen in Nederland neemt steeds meer toe, terwijl het aantal kinderen dat geboren wordt juist afneemt. Momenteel zijn inwoners van Nederland in de leeftijdscategorie vijftig tot tachtig jaar oververtegenwoordigd (CBS, 2022a), zoals te zien is in figuur 1.

Leeftijdsopbouw Nederland 2022

Totaal: 17.591.000 inwoners



Figuur 1: Leeftijdsopbouw Nederland 2022 (CBS, 2022a)

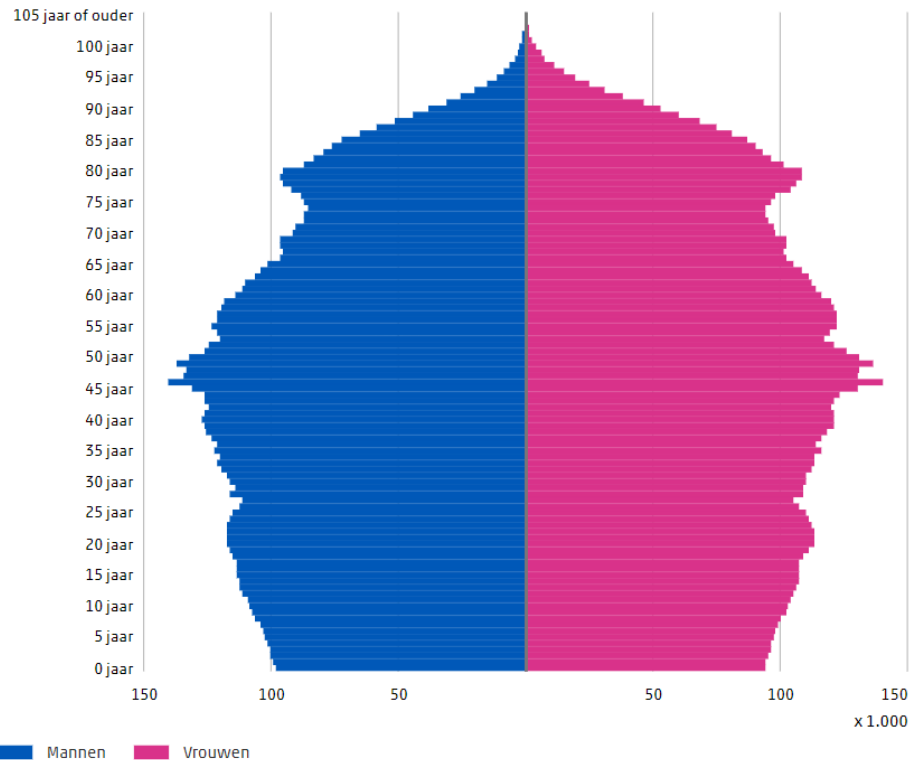
1.2 Aanleiding

Vergrijzing is een van de belangrijkste demografische trends van Nederland op dit moment (PBL & CBS, 2022). In 2021 was het percentage 65-plussers opgelopen naar zo'n 19,8 procent, maar de kernprognose voorspelt een nog verdere stijging naar zo'n 24,2 procent 65-plussers in 2035 (PBL & CBS, 2022). De vergrijzing zet nog verder door tot 2040 met een verwachting van 25,1 procent ouderen,

maar daarna zal het aandeel 65-plussers weer geleidelijk afnemen naar 24,7% 65-plussers in 2050 (PBL & CBS, 2022). Dit beeld wordt bevestigd in figuur 2. De verwachting is dat in 2050 de meeste inwoners van Nederland zich in de leeftijdscategorie veertig tot vijfenvijftig bevinden (CBS, 2022a).

Leeftijdsofbouw Nederland 2050 (voorspelling)

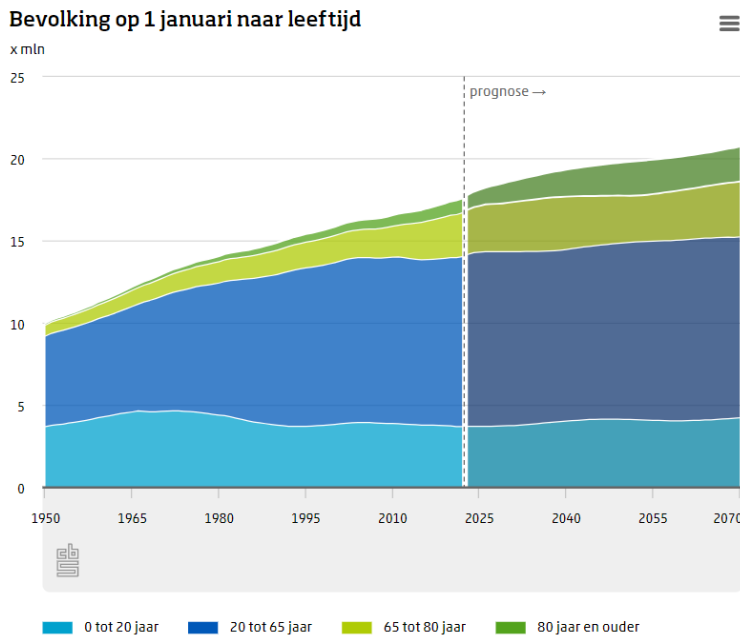
Totaal: 19.789.000 inwoners



Figuur 2: Leeftijdsofbouw Nederland 2050 (Voorspelling) (CBS, 2022a)

Een andere conclusie die getrokken kan worden als beide figuren worden vergeleken, is dat het totale inwoneraantal van Nederland de komende jaren gaat stijgen. De kernprognose van het CBS voorspelt dat de Nederlandse bevolking in 2070 uit 20,6 miljoen inwoners bestaat (CBS, 2021), zoals te zien is in figuur 6. De belangrijkste redenen van de groei in de Nederlandse bevolking zijn; een hogere gemiddelde leeftijd (figuur 2), migratie (figuur 4), en hogere geboortecijfers tot 2040 (CBS, 2021).

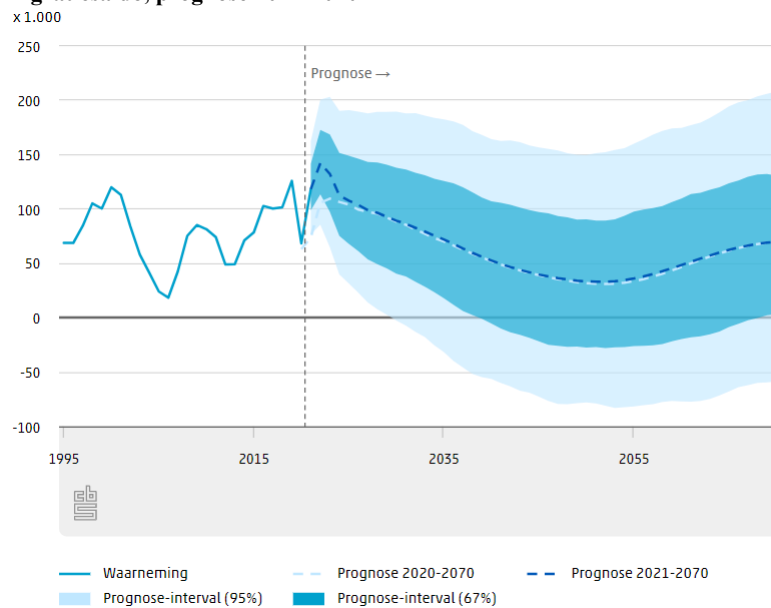
Dat mensen steeds ouder worden is te zien in figuur 3. De prognose voor de periode 2022-2070 is dat het aantal mensen in de leeftijdscategorie tachtig jaar en ouder steeds hoger wordt (CBS, 2022b). Met andere woorden: er is sprake van dubbele vergrijzing. De totale groep ouderen neemt absoluut gezien toe, maar ook het aandeel tachtigplussers stijgt steeds verder (Lloyd, 2012). Het is belangrijk op te merken dat er sprake is van regionale verschillen. Uit bepaalde regio's, zoals Oost-Groningen, trekken jonge mensen met veel arbeidspotentieel weg uit de regio. Het wegtrekken van jong talent wordt gezien als "brain drain" en zorgt ervoor dat vergrijzing in deze regio's nog zichtbaarder wordt (Gemeente Groningen, 2020; Planbureau voor de Leefomgeving, 2023b).



Figuur 3: Prognose bevolking per leeftijdsgroep (CBS, 2022b)

De tweede reden waarom het Nederlandse inwonersaantal stijgt, is migratie. De prognose is dat het aantal immigranten hoger zal zijn dan het aantal emigranten (CBS, 2021). Dit is op te maken uit figuur 4. Zoals af te lezen uit de figuur, is het migratiesaldo positief volgens de Kernprognose 2021-2070, wat inhoudt dat de verwachting is dat er meer mensen naar Nederland toe zullen bewegen dan dat er mensen vertrekken. Het migratiesaldo is het totale aantal immigranten minus het totale aantal emigrantten (CBS, 2021).

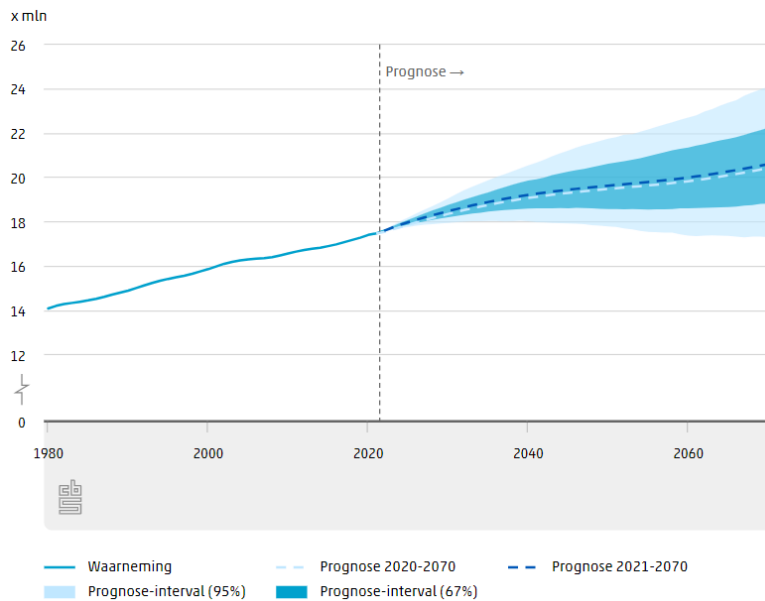
Migratiesaldo, prognose 2021-2070



Figuur 4: Migratiesaldo, prognose 2021-2070 (inclusief correcties en intervallen) (CBS, 2021)

De bevolking zal blijven toenemen, gezien de bevolkingsgroei elk jaar positief blijft. Een exactere prognose van de bevolkingsgroei is af te lezen in figuur 5.

Aantal inwoners Nederland per jaar (prognose)



Figuur 5: Aantal inwoners Nederland, waarneming en prognose 2021-2070 (inclusief intervallen) (CBS, 2021)

Concluderend, Nederland vergrijst, de gemiddelde leeftijd wordt hoger en het inwoneraantal stijgt (CBS, 2021). De vraag naar zorg zal hierdoor sterk gaan stijgen, terwijl het aanbod van zorg juist steeds schaarser wordt (NOS, 2022). Om hier op in te spelen, zullen er nu scherpe beslissingen moeten worden gemaakt door bestuurders en beleidsmakers. Dit is van groot belang binnen de gezondheidseconomie, aangezien deze sector veel gevolgen zal ervaren door de toenemende vergrijzing. Echter, deze uitdaging kan ook kansen bieden in termen van duurzaamheid (Gemeente Groningen, 2023). In dit onderzoek zullen deze kansen onderzocht worden.

1.3 Belang van onderzoek

De Gemeente Groningen verwacht dat de komende jaren de zorgkosten nog verder zullen stijgen, de vergrijzing in de gemeente blijft toenemen, ouderen langer thuis blijven wonen en er daarnaast een groot tekort aan personeel zal zijn in de zorg (Gemeente Groningen, 2023). Dit zorgt voor een enorme druk op de zorg en de gezondheidseconomie, waardoor toegang tot zorg lang niet altijd meer vanzelfsprekend zal zijn (NOS, 2022). Daarom is het inmiddels noodzaak om zorg te prioriteren en beleidsmatig te sturen op een passende manier (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022). Er is een grote urgentie naar passende zorg, gezien de toenemende druk op de gezondheidssector. Dit betekent dat er passend gebruik wordt gemaakt van de zorg, maar er ook gepaste organisatie voor is. Passende zorg gaat niet alleen maar over ziekte, maar juist ook over gezondheid. Het draagt bij aan het functioneren van mensen en de levenskwaliteit. Met andere woorden, passende zorg vraagt om een wijdere blik op de gezondheidszorg; waardoor er een vraag naar integratie met het sociaal domein ontstaat (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022). Onder sociaal domein vallen alle onderwerpen waarin gemeenten en maatschappelijke organisaties elkaar aanvullen en samenwerken op het gebied van gezondheid, veiligheid en welzijn (ZonMw, 2023).

De gezondheidseconomie vraagt de komende jaren om veel ontwikkelingen en innovatie zal een belangrijke rol gaan spelen (Zwaving, 2017). Dit op zijn beurt zal een positief effect hebben op vernieuwing, innovatiekracht, ondernemerschap en dynamiek in het sociaal domein (Gemeente

Groningen, 2020). Juist in de gemeente Groningen is een sterke gezondheidssector aanwezig, met een grote concentratie van kennis, bedrijven en overheid. De gezondheidseconomie brengt veel potentie met zich mee op het gebied van werkgelegenheid en bedrijvigheid in de gemeente (Gemeente Groningen, 2020). De vereisten voor een sterke en vooral duurzame gezondheidseconomie zijn aanwezig in de Gemeente Groningen, om de transitie van zorg naar gezondheid te kunnen realiseren. Belangrijke werkgevers zijn het UMCG en het Martini Ziekenhuis, zij hebben een grote aantrekkingskracht op andere zorg- en gezondheid gerelateerde organisaties (Gemeente Groningen, 2023). Hiernaast zorgen de kennisinstellingen, bijvoorbeeld de Rijksuniversiteit Groningen, Hanze Hogeschool, maar ook het Alfa College en Noorderpoort voor ontwikkeling en innovatie in de sector, onder andere door middel van subsidies en fondsen (Gemeente Groningen, 2023).

Kortom, in de gemeente Groningen liggen veel kansen voor ontwikkeling naar een sterke en duurzame gezondheidseconomie en daarom is de gezondheidseconomie en Healthy Ageing al jarenlang een speerpunt in Noord-Nederland en dan met name in Groningen (Zwaving, 2017). Dit beeld wordt ook bevestigd door de Europese Unie; Noord-Nederland is door de EU erkend als Europees voorbeeld van regionale samenwerking op het gebied van gezondheid en Healthy Ageing (Groninger Ondernemers Courant, 2022). Om deze erkenning in ontvangst te mogen nemen, moest Noord-Nederland bewijzen dat kennisinstellingen, overheidsinstanties, bedrijven, maatschappelijke organisaties maar juist ook inwoners van de regio betrokken zijn bij een doordachte en onderbouwde strategie in het thema gezondheidseconomie en Healthy Ageing (Groninger Ondernemers Courant, 2022). Dit is bijvoorbeeld terug te vinden in de Healthy Ageing Network Northern Netherlands, ofwel HANNN (2023), dat alle geïnteresseerden en belanghebbenden in de sector samenbrengt met als doel nieuwe producten, diensten en/of concepten te ontwikkelen die bijdragen aan Healthy Ageing.

In de Gemeente Groningen liggen veel kansen omtrent innovatie in de gezondheidseconomie (Gemeente Groningen, 2020). Gezien de verwachtingen van de bevolkingsontwikkeling en daarnaast de duurzaamheidsuitdagingen, zal deze sector een zeer belangrijke rol gaan spelen in de toekomst. Om hierop te kunnen anticiperen met een sterke, duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie als doel zullen er juist nu beleidsmatig scherpe beslissingen moeten worden gemaakt (Planbureau voor de Leefomgeving, 2023a). Dat is de bijdrage van dit onderzoek aan de bestaande literatuur. Op basis van wetenschappelijke literatuur wordt in dit onderzoek gekeken naar hoe de gemeente Groningen haar toekomstdoelen kan bereiken in een veranderende maatschappij. Dit onderzoek combineert verscheidene perspectieven wat betreft de gezondheidseconomie en heeft een integrale werkwijze, wat dit onderzoek uniek maakt en daardoor bijdraagt aan de literatuur. De focus in dit onderzoek ligt met name op de ruimtelijk-economische en sociaaleconomische aspecten.

1.4 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt daarom als volgt:

“Wat is de impact van huidige keuzes in ruimtelijk-economisch en sociaaleconomisch beleid op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie in de gemeente Groningen?”

Om een antwoord te formuleren op deze hoofdvraag, zullen de volgende deelvragen worden onderzocht:

1. Wat is de toekomst van de gezondheidseconomie als de gemeente Groningen de huidige koers blijft varen?
2. Wat kan de gemeente Groningen doen om een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie te bereiken in 2050?

De methodiek van dit onderzoek bestaat uit het afnemen van semigestructureerde interviews met ervaren experts uit de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen aan de hand van toekomstscenario's. De antwoorden worden met elkaar vergeleken en tegen elkaar afgewogen. Uiteindelijk zal er een overwogen advies worden gevormd wat aan de gemeente Groningen worden gepresenteerd.

1.5. Structuur onderzoek

De structuur van dit onderzoek is als volgt; eerst wordt er een theoretisch kader gepresenteerd op basis van de literatuur. Vervolgens wordt er een kader gepresenteerd op basis van bestaande beleidsstukken, zowel op landelijk niveau als voor de gemeente Groningen. Hierna wordt het conceptueel model opgesteld op basis van de wetenschappelijke literatuur en dit vormt de basis voor de interviews. Vervolgens volgen de verwachtingen van de onderzoeker. Wat volgt is de methode sectie, wat uitlegt hoe dit onderzoek tot stand is gekomen en de betrouwbaarheid, validiteit en ethiek van dit onderzoek expliciteert. In dit hoofdstuk wordt geduid waarom er is gekozen voor het houden van diepte-interviews. Dit leidt tot de resultaten sectie, waarin per ruimtelijk economische factor en per sociaaleconomische factor wordt besproken wat zowel de knelpunten als de positieve ontwikkelingen zijn in het huidige beleid omtrent de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Daarnaast wordt besproken wat de gemeente Groningen kan bijdragen aan het behalen van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. Tot slot volgt de conclusie waarin een discussie plaatsvindt van de belangrijkste bevindingen en wordt besproken welke implicaties dit onderzoek heeft voor beleidsmakers. Als laatste worden er aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek.

2. Overzicht van de literatuur

In dit deel van de thesis wordt het theoretische kader beschreven. In het theoretische kader worden de meest relevante begrippen en theorieën benoemd die relateren aan de onderzoeksvraag; het onderzoek wordt op deze manier ingekaderd en vormt de basis van dit onderzoek. Vervolgens wordt ook aandacht besteed aan de huidige beleidstukken wat betreft de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Aansluitend wordt het conceptueel model gepresenteerd en de verwachtingen van dit onderzoek besproken.

2.1. Theoretisch kader

2.1.1. Gezondheidseconomie

In deze thesis ligt de focus op de gezondheidseconomie binnen de Gemeente Groningen. Wetenschappelijke bronnen rondom dit onderwerp beginnen vaak bij Kenneth Arrow (1963). Hij omschrijft de gezondheidseconomie als alle diensten die zich rondom publieke gezondheid centeren (Arrow, 1963); voorbeelden zijn ziekenhuizen, zorgverzekeringen, huisartsen, fysiotherapeuten, maar ook organisaties die zich bezig houden met preventie van ziekte. De gezondheidseconomie omvat dus veel bedrijven en organisaties en daarnaast een grote variatie aan deelnemers (Gemeente Groningen, 2023). In andere woorden: de gezondheidseconomie omvat de factoren die bijdragen aan de gezondheid van individuen en gehele populaties en identificeert de meest productieve manieren hoe hulpbronnen en middelen kunnen bijdragen aan het verbeteren van gezondheid (Birch & Gafni, 2013). Samenvattend, de gezondheidseconomie kan worden omschreven als een interdisciplinaire wetenschap dat het gat dicht tussen economische theorieën en het uitvoeren van gezondheidszorg, aangezien het van toepassing is op verscheidene sectoren en disciplines (Jakovljevic & Ogura, 2016). Analyses van de gezondheidszorg en interventies van overheidsinstellingen zijn daarom van groot belang voor beleidsmakers, aangezien zij willen testen wat het effect is van gemaakte beleidskeuzes (Turner et al., 2023).

Relatief is het begrip “gezondheidseconomie” nog erg nieuw in de academische wereld. Vaak wordt het werk van Arrow (1963) dus gezien als grondlegger van het wetenschappelijke veld. Zijn argumenten werden verder uitgebreid door Grossman (1972), die wereldberoemd werd met zijn theorie over “gezondheidskapitaal”. Hij introduceert gezondheidskapitaal als onderdeel van de vraag naar het “product” goede gezondheid (Schneider-Kamp, 2021). De theorie van Grossman (1972) verstaat gezondheid als kapitaal dat waardevoller wordt naarmate de tijd verstrijkt waarin iemand gezond is en juist minder waardevol wordt naarmate iemand ouder wordt, maar waarin geïnvesteerd kan worden door middel van medische behandelingen (Schneider-Kamp, 2021). Echter, in deze theorie wordt gezondheid als product beschouwd, maar gezondheid kan niet rechtstreeks gekocht worden. Daarentegen wordt gezondheid “gecreëerd” door combinaties van gezondheidsdeterminanten; factoren die gezondheid en ziekte beïnvloeden (Birch & Gafni, 2013). Interessant is daarom dat de theorie van Grossman (1972) waarin alternatieve kosten van verloren productiviteit en kansen in gezondheid de standaard is geworden in de gezondheidseconomie (Jakovljevic & Ogura, 2016). In deze thesis wordt daarom ook onderzocht welke ruimtelijk-economische en sociaaleconomische factoren van belang zijn voor een duurzame en goedwerkende gezondheidseconomie.

Sinds het einde van de Koude Oorlog en kijkende naar de periode vanaf 1989 tot 2016, is de wereld erg veranderd wat ook grote veranderingen met zich meebracht voor de gezondheidseconomie (Jakovljevic & Ogura, 2016). Er kunnen drie trends worden geïdentificeerd. Te beginnen met de shift in de gezondheidszorg van oplossingsgericht naar preventief en van ziekenhuisgericht naar thuiszorg; deze shift was het meest zichtbaar in Oost-Europa, waar communistische (socialistische) patronen verdwenen

en democratische (kapitalistische) vormen van politiek verschenen (Jakovljevic & Ogura, 2016). Als tweede trend wordt wereldwijde vergrijzing genoemd, met Japan aan kop. De afgelopen dertig jaar werd dit probleem steeds zichtbaarder en huidige voorspellingen van de Verenigde Naties stellen dat China aan het eind van de eenentwintigste eeuw de snelst vergrijzende natie zal zijn (Turner et al., 2023). Wetenschappers in de negentiende eeuw hadden dit nooit zien aankomen; wereldwijde vergrijzing zal een explosieve toename veroorzaken in ouderdoms- en welvaartsziektes, omdat de gemiddelde leeftijd hoger ligt dan ooit (Jakovljevic & Ogura, 2016). Op haar beurt neemt dit weer een hogere vraag naar gezondheidszorg mee, samen met langdurige werkinactiviteit wat de economie niet ten goede komt (Turner et al., 2023). De derde trend die kan worden geïdentificeerd die enorme kosten met zich meebracht voor de gezondheidseconomie, is technologische innovatie in de gezondheidszorg. Gezien het feit gezondheidszorg steeds toegankelijker werd voor de maatschappij, nam de vraag naar gespecialiseerde technologische middelen steeds meer toe, waardoor huidige maatschappelijke gezondheidssystemen steeds meer in gevaar kwamen. Huidige beleidsmakers zijn dan ook actief bezig met het betaalbaar houden van de zorg en het verdelen van de kosten (Jakovljevic & Ogura, 2016).

Samenvattend, het is algemeen erkend dat een sterke en toegankelijke gezondheidszorg een hoge opbrengst geeft in termen van volksgezondheid en totale maatschappelijke productiviteit, al is dit wel op de lange termijn bekeken (Jakovljevic & Ogura, 2016). Huidige wetenschappers in de gezondheidseconomie stellen dan ook dat het primair doel een universele gezondheidszorg is die toegankelijk is voor iedereen (Birch & Gafni, 2013). Dit wordt beaamd door Jakovljevic & Ogura (2016) die toevoegen dat een universele gezondheidszorg sterke lange termijn factoren creëren die de verdere ontwikkelingen in de gezondheidseconomie kunnen ondersteunen. Of dit daadwerkelijk gaat gebeuren en de gezondheidseconomie een langdurige impact blijft hebben op beleidsmakers en hun strategische keuzes, zal de komende jaren blijken en zal worden meegenomen in de toekomstscenario's van deze thesis.

Duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie

Dat de gezondheidszorg en gezondheidseconomie een belangrijke rol spelen in onze samenleving, is inmiddels duidelijk. Echter is er de afgelopen jaren een thema bijgekomen dat een steeds grotere rol speelt in de gezondheidseconomie: duurzaamheid (Lenzen et al., 2020). Juist in de gezondheidszorg valt er enorme winst te behalen wat betreft duurzaamheid; de gezondheidssector draagt voor 4,4% bij aan de totale uitstoot van fossiele brandstoffen in Europa (Jevtic, 2023). Met andere woorden, de gezondheidseconomie is van belang om het welzijn van de samenleving te waarborgen, maar toch draagt de sector bij aan de ecologische voetprint die op haar beurt risico's vormt voor de volksgezondheid (Lenzen et al., 2020). Deze grote bijdrage aan de uitstoot van CO₂ is onbekend bij velen, waaronder ook bij de mensen werkzaam in de gezondheidseconomie (Jevtic, 2023).

Vervolgens wordt nu verduidelijkt wat wordt bedoeld met een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. In december 2019 werd door de Europese Commissie de European Green Deal (EGD) gelanceerd, welke als doel heeft de uitstoot van CO₂ te minimaliseren en als einddoel heeft in 2050 volledig klimaatneutraal te zijn (Haines & Scheelbeek, 2020). De EGD heeft daarnaast ook als doel om de gezondheid en het welzijn van haar inwoners te beschermen van omgevings- en milieurisico's (Bruyninckx et al., 2022). Met het huidige beleid zal slechts 60% van de doelstellingen van de EGD bereikt worden, wat de nood voor scherper beleid aanstipt (Haines & Scheelbeek, 2020). Figuur 6 laat zien hoe ambitieus de EGD is met meerdere doelen: een afvalvrije en zuivere omgeving, het voorzien van gezonde en duurzame voeding en daarnaast het beschermen van de biodiversiteit (Haines & Scheelbeek, 2020). Met andere woorden, de EGD omvat een ambitieus agenda met vele kansen voor de gezondheid van onze aarde en onze volksgezondheid (Lenzen et al., 2020).



Figuur 6: The European Green Deal (Haines & Scheelbeek, 2020, p. 1)

Kortom, de uitstoot van CO₂ is geminimaliseerd en de sector is volledig klimaatneutraal in een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie (Haines & Scheelbeek, 2020; Lenzen et al., 2020).

2.1.2. Institutionele rol

Om te beginnen, heeft de Europese Unie haar verantwoordelijkheid gepakt met het opstellen van de European Green Deal. De Europese Unie is hierin leidend en neemt het voortouw wat betreft het opstellen van regelgeving en beleid (Bruyninckx et al., 2022). Het is de intentie van de EU om een leiderschapsrol te spelen door haar eigen uitstoot zoveel mogelijk te verminderen en haar eigen financiële bronnen, kennis en invloed te gebruiken om andere delen van de wereld aan te moedigen ook klimaatacties te ondernemen (Haines & Scheelbeek, 2020). Hiernaast heeft de Europese Unie een leidersrol voor haar eigen leden en stelt gezamenlijke doelen (Bruyninckx et al., 2022). Het is daarna aan de overheden van de leden om beleid te schrijven dat deze doelen nakomt (Haines & Ebi, 2019).

De gezondheidseconomie is een grote economische sector en werkgever in de EU-landen (Lenzen et al., 2020). Overheden hebben dan ook een zeer belangrijke taak in het duurzaam maken van de gezondheidseconomie; onder andere het creëren van een netwerk, regelgeving opstellen en reguleren, financiële steun, het ontdekken van belangrijke trends en veranderingen in de sector en natuurlijk het belang van duurzaamheid in haar algemeenheid benadrukken (Bruyninckx et al., 2022; Jevtic, 2023). Dit wordt ook bevestigd door Jevtic (2023); publieke gezondheidsprofessionals hebben als plicht andere betrokkenen in de gezondheidseconomie te informeren en overtuigen van het belang van alle onderdelen van de European Green Deal, onder andere via digitale netwerken. De EGP is een kans voor gezondheidsprofessionals om deel te nemen aan klimaatacties door heel Europa, te leren over klimaatverandering en oplossingen hiervoor te ontwikkelen en implementeren (Haines & Ebi, 2019; Jevtic, 2023).

Instituties en overheden spelen een kritische rol in economische interacties, omdat zij de basiscondities opstellen voor informatie- en kennisuitwisseling (Bathelt & Glückler, 2014). Deze instituties kunnen echter als een last worden ervaren als er sprake is van opgestelde regelgeving dat kansen en percepties van de economische actoren belemmert. Dit is met name problematisch wanneer instituties inefficiënte economische en/of technologische ontwikkelingen ondersteunen, wat de betreffende organisaties leidt tot het intern oplossen van problemen en huidige machtsposities in stand houdt, in plaats van dat er naar de beste oplossing wordt gezocht (Bathelt & Glückler, 2014). Dit speelt ook in de gezondheidseconomie; oplossingen worden vaak regionaal gezocht (Lenzen et al., 2020) terwijl de beste oplossing misschien wel ligt in het vergroten van de schaal; nationaal of zelfs internationaal (Bathelt & Glückler, 2014). In de literatuur wordt hier vaak naar gerefereerd als institutionele hysteresis, dat instituties zich als niet optimaal en pad afhankelijk opstellen en daardoor niet het natuurlijke evenwicht in de economie nabootsen (Setterfield, 1993). Met andere woorden, regionale ontwikkeling is vaak iets van de lange termijn. Huidig beleid kan daarom het beste focussen op het beïnvloeden van structurele onderdelen van de regionale economie, wat op den duur lange termijn veranderingen kan teweeg brengen (Andersson & Koster, 2011).

2.1.3. Ruimtelijk economische factoren in de gezondheidseconomie

In deze sectie worden de ruimtelijk economische factoren in de gezondheidseconomie besproken die het meest van toepassing zijn.

Regionale ontwikkeling

Regionale ontwikkeling wordt vaak omschreven als een algemene poging om de welvaart van een regio te verbeteren en daarmee het welzijn van haar inwoners (Cooke & Leydesdorff, 2006). Zoals hierboven omschreven, is regionale ontwikkeling vaak iets wat gebeurt over de lange termijn (Andersson & Koster, 2011). De trend in Europa voor regionale ontwikkeling is dat interregionale ongelijkheid steeds meer toeneemt. Kleine en middelgrote productiesteden en regio's hebben consequent dalingen in werkgelegenheid en inkomen ervaren sinds de jaren negentig van afgelopen eeuw. De omliggende voorsteden en landelijke regio's hebben ditzelfde ervaren (Iammarino et al., 2017). Hier tegenover staat juist dat veel grootstedelijke regio's, inclusief het voorstedelijk gebied, nu tot de meest dynamische en productieve regio's behoren in termen van werkgelegenheid en inkomen. Deze interregionale ongelijkheid zorgt voor uitdagingen binnen de Europese Unie (Cooke & Leydesdorff, 2006); aan de ene kant ligt de focus juist op het behouden van de welvaart en successen in de meest dynamische gebieden om de sterkte economische positie van de EU te behouden, aan de andere kant is consequent regionale ongelijkheid economisch inefficiënt en heeft het daarnaast politieke gevolgen die niet te negeren zijn (Iammarino et al., 2017). Beleidsmatig heeft dit uiteraard consequenties, zo zijn er twee tegenstrijdige beleidsperspectieven over regionale ongelijkheid te onderscheiden. Om te beginnen kan het worden beargumenteerd dat beleid zou moeten focussen op de succesvolle regio's, omdat het beleid voor deze regio ook beter zal werken omdat er daar meer kapitaal en mogelijkheden zijn. Maar aan de andere kant zou men ook kunnen zeggen dat beleidsacties juist op de minder presterende regio's zou moeten focussen, om het interregionale gat te dichten en de succesvolle regio's toch al goed presteren in termen van werkgelegenheid en kapitaal (Andersson & Koster, 2011). Door een hernieuwde visie te ontwikkelen over hoe om te gaan met interregionale ongelijkheid, kan de EU de economische, sociale en ruimtelijke uitdagingen die het gevolg hiervan zijn beter aanpakken (Iammarino et al., 2017).

Kortom, regionale ontwikkeling is bevorderend voor een regio omdat het welzijn van haar inwoners verbetert, de welvaart toeneemt en daarmee ook het inkomen van de regio en haar werkgelegenheid. Een manier voor een regio om te ontwikkelen is door een competitief voordeel te creëren. Een regionaal competitief voordeel zorgt ervoor dat de ene regio een sterkere markt (op specifieke punten) heeft dan de andere (Distanont & Khongmalai, 2020). Porter (1990) heeft twee manieren onderscheiden waarin

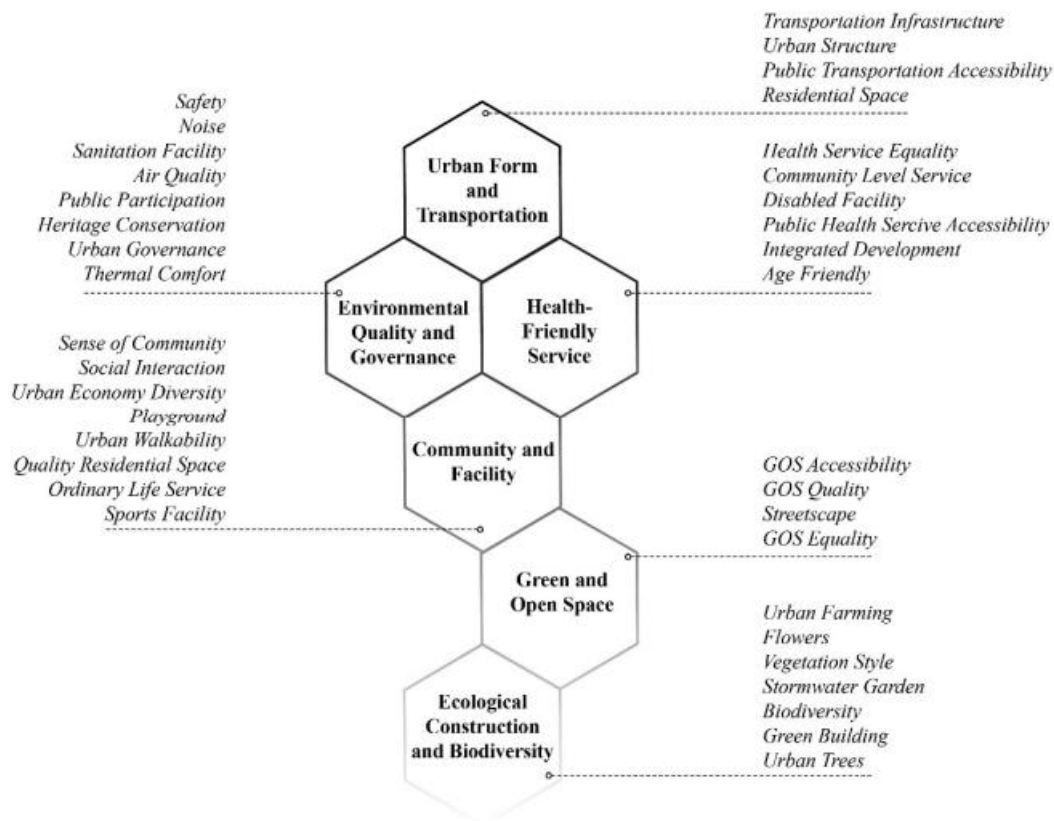
competitief voordeel bereikt kan worden: ofwel door middel van een kostenvoordeel, of door zich te differentiëren. Een manier om te differentiëren is door middel van innovatie. Innovatie kan een strategische tool zijn in het verbeteren, creëren en uitbreiden van bedrijvigheid in een bepaalde regio, wat een competitief voordeel met zich meebrengt en daarmee duurzame regionale ontwikkeling ondersteunt (Distanont & Khongmalai, 2020). Vervolgens, om innovatie te stimuleren is een veelgebruikte beleidsvorm “smart specialization” of slimme specialisatie (Kogut-Jaworska & Ociepa-Kicinska, 2023). Slimme specialisatie is bedoeld om regionale ontwikkeling te stimuleren door de focus te leggen op diversificatie en uitbreiding in een bepaalde industrie (Andersson & Koster, 2016). Vaak is dat van toepassing op regio’s waar veel kennis en ervaring aanwezig is in een specifieke industrie (Cicerone et al., 2020). Voorbeelden hiervan zijn EindhovenBrainport waar veel innovatieve technologiebedrijven gevestigd zitten (Rijksoverheid, 2023b) of Groningen (Rijksoverheid, 2023a) die veel ervaring heeft in de energiesector door de gaswinning en momenteel aan het experimenteren is met waterstof. Hierbij zijn (met name MKB) ondernemers dus van groot belang en is het doel om de MKB-groep uit te breiden door middel van experimenten; bijvoorbeeld door nieuwe niche markten te ontdekken of door op een nieuwe manier waarde toe te voegen aan (mondiale) waardeketens (Andersson & Koster, 2016). Voor beleidsmakers is het daarom van groot belang goede communicatie en interactie te hebben met de belangrijkste spelers in de betreffende sector waar slimme specialisatie op van toepassing is (Kogut-Jaworska & Ociepa-Kicinska, 2023).

Gezonde verstedelijking

Ondanks dat de gevolgen van vervuiling en klimaatverandering wereldwijd geaccepteerd zijn, hebben de milieueffecten van de gezondheidszorg nog weinig aandacht gekregen. Echter, de milieuafdruk van de gezondheidszorg is zodanig groot dat het een (niet-bedoelde) negatieve impact heeft op het milieu, denk aan bijvoorbeeld lucht-, water en grondvervuilende stoffen (Haines & Ebi, 2019). Het is hierbij belangrijk om op te merken dat de mensen die direct de gevolgen van de milieuafdruk van gezondheidszorg ervaren, vaak mensen zijn die juist slechte toegang tot zorg hebben en daarnaast ver weg wonen van de mensen die wel profiteren van goede zorg (Lenzen et al., 2020). Denk bijvoorbeeld aan het verbranden van restafval in ontwikkelingslanden en de uitstoot van ziekenhuizen. Instituties en gezondheidszorgspecialisten hebben daarom ook een ethische verantwoordelijkheid om milieuafdruk van de gezondheidseconomie te meten, monitoren en adresseren (Lenzen et al., 2020). Kortom, sommige regio’s ervaren veel meer last van de negatieve milieueffecten dan andere regio’s.

Over de afgelopen driehonderd jaar hebben mensen steeds meer de connectie met natuur verloren. In een relatief korte tijd hebben mensen een transitie doorgemaakt van een leven wat zich grotendeels buiten afspeelde, naar een leven dat zich grotendeels binnen afspeelt in stedelijke gebieden (Lehmann, 2021). Vandaag de dag speelt ongeveer negentig procent van ons leven zich binnen af in gecontroleerde omgevingen en, om een voorbeeld te geven, tachtig procent van de inwoners van de Verenigde Staten leeft en woont in een stedelijk gebied (Lehmann, 2021). Contact en toegang tot natuur is van essentieel belang voor het menselijk bestaan, stedelijk welzijn en een goede kwaliteit van leven (Takano et al., 2002). Desalniettemin, veel steden bieden te weinig toegang tot groen in de stad. Het verbeteren en uitbreiden van groene ruimtes in steden heeft vele positieve gevolgen: beter beheer over de ecosystemen in de stad, beter water management, het tegengaan van het verlies van biodiversiteit, bijdragen aan voedselzekerheid en het herstructureren van beschadigde ecosystemen (Lehmann, 2021). Daarbij komt ook dat meer groene ruimtes in steden helpen tegen hittestress en dus steden koeler houden tijdens warme periodes, wat hitteziektes kan verminderen en zelfs voorkomen (Haines & Scheelbeek, 2020). Bovendien, zorgt het stedelijke microklimaat voor minder vervuilde lucht (Takano et al., 2002). Ook kan het beschikbaar stellen van groene ruimtes in steden zorgen voor een gezondere levensstijl en een daarbij horende verbeterde mentale gezondheid; bijvoorbeeld, het beschikbaar stellen van groene ruimtes binnen vijf minuten lopen verhoogt sterk het gebruik ervan (Lenzen et al., 2020).

Uiteraard zijn er nog vele andere aspecten van toepassing op gezonde verstedelijking, grofweg zijn de ruimtelijke aspecten die van toepassing zijn op gezonde verstedelijking in te delen in 5 categorieën: Stedelijke structuur en vervoersmogelijkheden, omgevingskwaliteit en regelgeving, publieke zorgtoegankelijkheid, gemeenschap en faciliteiten, groene en open ruimtes in de stad, ecologisch welzijn en biodiversiteit (Luo et al., 2022). In figuur 7 is een overzicht hiervan te zien, inclusief voorbeelden.



Figuur 7: Aspecten die van toepassing zijn op gezonde verstedelijking (Luo et al., 2022, p. 10)

Locatiefactoren

Toegang tot zorg is een determinant voor het welzijn van mensen (Otun, 2017). Het bepalen van de locatie en distributie van gezondheidsfaciliteiten kan uitdagend zijn, helemaal als het doel is om efficiëntie en een gelijke verdeling te behouden. Hiernaast kunnen beperkte bronnen en middelen voor extra uitdagingen zorgen in het bepalen van de locatie van gezondheidsfaciliteiten, wat de toegang tot zorg, geografisch gezien, soms oneerlijk verdeeld maakt (Luo et al., 2022). In de wetenschappelijke literatuur worden er vaak drie belangrijke determinanten gebruikt in locatietheorieën: het minimaliseren van transportkosten (of minimaliseren van de totale afstand die moet worden afgelegd), het maximaliseren van het deel van de populatie dat in een geografisch gebied valt en het maximaliseren van het marktaandeel (Otun, 2017).

Klassieke locatietheorieën

Deze drie assumpties kunnen ook worden teruggevonden in de beginselen van locatietheorieën, denk bijvoorbeeld aan het Weber locatie-productie model (Weber, 1909). Het Weber-model gaat voornamelijk over industriële locaties en stelt dat het bedrijf zich vestigt op een vaste plek. Daarnaast hanteert het de micro-economische assumpties dat een bedrijf maximale winst wil behalen. In het Moses-model (Moses, 1958) wordt het Weber model verder uitgebreid en wordt substitutie meegenomen; wat inhoudt dat efficiëntie wordt meegenomen en dus dat goedkopere en/of betere grondstofproducten de huidige grondstofproducten kunnen vervangen (McCann, 2013).

Verder, locatievoordelen kunnen een competitief wapen zijn voor bedrijven om een monopoly te behalen over een bepaald gebied. Dit is met name belangrijk in sectoren waar niet alleen concurrentie plaatsvindt over prijsvoordelen, maar juist concurrentie over bijvoorbeeld prijskwaliteit. In deze sectoren hebben locatievoordelen een grote invloed op hoe groot het marktaandeel van het betreffende bedrijf is. Dit is het beste terug te vinden in het Hotelling-model (Hotelling, 1929), welke de ruimtelijke onafhankelijkheid van een bedrijf beschrijft in de context van locatieconcurrentie tussen bedrijven (McCann, 2013). Hotelling nam als eerste locatie mee als determinant in zijn prijs-locatie model en de essentie van zijn model draait dus om het verklaren van de relatie tussen prijs, locatie van het bedrijf en de grootte van het marktaandeel (van Sloun, 2023).

Daarnaast zijn centrale-plaatsentheorieën ook van belang in het bepalen van de locatie van zorgaanbieders. Deze theorieën suggereren dat er een zekere regulariteit kan worden gevonden in de ruimtelijke patronen van economische activiteit. Landen neigen te worden gedomineerd door één of twee voornaamste steden, gelegen in de meest bevolkte delen van het land. Dit gaat ook op voor Nederland, al wordt het stedelijke gebied de “Randstad” hierin wel gezien als één stad. Deze steden kennen de hoogste productie en dus de meeste output van de nationale economie en hebben een grote invloed op het “achterland”, het gebied rondom de “Randstad”. Andere meer landelijke gebieden van het land zijn gefocust op kleinere steden, welke op hun beurt de omringende minder bevolkte gebieden domineren (McCann, 2013). Dit kan ook gezegd worden over de stad Groningen; de stad heeft een grote invloed op de omringende gemeenten in de provincie.

Twee belangrijke academici die een grote bijdrage leverden aan de centrale plaatsentheorieën, zijn Christaller (1933) en Lösch (1944). Beiden kwamen met een theorie die door middel van een micro-economische aanpak het stedelijke systeem tracht uit te leggen (McCann, 2013). Christaller's grootste bijdrage aan de literatuur was dat hij aantoonde dat een hiërarchisch stedelijk systeem op een natuurlijke wijze kan ontstaan met een breed scala aan markten van verschillende grootte (McCann, 2013). Lösch (1944) steunt dit en voegt daarnaast toe dat in een economie bestaande uit verschillende bedrijven die verscheidene producten produceren en waar de economie een hexagonaal ruimtelijk patroon aanneemt; het beste economische model in dit landschap bestaat uit een maximum aantal bedrijven die op dezelfde geografische plek gevestigd zijn. De logica achter deze theorie is dat bedrijvigheid dat zich op één locatie vestigt agglomeratie veroorzaakt waardoor de bedrijven kunnen profiteren van agglomeratie voordelen (Van Oort, 2015). De conclusie van Lösch (1944) is hierin dat de lokale economie van een geografisch gebied ernaar neigt gedomineerd te worden door een centrale grote stad waar agglomeratie economieën een grote rol spelen en waar het “achterland” zich kenmerkt als kleinere concentraties van bedrijvigheid die verspreid zijn door het omliggende gebied (McCann, 2013).

Bovenstaande theorieën worden gezien als klassieke benaderingen van stedelijke hiërarchieën. Echter, vergeleken met moderne theorieën zijn er toch een aantal beperkingen te identificeren. Allereerst, de geografische gebieden en de bijbehorende assumpties zijn erg restrictief in de klassieke modellen. Daarnaast is er weinig ruimte voor arbeidsmobiliteit, consumptiepatronen of onderlinge handel, waardoor de ruimtelijke economie weinig inzichten biedt wat betreft interregionale connecties. Modellen waarin dergelijke aspecten wel worden meegenomen, worden gezien als Nieuwe Economische Geografie (NEG) (McCann, 2013).

Clusters

Een voorbeeld van NEG agglomeratie economieën, zijn theorieën met betrekking tot clusters. Clusters zijn een natuurlijke manier om competitief voordeel te bereiken en staan voor een groep van industrieën die verbonden zijn door specifieke koper-leverancier relaties, technologieën of gespecialiseerde vaardigheden (Porter, 1990). Clusters brengen positieve externe effecten met zich mee die van toepassing zijn voor het hele cluster en dus niet op enkel een individuele sector; echter is er vaak sprake

van beleid die deze effecten tegen gaat (Porter, 1996). Deze positieve effecten worden met name veroorzaakt doordat de geografische afstand vermindert, wat lagere transactie- en transportkosten teweeg brengt en daarnaast ervoor zorgt dat het uitwisselen van informatie makkelijker gaat (Iammarino et al., 2017) met een “knowledge spillover” of kennisoverloop tot gevolg (McCann, 2013). Ook zorgt deze kennisoverloop voor een sterke lokaal aanbod van werknemers met veel kennis en skills (Abbasiharofteh, 2020). Clusters van bedrijven in gerelateerde sectoren hebben dus een positieve invloed op de lokale economie en stimuleren daarnaast innovatief gedrag. Dit is belangrijk om mee te nemen voor beleidsmakers; beleid rondom clusters zou een onderscheid moeten maken tussen vroeg en late stadia van clustervorming, door in vroege fases te focussen op kennisoverlopen en bijbehorende connecties en in latere stadia juist te focussen op het herstructureren van de kennisnetwerken (Abbasiharofteh, 2020).

Brain drain

Tot slot, het is wijd geaccepteerd dat menselijk kapitaal en kennis-arbeiders de basis vormen van organisaties in kenniseconomieën (Bhardwaj & Sharma, 2023). Echter, deze hoogopgeleide en multidisciplinaire arbeiders emigreren vaak naar stedelijke gebieden en dit onderwerp is daarom ook nog steeds erg actueel in zowel politieke als wetenschappelijke debatten (Boc, 2020). Het gevolg van deze migraties is dat landelijke gebieden te maken hebben met het verlies van menselijk kapitaal, wat op haar beurt ongelijkheden in een land veroorzaakt, met name in lonen, levensstandaard en een algehele daling van de lokale economie (Boc, 2020). Om de brain drain tegen te gaan, zullen overheden realistisch beleid moeten schrijven om hoger opgeleide arbeidskrachten aan te trekken en te behouden (Bhardwaj & Sharma, 2023). Nationale autoriteiten hebben hierin met name de verantwoordelijkheid om een sociaaleconomisch klimaat te ontwikkelen om de brain drain tegen te gaan; maar lokale autoriteiten, zoals gemeenten, staan het dichtst bij de lokale bevolking en hebben dus betere kennis van de lokale arbeidsmarkt en economie. Een gemeente kan dus het beste de specifieke behoeften van de lokale arbeidsmarkt analyseren en kunnen dus ook een essentiële rol spelen in het creëren en ontwikkelen van innovatieve ecosystemen dat menselijk kapitaal, kennis, de lokale economie en lokale arbeidsmarkt verbindt (Boc, 2020). De brain drain is ook een fenomeen dat zich in Groningen voordoet; veel studenten die zijn afgestudeerd trekken weg uit Groningen naar bijvoorbeeld de Randstad, wat een leegloop van potentieel hoogopgeleide arbeiders veroorzaakt voor de Groningse arbeidsmarkt. Dit is een generieke opvatting; uit onderzoek blijkt dat hoger opgeleiden met voldoende intrinsieke motivatie overal de weg vinden, ook in Groningen (Venhorst et al., 2011). Een voorbeeld van het tegengaan van een “brain drain” en een daling van de populatie in het algemeen, is het creëren van nieuwe bedrijvigheid (Delfmann & Koster, 2016). Beleidsmakers kunnen dit meenemen door te focussen op ondernemerschap en een klimaat te ontwikkelen waarin nieuwe bedrijvigheid snel en makkelijk van de grond komt. Belangrijk hierin is wel om op te merken dat de bedrijven die al gevestigd zitten in de regio vaak resistent zijn tegen de uitdagingen die de nieuwe bedrijven met zich mee brengen, waarschijnlijk omdat innovatie niet een grote rol speelt bij deze nieuwe bedrijven. Het gevolg hiervan is dat de werkgelegenheid op gemiddelde termijn toeneemt, maar het gevaar is wel dat de economische vatbaarheid van de lokale economie in het geding kan komen op de lange termijn, omdat creatieve destructieprocessen als gevolg van innovatie minder plaatsvinden (Delfmann & Koster, 2016).

2.1.4. Sociaaleconomische factoren in de gezondheidseconomie

Vervolgens zullen de sociaaleconomische factoren besproken die relevant zijn voor een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie.

Sociaaleconomische status

In de gehele Europese Unie hebben landen te maken met substantiële gezondheidsongelijkheden in hun populaties, gebaseerd op sociaaleconomisch status. Dit op haar beurt heeft negatieve gevolgen voor

gezondheid, sociale cohesie en economische ontwikkeling (Corsini, 2015). Sociaaleconomische status is een complex en multidimensionaal begrip, dat zowel objectieve kenmerken van mensen omvat (zoals inkomen, opleidingsniveau en beroep), maar ook subjectieve kenmerken (bijvoorbeeld hoe hoog mensen zichzelf inschatten op de sociale ladder) (Navarro-Carrillo et al., 2020). Kortom, de sociaaleconomische status van mensen speelt ook een grote rol in de gezondheidseconomie.

Te beginnen met inkomen; vele wereldleiders, academici en toonaangevende instituten hebben al vastgesteld dat inkomensongelijkheid en haar bijkomende sociale kosten één van 's werelds grootste problemen is (Pickett & Wilkinson, 2015). De sterkste associatie die gemaakt kan worden tussen inkomen en gezondheid, is dat grote inkomensverschillen leiden tot een toegenomen kans op problemen geassocieerd met lagere sociale status (Hurley et al., 2020). Grote inkomensongelijkheid heeft niet alleen gevolgen heeft voor de fysieke publieke gezondheid, landen met grote inkomensongelijkheden hebben ook vaak te maken met slechtere mentale gezondheid, publieke gezondheidsproblemen zoals meer geweld, meer tienergeboortes, lager kindwelzijn en een hoger obesitaspercentage (Pickett & Wilkinson, 2015). De hoeveelheid bewijs dat grote inkomensverschillen nadelige gevolgen hebben voor gezondheid is groot (Sanzenbacher et al., 2021). Die grote inkomensverschillen leiden weer tot negatieve sociale gevolgen. Het verkleinen van de inkomenskloof zal de publieke gezondheid en maatschappelijk welzijn verbeteren (Pickett & Wilkinson, 2015), maar beleidsmatig zorgt dit voor enorme uitdagingen. Beleidsmakers moeten dus de inkomenskloof te dichten. Belangrijk hierbij is wel dat de houding van inwoners ten opzichte van inkomensongelijkheid wordt meegenomen (Hurley et al., 2020).

Naast inkomen speelt ook opleiding (en indirect dus beroep) een belangrijke rol in het bepalen van de sociaaleconomische status van mensen. Echter, het opleidingsniveau heeft vaak ook een grote impact op de hoogte van het inkomen (Li & Wu, 2022). Gezondheid kan gezien worden als “consumentenproduct”, omdat mensen specifieke gezondheidsproducten en gezondheidszorg kunnen kopen met geld (Grossman, 1972). Aan de andere kant, gezondheid kan niet direct “gekocht” worden, gezondheid is een cumulatieve verzameling van gezondheidsdeterminatoren die beïnvloed worden door de sociaaleconomische status (Birch & Gafni, 2013). Voor beleidsmakers is dit ook erg belangrijk om mee te nemen; een eenzijdig beleid heeft verschillende consequenties voor diverse delen van de samenleving. De vraag naar gezondheidszorg zal afnemen naarmate de prijs stijgt, in ieder geval voor mensen met een lagere sociaaleconomische status (Fuchs & Zeckhauser, 1987). Het opleidingsniveau bepaalt voor een deel de sociaaleconomische status, wat op haar beurt gevolgen heeft voor de gezondheid; onderzoek toont aan dat arbeiders met een beroep waar een hogere opleiding voor nodig is inherente voordelen hebben wat betreft gezondheid (Li & Wu, 2022). Hiermee worden onder andere kennis van gezondheidszorg, toegang tot gezondheidszorg, medische bronnen en service toegang bedoeld (van langdurige gezondheidszorg tot preventie) (Glied & Lleras-Muney, 2008; McMaughan et al., 2020). Kortom, objectieve kenmerken van sociaaleconomische status zoals inkomen en opleidingsniveau, hebben een effect op de subjectieve sociaaleconomische status wat gevolgen heeft voor de mate van gezondheid (Navarro-Carrillo et al., 2020).

Dat de sociaaleconomische status van mensen invloed heeft op de mate van gezondheid, is ook terug te zien in de levensverwachting. Volwassenen met lagere opleidingen, praktische beroepen en lagere inkomens hebben een substantieel lagere levensverwachting dan volwassen met een hogere sociaaleconomische positie (Glied & Lleras-Muney, 2008; RIVM, 2024). Dit is ook belangrijk voor beleidsmakers om op te merken; hogere pensioenleeftijden hebben dus niet voor iedereen dezelfde impact, aangezien de gemiddelde leeftijd onevenredig is gedistribueerd over de samenleving (Singh & Lee, 2020). Daar komt nog bij dat de levensverwachting voor specifiek lager-opgeleide vrouwen opvallend laag is ten opzichte van mannen (Singh & Lee, 2020). Verder, ook gezond ouder worden is

afhankelijk van de sociaal economische groep waarin iemand zich bevindt. Mensen met een hogere opleiding en meer inkomen hebben meer kennis en toegang tot (preventieve) zorg, wat ook gelijk de kloof in de levensverwachting vergroot (McMaughan et al., 2020).

Toegang tot zorg

De toegang tot gezondheidszorg is erg verschillend voor verschillende groepen van de samenleving; dit hangt onder andere samen met de samenstelling van kosten. Kosten zijn van essentieel belang om beleidskeuzes in de gezondheidseconomie te analyseren. De kosten van bronnen en middelen die gebruikt worden in de gezondheidszorg worden vaak niet volledig op waarde geschat; de marktprijzen reflecteren vaak niet de echte waarde (Turner et al., 2023). Voor beleidsmakers is dit een belangrijke realisatie, bepaalde uitgaven in de gezondheidseconomie kunnen voor grotere opbrengsten zorgen dan dat de marktprijs suggereert.

Een andere bepalende factor in de toegang tot zorg, is de mate van sociale participatie en het hebben van een sociaal netwerk. Uit onderzoek blijkt dat het hebben van connecties met mensen die zich in een hoge klasse van de maatschappij bevinden of met mensen die veel macht en middelen hebben (zoals gemeenschapsleiders, personeel uit de gezondheidszorg of mensen met meer kapitaal) positief gerelateerd is met toegang en gebruik van de gezondheidszorg, met name door het verspreiden van informatie en het ontvangen van sociaal krediet (Amoah et al., 2018). Wanneer sociale uitsluiting zich voordoet, spelen ook transport en vervoer een grote rol. Dit komt doordat transport een directe positieve invloed heeft op gezondheid, namelijk door beweging in de vorm van wandelen en fietsen (Mackett & Thoreau, 2015). Daarnaast zorg transport voor toegang tot verkooppunten van gezond eten, gezondheidszorg en recreatiemogelijkheden. Hindernissen die de mogelijkheden tot transport verminderen zijn transportkosten, een gebrek aan informatie over transportmogelijkheden en eventueel psychologische uitdagingen. Mensen met een minder groot sociaal netwerk zullen ook minder gebruik maken van transportmogelijkheden, wat een negatief effect heeft op gezondheid (Mackett & Thoreau, 2015).

Kortom, wanneer de effecten van sociale netwerken op gezondheidsongelijkheid worden geanalyseerd, zou er meer gefocust moeten worden op de negatieve gevolgen van deze verbanden (Keim-Klärner et al., 2023). Beleidsmakers kunnen hierin verschil maken door strakke plannen te maken; om de gezondheidszorg en gezondheidsongelijkheid te verbeteren moet er niet alleen in de gezondheidssector actie worden ondernomen, maar eigenlijk op alle sociale en economische beleidsgebieden. Zo beweerde Margaret Chen, voormalig hoofd van de World Health Organization, dat sociale achterstand niets te maken heeft met het lot, maar een kenmerk is van falend beleid (Bell et al., 2010). Vervolgens leidt dit naar de rol van overheden, aangezien zij steun kunnen bieden in bestaanszekerheid; ofwel inkomensondersteuning bieden aan inwoners waar nodig en dus garanderen dat huishoudens het hoofd boven water kunnen houden (Reeves et al., 2022). Echter, in veel gemeenten in Nederland schieten gemeenten tekort in het bieden van bestaanszekerheid, door het stellen van scherpe inkomensgrenzen. Hierdoor is de groep “werkende armen” aan het stijgen; de groep dat een te hoog inkomen heeft om recht te hebben op inkomensondersteuning, maar een te laag inkomen om het hoofd mee boven water te houden (Meij et al., 2023). Dit gebrek aan bestaanszekerheid heeft natuurlijk ook gevolgen voor de mate waarin mensen toegang tot zorg hebben; door het verplichte eigen risico en daarnaast de hoge zorgpremies, zullen mensen met een lage bestaanszekerheid minder snel geneigd zijn op zoek te gaan naar zorg, terwijl ze dit misschien wel nodig hebben. Daarnaast, wanneer beleidsmakers ervoor kiezen inkomensondersteuning te bieden aan inwoners met een lager inkomen, is het goed om ook op te merken dat zulk soort beleid juist ongelijkheden in de samenleving kan aanstippen; aangezien inkomensondersteuning bepaalde minderheden, vaak alleenstaanden en dan met name vrouwen, discrimineert (Reeves et al., 2022). Dit kan gelinkt worden aan de prijselasticiteit van zorg, uit onderzoek

blijkt dat zowel leeftijd als een slechtere gezondheidsstaat van een individu de prijselasticiteit verlaagt. Met andere woorden, een verhoging van de prijs van zorg heeft een minder groot effect op de vraag. Voor beleidsmakers is dit van belang om mee te nemen, met prijselasticiteit in het achterhoofd kan door middel van beleid de prijscompetitie in de gezondheidseconomie in balans worden gehouden (Pendzialek et al., 2016).

Vergrijzing

In deze sectie zal er meer inhoudelijk worden ingegaan op de invloed van vergrijzing op de gezondheidseconomie. Allereerst, vergrijzing zorgt er natuurlijk voor dat er een veranderende samenstelling van de (beroeps)bevolking ontstaat; de gemiddelde leeftijd blijft stijgen en daarnaast worden ook meer mensen ouder. Het aandeel tachtig-plussers stijgt harder dan het aandeel vijftenzestig- tot tachtigjarigen (Woittiez et al., 2021). Een van de grootste prestaties van de mensheid, een drastische en progressieve verhoging van de levensverwachting wereldwijd, gaat dan ook tegelijkertijd gepaard met een van de grootste uitdagingen (Rowe & Fried, 2013). Door de dubbele vergrijzing en omdat ouderen over het algemeen met meer gezondheidsproblemen te maken hebben dan jongeren, zal er naar verwachting in de komende twintig jaar meer worden uitgegeven aan ondersteuning en langdurige zorg (Rechel et al., 2013; Woittiez et al., 2021). Toegang tot goede zorg wordt vaak gezien als mensenrecht en daarom is het van groot belang om nu alvast te anticiperen op de uitdagingen die de dubbele vergrijzing met zich meebrengt (Lloyd, 2012). Volgens de WHO kan maar liefst 23.1% van de wereldwijde ziektes direct in verband worden gebracht met ziektes in personen die ouder zijn dan zestig jaar (WHO, 2008). Daarom is het bedrag dat per persoon aan gezondheidszorg wordt uitgegeven ook veel hoger in ouderen dan in jongeren, ondanks dat er een algemene consensus bestaat dat ouderen niet zo vaak gebruik maken van gezondheidszorg als dat ze eigenlijk nodig hebben (Wyman et al., 2018).

Door vergrijzing ontstaat er een toename in de zorgvraag. Overheden zijn druk bezig met het ontwikkelen van actieplannen om de kostenstijging te beperken (Woittiez et al., 2021). Een grote rol hierbij speelt het personeelstekort in de gezondheidseconomie; door de vergrijzing krimpt de beroepsbevolking en ook werken veel mensen die werkzaam zijn in de zorg parttime, wat indirect verband kan houden met de hoge werkdruk dat ontstaat door de enorme vraag naar zorg (Hellenthal, 2012). Naast het werven van nieuw personeel in de gezondheidszorg, is het ook van belang om de training van al het betrokken personeel in de geriatrie te verbeteren. Hieronder vallen onder andere ziekenhuismedewerkers, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, thuiszorg, mantelzorgers en alle gerelateerde gezondheidsorganisaties (Wyman et al., 2018). Daarnaast moet er een sterk samenwerkingsverband tussen de betrokken partijen ontstaan die op hoog niveau wordt gecoördineerd; dit vereist optimalisatie van de huidige organisatiesystemen (Hayashi et al., 2010; Leong et al., 2021).

Een andere beleidsaanpak die momenteel wordt uitgevoerd in Nederland is het streven om ouderen thuis zorg te bieden in plaats van in het ziekenhuis, zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Gemeenten spelen hierin een grote rol omdat een groot deel van de thuiszorg onder de verantwoordelijkheid valt van gemeenten. Instellingen blijven op deze manier gereserveerd voor mensen die gedurende de hele dag zorg nodig hebben (Woittiez et al., 2021). Een andere manier om de werkdruk in de zorg te verlagen is om zorgmedewerkers zoals apothekers en verpleegkundigen een uitgebreider takenpakket te geven; door middel van training zouden zij taken kunnen overnemen van de reguliere zorgmedewerkers, zoals zelfstandig medicijnen voorschrijven en patiënten begeleiden terwijl de kwaliteit van zorg hetzelfde blijft (Leong et al., 2021).

Kortom, met de dubbele vergrijzing in gedachten zal er shift in de gezondheidseconomie moeten ontstaan waarin er meer focus ligt op preventie en passende zorg. Innovatie speelt hierin een grote rol en hier zullen overheden dan ook rekening mee moeten houden in hun beleidsplannen. De zorg van ouderen moet beter geïntegreerd worden in het huidige systeem en specialistische geriatriediensten

moeten op de juiste locaties worden aangeboden (Swerissen & Lewis, 2021). Momenteel zijn er namelijk weinig financierings-, toezicht- en coördinatiemogelijkheden die het aanbod van de zorg voor ouderen samenbrengen en dus kunnen garanderen dat er effectief wordt samengewerkt (Leong et al., 2021). Belangrijk om te beseffen is wel dat er naar alle waarschijnlijkheid geen enkel beleidsplan bestaat dat de perfecte oplossing is, doordat de factoren die een vergrijzende samenleving veroorzaken zoveel groter en meer complex zijn dan alleen de beslissingen die in de gezondheidseconomie worden gemaakt (Berlinger & Solomon, 2018).

Digitalisering

Digitalisering heeft invloed op alle onderdelen van de maatschappij en neemt een steeds progressievere rol aan in de samenleving. Digitalisering zou daarom gebruikt moeten worden om de publieke gezondheidsdoelen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie en gelijkheid te waarborgen; met andere woorden, digitalisering zou deze publieke gezondheidsdoelen niet moeten veranderen, maar juist moeten ondersteunen (Odone et al., 2019). Dit begint met het erkennen van de rol van digitalisering in de maatschappij en beleidsmakers kunnen hier dan op voortborduren. Door de constante veranderingen in de gezondheidseconomie is up-to-date kennis van groot belang en juist hierin kan digitalisering een positieve rol spelen, aangezien de toegankelijkheid van kennis vele mate beter wordt. Wel is het belangrijk om tegelijkertijd ook op de hoogte te zijn van de effecten van digitalisering, aangezien het invloed heeft op alle actoren in de gezondheidseconomie (Vogt, 2021). Een toegenomen werklading, het vertragen van de werksnelheid, nieuwe werkvereisten en niet genoeg tijd om aan de systemen te wennen kan voor serieuze problemen zorgen als er niet adequaat met de nieuwe systemen wordt omgegaan (Kaihlanen et al., 2023).

Ook in lesmethodes die gebruikt worden in de gezondheidseconomie kan digitalisering een positieve invloed zijn. Het gebruik van online lesmethodes kan bijdragen aan de skills van studenten, maar ook aan kennis, motivatie en houdingen ten opzichte van de gezondheidszorg (Söderlund et al., 2023). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat theoretische kennis zelfs makkelijker en meer efficiënter kan worden onderwezen door middel van digitale bronnen. Digitale leermiddelen kunnen worden ingezet bij preventie en healthy aging. Digitale platforms en leeromgevingen kunnen ouderen helpen bij het voorkomen van ziektes en dit wordt dan ook vaak als “digital healthy aging” gezien. Van groot belang is hierbij wel dat sociale gezondheidsaspecten van ouderen hierbij in acht worden genomen, zoals de mate van toegang tot online informatie, digitale ongeletterdheid, en onderwijsniveau. Digital healthy aging zou dan ook een meer holistische aanpak moeten kennen en onderwerpen zoals zelfzorg, preventie en actieve healthy aging moeten bevatten. Beleidsmakers kunnen hierop inspelen door het digitale “gat” tussen ouderen en jongeren in de samenleving te dichten en ervoor te zorgen dat ook ouderen zichtbaar zijn in data en onderzoek naar digitale healthy aging (Gariboldi et al., 2023).

Op grotere schaal, vanuit de EU geredeneerd, zou een succesvolle Europese strategie voor publieke gezondheidsdigitalisering bestaan uit de volgende onderdelen: politieke inzet, geïntegreerde raamwerken, een sterke technische infrastructuur, doordachte en duurzame economische investeringen, onderwijs, onderzoek en natuurlijk het monitoren en evalueren van gezette stappen (Odone et al., 2019). Digitalisering zou een aanwinst moeten zijn voor de publieke gezondheid en ervoor moeten zorgen dat publieke gezondheidsdigitalisering wordt ondersteund en dus ook de implementatie, evaluatie en onderzoek naar digitalisering in de gezondheidszorg op zowel praktisch als beleidsniveau wordt verbeterd (Odone et al., 2019). De EU zou daarom moeten beginnen met het opstellen van een langetermijnstrategie (vijf tot tien jaar) met het oog op digitalisering en hierbij een multistakeholder aanpak te gebruiken, waarbij zowel patiënten, academici, bedrijven uit de gezondheidseconomie en gezondheidsprofessionals worden geraadpleegd (Jochimsen, 2021; Olesch, 2022).

2.2. Beleidskader

In deze sectie wordt een beknopt overzicht gepresenteerd van de huidige ruimtelijk economische en sociaaleconomische beleidsplannen omtrent de gezondheidseconomie, op zowel landelijk als gemeentelijk niveau. Daarnaast worden de doelstellingen voor de gemeente Groningen besproken. Vervolgens zullen de twee toekomstscenario's van het onderzoek van het Planbureau voor de Leefomgeving (2023) worden geïntroduceerd.

2.2.1. Ruimtelijk economisch beleid en gezondheidseconomie

Het verband tussen ruimtelijke economie en de gezondheidseconomie wordt steeds belangrijker in het streven naar duurzame gebiedsontwikkeling en het verbeteren van de levenskwaliteit. Ruimtelijke ordening en volksgezondheid zijn onderwerpen die al vanaf 1900 samengaan doordat er aandacht kwam voor een gezonde woon- en leefomgeving. Sinds begin deze eeuw is er in termen van ruimtelijke ordening meer focus gelegd op individuele eisen en wensen per project en minder op een standaardproduct of vooraf vastgelegd eindbeeld. Ook in het volksgezondheidsdomein is er een en ander veranderd sinds begin deze eeuw en ligt de focus met name op kwaliteit van leven en de rol die de fysieke en sociale omgeving hierin speelt. Belangrijk hierin is daarom een integrale aanpak, waarbij ruimte is voor lokaal maatwerk. Hierbij wordt een gebiedsgerichte aanpak aanbevolen (RIVM, 2015; Ruimtelijk Planbureau, 2007). Dit is direct van toepassing op dit onderzoek; het bereiken van een toekomstbestendige en duurzame gezondheidseconomie kan gezien worden als een problematische uitdaging, maar men kan dit doel ook als een uitdaging interpreteren wat vele kansen biedt. De (indeling van de) fysieke leefomgeving heeft een direct effect op de volksgezondheid; met name in termen van regionale ontwikkeling, gezonde verstedelijking en fysieke toegang tot zorg.

2.2.2. Sociaal economisch beleid en gezondheidseconomie

Wetenschappelijke literatuur laat zien dat er fundamentele sociaaleconomische determinanten van invloed zijn op de mate van gezondheid. Dit bepaalt onder andere de mate waarin mensen toegang hebben tot zorg. Onderwerpen als vergrijzing en digitalisering hebben veel invloed op de gezondheidseconomie en veroorzaakt verschillen in de mate van gezondheid door de gehele samenleving. Het RIVM (2003) laat bijvoorbeeld zien dat inwoners van Nederland met een lagere sociaaleconomische status vaker de huisarts bezoeken en minder vaak gebruik maken van specialistische zorg. Dat deze gezondheidskloof tussen inwoners gedicht moet worden, is duidelijk. De Sociaal-Economische Raad (2024) pleit daarom ook voor gezondheid voor iedereen en dus een verkleining van de structurele sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Hiervoor moeten sociale zekerheid, onderwijs, arbeidsmarkt en de leefomgeving samenkomen (CPB, 2024; SER, 2024). In dit onderzoek wordt dan ook onderzocht welke vorm deze integrale domein overstijgende aanpak kan aannemen en ligt de focus wat betreft sociaaleconomisch beleid vooral op duurzaamheid, sociaaleconomische status, vergrijzing en digitalisering.

2.2.3. Landelijke doelstellingen

Ruimtelijk economisch beleid

Wat betreft ruimtelijk beleid, heeft de Rijksoverheid momenteel drie voornaamste doelstellingen voor de periode tot 2028. Ten eerste, moet de concurrentiekracht van Nederland worden vergroot. Hieronder vallen het hanteren van een aantrekkelijk vestigingsbeleid voor buitenlandse bedrijven, het zorgen voor een betrouwbare en duurzame energievoorziening (dus energiezekerheid) en als laatste het reserveren van ondergrondse ruimte en het aanleggen van buisleidingen, waarin gevaarlijke stoffen zoals gas en olie kunnen worden vervoerd. Ten tweede, de bereikbaarheid van en in Nederland moet worden verbeterd. Hiervoor richt de Rijksoverheid zicht op aanleg en onderhoud van wegen, het beter gebruiken

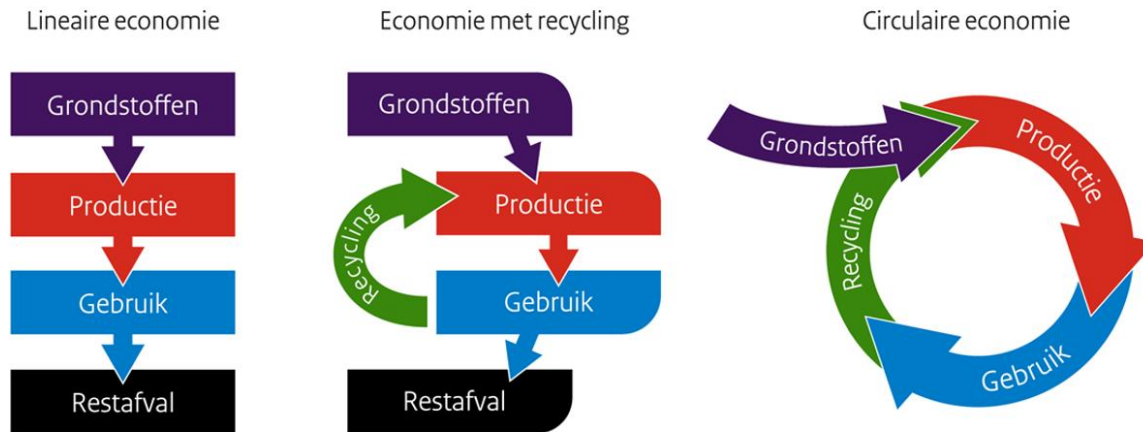
van bestaande infrastructuur en op een nieuwe aanpak wat betreft de bereikbaarheid door mogelijkheden te onderzoeken van nieuwe technologieën. Als derde doelstelling heeft de Rijksoverheid om de kwaliteit van de leefomgeving, het milieu en water te verbeteren. Hieronder vallen de bescherming van wederopbouwgebieden uit de periode na de Tweede Wereldoorlog, maatregelen tegen water en overstromingen, maatregelen zodat de kwaliteit van bodem, water en lucht gewaarborgd blijft en als laatste het faciliteren van een natuurnetwerk waarin genoeg ruimte is voor natuur en connecties tussen natuurgebieden (Rijksoverheid, 2024a). Uiteraard zijn deze doelen van toepassing op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie; energiezekerheid en duurzame energie, bereikbaarheid en kwaliteit van leefomgeving hebben immers direct impact op de gezondheidseconomie zoals omschreven in het theoretisch kader.

Verder heeft de Rijksoverheid als doel om internationale productieketens te verduurzamen, hieronder vallen onder andere het bestrijden van internationale verschillen in arbeidsomstandigheden, mensenrechten en klimaatomstandigheden. Hierom wordt arbeidsparticipatie gestimuleerd, bijvoorbeeld door het creëren van participatiebanen dat mensen door de gehele samenleving laat deelnemen aan de arbeidsmarkt (Rijksoverheid, 2024b).

Daarnaast blijkt uit de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024 dat er gefocust wordt op specifieke regio's wat betreft de gezondheidsbevordering van de leefomgeving. Buurten en wijken met gezondheidsachterstanden hebben de eerste prioriteit wat betreft gezondheidsbevordering. Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar het beschikbaar stellen van sporttoestellen en/of groene plekken en wordt het aanbod van fastfood beperkt. Het uiteindelijke doel is natuurlijk om in elke wijk in Nederland de gezondheid te bevorderen, maar wijken met gezondheidsachterstanden krijgen hierin voorrang (RIVM, 2020).

Sociaaleconomisch beleid

Wat betreft sociaaleconomisch beleid, heeft de Rijksoverheid ook een drietal doelstellingen voor de periode tot 2030. De eerste voornaamste doelstelling heeft betrekking op het thema verduurzaming. Hieronder valt onder andere het realiseren van klimaatneutrale bedrijfsvoering in 2030 (wat focust op de thema's klimaat, mobiliteit en energie). Dit refereert weer naar het doel om in 2030 het gebruik van primaire grondstoffen te halveren en vervolgens om in 2050 volledig circulair te zijn (Rijksoverheid, 2024b). Deze doelstellingen zijn dan ook de reden dat in deelvraag twee van dit onderzoek de grens van 2020 wordt gehanteerd. Het concept afval bestaat niet in een circulaire economie: producten en grondstoffen worden opnieuw gebruikt. Afval is een nieuwe grondstof, waardoor afval niet meer bestaat. In onderstaande figuur wordt geïllustreerd hoe de circulaire economie werkt. Momenteel leven we in de lineaire economie met een stukje recycling, maar er wordt veel restafval geproduceerd (Rijksoverheid, 2024d).



Figuur 8: Van lineaire naar circulaire economie (Rijksoverheid, 2024d)

Vervolgens, kan het thema brede welvaart gekoppeld worden aan een duurzame toekomst in de gezondheidseconomie. Brede welvaart staat voor alles waar mensen waarde aan geven. Dit gaat dus naast materiële zaken, juist ook om factoren als milieu, natuur, onderwijs, veiligheid, sociale cohesie, persoonlijke groei en uiteraard gezondheid (Planbureau voor de Leefomgeving, 2022). Om een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie te bereiken tegen 2050, moeten we werken naar een brede kijk op gezondheid. Een brede kijk op gezondheid kan gerelateerd worden aan de term “positieve” gezondheid, wat inhoudt dat de focus niet alleen ligt op fysiek ziek of gezond zijn, maar juist ook op mentale gezondheid, de mate waarin gezondheid ervaren wordt, eigen regie en ook de veerkracht van mensen in het geval van een ongezonde periode (CPB et al., 2022). Dit stelt beleidsmakers voor een grote uitdaging (Planbureau voor de Leefomgeving, 2023b).

De tweede voornaamste doelstelling van de Rijksoverheid houdt verband met de Green Deal. De gezondheidszorg verbruikt veel grondstoffen, energie en voedsel waardoor de sector bijdraagt aan milieuvervuiling. Daarom is de Green Deal Duurzame Zorg in het leven geroepen, waarin afspraken zijn vastgelegd om de gezondheidssector te verduurzamen. Het doel achter deze Green Deal is dat de gezondheidszorg klimaatneutraal (Rijksoverheid, 2024c). De Green Deal Duurzame Zorg is een afsprakenovereenkomst tussen de Rijksoverheid, zorgaanbieders, allerlei brancheorganisaties in de zorg, vereniging van banken en daarnaast wetenschappelijke verenigingen. Gezamenlijk zijn zij tot vijf voornaamste doelen gekomen. Het eerste voornaamste doel is het behartigen en stimuleren van de gezondheid van alle inwoners van Nederland (naast patiënten en medewerkers in de zorg), zowel mentaal als fysiek. Hierbij wordt gefocust op omgeving, voeding en leefstijl. Als tweede doel is vastgelegd dat er meer bewustwording moet worden gecreëerd over de impact die de gezondheidszorg heeft op het milieu en klimaat en andersom. De hoeveelheid kennis moet hierover worden vergroot. Ten derde, tegen 2050 moeten alle zorgorganisaties volledig klimaatneutraal hun werkzaamheden uitvoeren. Om dit te bereiken moeten zorgaanbieders nu beginnen met het in kaart brengen van hun CO2 uitstoot en daarnaast plannen opstellen door middel van een routekaart hoe deze uitstoot jaarlijks wordt verminderd. Ten vierde, moet de gehele gezondheidssector het gebruik van grondstoffen terugdringen en zo weinig mogelijk restafval produceren. Hiervoor moeten de mogelijkheden om circulair te werken worden onderzocht en daarnaast moet er duurzaam worden ingekocht. Als laatste doel in de Green Deal, is de milieubelasting omtrent medicijngebruik te beperken. Deze doelstelling kan worden behaald door de productie van medicijnen te verduurzamen en daarnaast te zorgen dat medicijnresten zo min mogelijk worden opgenomen in grond- en oppervlaktewater (Green Deal, 2022; Rijksoverheid, 2024c).

2.2.4. Doelstellingen gemeente Groningen

Om te beginnen, is er de afgelopen jaren sprake van een shift in de verantwoordelijkheid en het uitvoeren van taken, door decentralisatie. Taken die in eerste instantie tot de Rijksoverheid behoorden worden nu toebedeeld naar lokale overheden, zoals gemeenten en andere lokale rijksinstanties. Hierbij worden ook steeds meer verantwoordelijkheden bij de inwoners zelf gelegd; uit onderzoek blijkt dat betrokkenheid van burgers een van de meest bepalende factoren is in het succesvol uitvoeren van beleid (RIVM, 2015).

Rollen gemeente Groningen

In de economische agenda 2023-2026 van de gemeente Groningen (2023) wordt gesteld dat er vijf rollen te onderscheiden zijn bij het uitvoeren van de agenda. Als eerste heeft de gemeente een aanjaagrol, hiermee wordt het stimuleren van partijen bedoeld om gezamenlijke ambities te vervullen en projecten te starten. Ten tweede heeft de gemeente een verbindende rol, partijen moeten worden samengebracht om ambities mogelijk te maken. Ten derde is het belangrijk dat de gemeente vanuit een zowel maatschappelijke als politieke belangstelling interesse en betrokkenheid toont bij projecten. Dit wordt omschreven als profileren en houdt onder andere in dat er marketingcampagnes worden opgezet omtrent de belangrijkste doelen. Ten vierde heeft de gemeente een faciliterende rol; om projecten mogelijk te maken die de ambities van de gemeente vervullen, moet er kennis in de vorm van netwerken en contacten en voorzieningen in de vorm van menskracht en subsidie worden aangereikt en gefaciliteerd. Als laatste heeft de gemeente een financierende rol om de ambities te vervullen en bijbehorende projecten in het leven te roepen (Gemeente Groningen, 2023).

Maatschappelijke transities

Wat betreft grote maatschappelijke transities zijn er drie trends in de gemeente Groningen. Allereerst ligt de focus op de energietransitie en dit heeft dan ook een hoge urgentie. Groningen is immers een echte energieprovincie en heeft daarom ook veel kennis in bezit en heeft een bijpassende infrastructuur en veel professionals in de regio; juist in Groningen kan daarom een nieuw, innovatief en duurzaam energiesysteem worden gecreëerd wat als voorbeeld kan dienen. Vervolgens is de digitale transitie niet meer te negeren in onze maatschappij en speelt daarom een belangrijke rol. Als onderdeel van het creëren van een toekomstbestendige arbeidsbestendige markt werken steeds meer mensen met IT. Dit is ook belangrijk voor de gezondheidszorg omdat IT de nieuwe ontwikkeling van nieuwe en meer passende zorg ondersteunt. Daarnaast kan digitalisering bijdragen in het bieden van gelijke kansen in toegankelijk en kwalitatief onderwijs. Als laatste is er een derde trend te ontdekken in de gezondheidseconomie. Door de aanwezigheid van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het klinische Martini Ziekenhuis, staat Groningen vooraan wat betreft zorginnovaties. Private organisaties en initiatieven dragen hier ook aan bij en gezamenlijk zorgen zij ervoor dat de kennisinstellingen (met name de Rijksuniversiteit Groningen en de Hanzehogeschool) en de lokale overheidsinstanties (met name de gemeente Groningen) een beeld krijgen van de onderzoeksprioriteiten en welke ecosystemen ontwikkeld moeten worden. Daarnaast ligt in de gemeente Groningen de focus op preventie en is er daarnaast aandacht voor het lokaal produceren van geneesmiddelen. Deze transities zijn terug te vinden in de sociale agenda van Nij Begun; hierin speelt brede welvaart een belangrijke rol en ligt de focus op het toekomstbestendig maken van Groningse dorpen (Groninger Dorpen, 2024).

Kansen in de gezondheidseconomie

Er zijn veel organisaties en bedrijven in de gezondheidseconomie, met elk verschillende organisaties en daarnaast verschillende belangen. De Gemeente Groningen ziet het als haar voornaamste taak om al deze partijen bijeen te brengen zodat er samenwerkingsverbanden kunnen ontstaan en kennis uitgewisseld kan worden. Specifiek legt de Gemeente Groningen een focus op de publieke

gezondheidszorg (bijvoorbeeld jeugdzorg, ziekenhuizen en/ of fysiotherapie) (Gemeente Groningen, 2023).

Wat betreft de gezondheidseconomie, zijn er vier opgaven waar de gemeente Groningen de komende tijd voor staat en waar kansen liggen voor de regio Groningen (Gemeente Groningen, 2023).

- 1 Samenwerking op het gebied van (ecosysteem)ontwikkeling en innovatie binnen de gezondheidseconomie versterken.
- 2 Bijdragen aan verbetering (efficiëntie, kostenbesparingen) van het huidige gezondheidssysteem.
- 3 Groningen en Noord-Nederland als gezondheidsregio en innovatiehotspot van Nederland op de kaart zetten
- 4 We werken samen met onze stakeholders aan een toekomstbestendige arbeidsmarkt waarmee we (groei) ambities behalen.

Figuur 9: Opgaven voor de Gemeente Groningen binnen de gezondheidseconomie (Gemeente Groningen, 2023, p. 28-29)

Voor de eerste opgave ligt de focus vooral op het verbinden van partijen en hen financiële steun bieden bij het opzetten van projecten. Daarnaast wordt er niet alleen naar regionale samenwerkingsmogelijkheden gekeken, maar ook naar nationale en/of Europese opties. Om dit te kunnen realiseren is het belangrijk dat Groningen en Noord-Nederland duidelijk aan de buitenwereld laten zien wat zij te bieden hebben. Daarom ligt er een gezamenlijke focus op een verbeterde profilering van de regio Groningen. Wat betreft de tweede opgave is het doel van de gemeente Groningen om oplossingen te creëren voor vernieuwingen in het huidige zorgsysteem. Hierbij wil de gemeente zowel het bedrijfsleven als de zorginstaties en kennisinstellingen faciliteren. Om de efficiëntie in de gezondheidseconomie te verbeteren en kosten te besparen zullen digitalisering en het gebruik van data ingezet worden. Verder, voor de derde opgave is het de ambitie om in de levenstechnologie, zorg en preventie stappen te zetten samen met betrokken partijen. De focus ligt met name op organisaties die zich bezig houden met innovatieve en duurzame ontwikkeling van voedsel ingrediënten en als eindresultaat voedingsproducten. In deze opgave kan een connectie worden gemaakt met gezond ouder worden en circulaire economie. Als laatste, voor de vierde opgave wordt er gewerkt aan een agenda dat zich specifiek focust op menselijk kapitaal. Hierbij is het doel om te garanderen dat er in de (nabije) toekomst een toereikend aantal arbeidskrachten, zowel kwalitatief als kwantitatief, ter beschikking staat, op alle opleidingsniveaus. Dit is nodig om de eerste twee opgaven te kunnen realiseren (Gemeente Groningen, 2023).

Toekomstbestendig en maatschappelijk verantwoord ondernemen

De gemeente Groningen hecht veel waarde aan toekomstbestendig en maatschappelijk verantwoord ondernemen. Hieronder vallen verscheidene focuspunten. Als eerste wordt impactvol ondernemen aangestipt, hiermee worden de organisaties en ondernemers bedoeld die willen bijdragen aan maatschappelijke doelen, zoals duurzaamheid en het creëren van een inclusievere arbeidsmarkt. Daarnaast wordt circulair ondernemen gewaardeerd; circulariteit kan bijdragen aan het vormen van duurzame en toekomstbestendige bedrijventerreinen. De gemeente onderzoekt de potentie van onderlinge uitwisselingen van afval- en reststromen op bedrijventerreinen. Dit gebeurt in

overeenstemming met de provincie Groningen en de bedrijvenverenigingen. Vervolgens, in het kader van toekomstbestendig ondernemen ligt de nadruk op kennis en innovatie. Radicale innovaties in systemen, producten en processen zijn immers nodig om te garanderen dat de gezondheidseconomie ook in de toekomst betaalbaar en van hoge kwaliteit blijft. Tevens is het belangrijk om te anticiperen op de krapte in de arbeidsmarkt. In alle sectoren en niveaus is momenteel een vraag naar personeel en de krapte op de arbeidsmarkt zal alleen maar meer toenemen door de vergrijzing en het feit dat er een toenemende vraag is naar onderwezen personeel in branches die in verband staan met de maatschappelijke transitie; voorbeelden zijn de gezondheidszorg en de energiesector. Door de toenemende bedrijvigheid van Groningen, met name in de energiesector komt er dus ook een grotere ruimtevraag. Hierdoor moet er slimmer worden omgegaan met de indeling van huidige bedrijventerreinen en zullen er nieuwe bedrijfslocaties moeten worden aangewezen (Gemeente Groningen 2020 en 2023).

2.3. Toekomstscenario's van het PBL

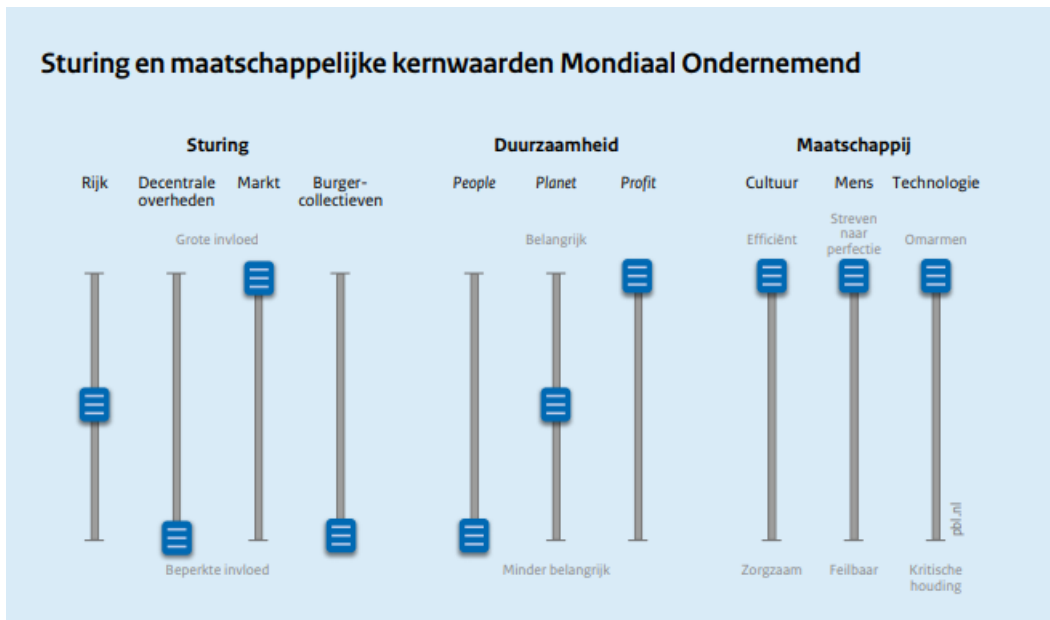
Als hulpmiddel tijdens de interviews in dit onderzoek wordt “Vier scenario's voor de inrichting van Nederland in 2050” (PBL, 2023) gebruikt. Uit dit onderzoek worden twee scenario's gevolgd als handvat, “Mondiaal Ondernemend” en “Groen Land”. Deze toekomstscenario's worden vervolgens toegespitst op de sector gezondheidseconomie in de Gemeente Groningen om een zo'n duidelijk mogelijk beeld te schetsen hoe een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie eruit kan zien. Het PBL (2023) veronderstelt dat een toekomstbestendig Nederland een essentiële verandering vergt wat betreft de indeling van de huidige economie en samenleving. Hiervoor zijn systeemveranderingen nodig; dat is dan ook de reden dat er in elk van de scenario's bepaalde transitie plaatsvinden passend bij een bepaalde visie van de maatschappij. In het eerste scenario Mondiaal Ondernemend ligt de focus vooral op maatschappelijk verantwoord ondernemen en daarom is er een verschuiving in de economie te ontdekken van een aandeelhouder- naar een stakeholdereconomie. Om deze reden speelt true pricing ook een grote rol; hierbij worden verborgen uitgaven ook meegenomen in het bepalen van de prijs van producten en diensten. Ofwel, milieukosten die natuurlijk een kwalijk effect hebben op inwoners, klimaat en milieu worden in rekening gebracht. In het tweede scenario Groen Land ligt er een beperking op de consumptievrijheid van inwoners. Er is in dit scenario gekozen om een omgevingsbudget in te voeren, waarbij de mate van omgevingsvervuiling bepaalt hoeveel van het budget verbruikt wordt. Dit scenario is dus ingericht om vervuiling en grondstoffenverbruik te minimaliseren.

2.3.1. Mondiaal Ondernemend

In dit scenario is de samenleving bovenal individualistisch ingesteld. Bewoners zijn zelfredzaam en hebben een eigen verantwoordelijkheid, dus ook voor duurzaamheid. Daarnaast domineert het marktdenken en is er een kapitalistische economie. Machtige (internationale) bedrijven nemen de lead en hebben veel invloed. De overheid heeft meer een faciliterende rol. Materiële welvaart wordt als belangrijk gezien en dit impliceert dat de mens over de natuur heerst. Innovatie en techniek staan in het teken van efficiëntie en men vertrouwt hierop, maar tegelijkertijd is er ook aandacht voor de ecologische voetafdruk en dus duurzaamheid. Dit uit zich in de vorm van true pricing; hierin worden de verborgen kosten wat betreft milieu, mens en dier ook meegenomen (Lenzen et al., 2020). Kansen op de markt en materiële welvaart is bereikbaar voor iedereen die een eigen verantwoordelijkheid durft (en in staat is om) te nemen. Nederland kent in dit beleidsscenario dan ook een hoog competitief vestigingsklimaat. Dit zorgt tegelijkertijd ook voor grote ongelijkheid in de samenleving, waarbij niet iedereen dezelfde kansen aangeboden krijgt. Wel is er enige maatschappelijke stabiliteit, omdat er een basisvoorzieningspakket aanwezig is voor de inwoners van Nederland die dit nodig hebben. Dit pakket is doelmatig, maar beperkt. Qua ruimtelijk patroon in dit scenario is duidelijk te zien dat het Westen en

Midden van het land nog sterker verstedelijkt, wat een groot contrast vormt met een veel rustiger Noorden, Oosten en Zuidoosten van Nederland (PBL, 2023).

In figuur 10 is een overzicht van de kernwaarden in het beleidsscenario “Mondiaal Ondernemend” te zien. Ook is hierin terug te vinden wat de invloed van zowel landelijke overheden als gedecentraliseerde overheden (zoals gemeenten) is.

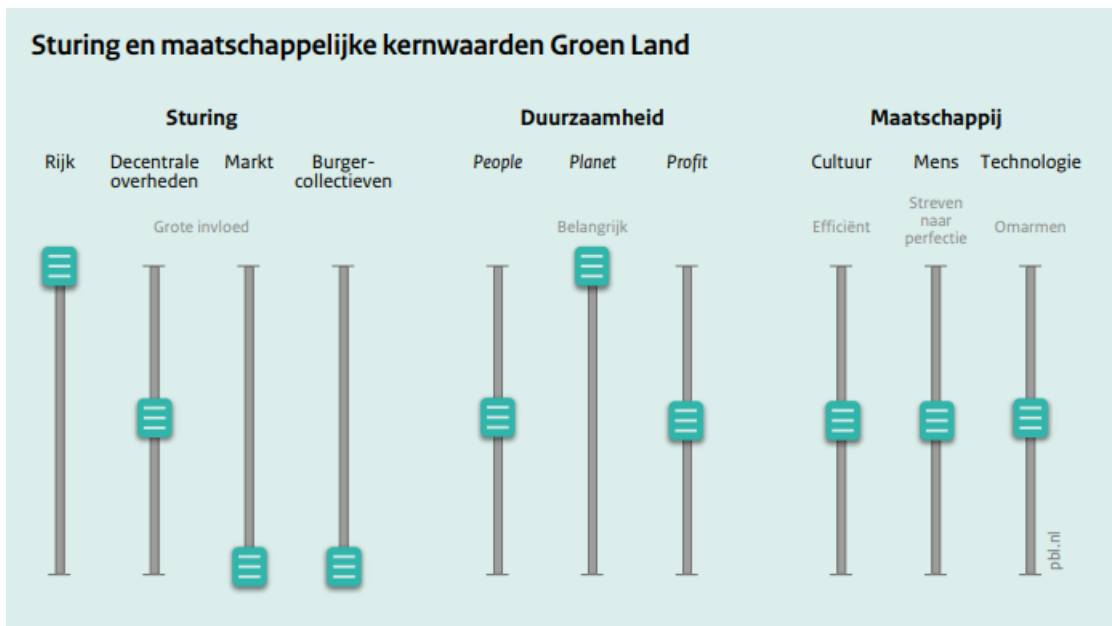


Figuur 10: Kernwaarden in beleidsscenario "Mondiaal Ondernemend" (PBL, 2023, p. 76)

2.3.2. Groen Land

In het beleidsscenario “Groen Land” is er een algemene consensus dat mensen onderdeel zijn van de natuur en de mens dus niet heerst over de natuur, maar in harmonie leeft met de omgeving. Publieke normen en waarden in de samenleving worden als belangrijk ervaren. Daarnaast domineren natuurlijke oplossingen technologische of economisch winstgevende oplossingen. In dit scenario staat het respecteren van de natuur en haar ecologische grenzen bovenaan, de focus ligt dus op natuur inclusief handelen. Mocht de vrijheid om te consumeren hierdoor afnemen, dan wordt dit door de inwoners van Nederland geaccepteerd en gerespecteerd. Materiële welvaart is dus een stuk minder belangrijk dan in het scenario Mondiaal Ondernemend. Ook is er veel minder ongelijkheid in de samenleving. In dit scenario neemt de overheid juist een actievere rol aan en neemt, met name bij verduurzaming, de regie. Dit is terug te vinden in de beleidsimplementatie van het “planeetpunten-systeem”. Er wordt jaarlijks een budget opgesteld voor elke inwoner van Nederland en dit budget bepaalt hoeveel punten er kunnen worden uitgegeven aan klimaatvriendelijk gedrag. Verder vindt nieuwe bebouwing plaats binnen bestaande steden en focust de nieuwe bebouwing zich op openbaar vervoer knooppunten. Verstedelijking is hier dus relatief evenwichtig verspreid over Nederland, in tegenstelling tot het scenario Mondiaal Ondernemend (PBL, 2023).

Een overzicht van de kernwaarden in het beleidsscenario “Groen Land” is weergegeven in figuur 11.



Figuur 11: Kernwaarden in beleidsscenario "Groen Land" (PBL, 2023, p. 114)

In het beleidsscenario Mondiaal Ondernemend ligt de focus op winst terwijl in Groen Land de focus ligt op de natuur. Deze kernwaarden zijn het meeste kenmerkend voor de scenario's en staan boven alles. De manier waarop welvaart wordt gemeten is dus verschillend; in Mondiaal Ondernemend wordt welvaart gemeten in termen van materiële welvaart, maar in Groen Land wordt welvaart gemeten in termen van milieu en natuurwelzijn. Automatisch volgt dus dat "gezondheid" ook een andere mate van prioriteit kent in de scenario's, aangezien een goede gezondheid een direct gevolg is van een gezonde leefomgeving. Een samenvatting van de tegenstrijdige prioriteiten in de scenario's is te zien in figuur 12.

Mondiaal Ondernemend	Groen Land
Profit	Planet
.....	
1. materiële welvaart, wonen en grondstoffen;	1. klimaat, biodiversiteit, grondstoffen, milieu en veiligheid;
2. arbeid & vrije tijd, veiligheid en klimaat;	2. gezondheid, welzijn en samenleving;
3. gezondheid, welzijn, milieu, samenleving en biodiversiteit.	3. wonen, arbeid & vrije tijd en materiële welvaart.

Figuur 12: Rangorde van kernwaarden per scenario (PBL, 2023, p. 60)

Bovenstaande toekomstscenario's zijn het meest van toepassing op gezondheidssector. Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek is het onderzoeken welke rol de overheid, of specifiek de gemeente Groningen, in de toekomst kan spelen in de gezondheidseconomie. Juist in deze twee scenario is de mate van overheidsbemoeienis erg verschillend, wat tot nuttige inzichten kan leiden. In beide scenario's speelt duurzaamheid een belangrijke rol, al wordt duurzaamheid op verschillende manieren geïmplementeerd.

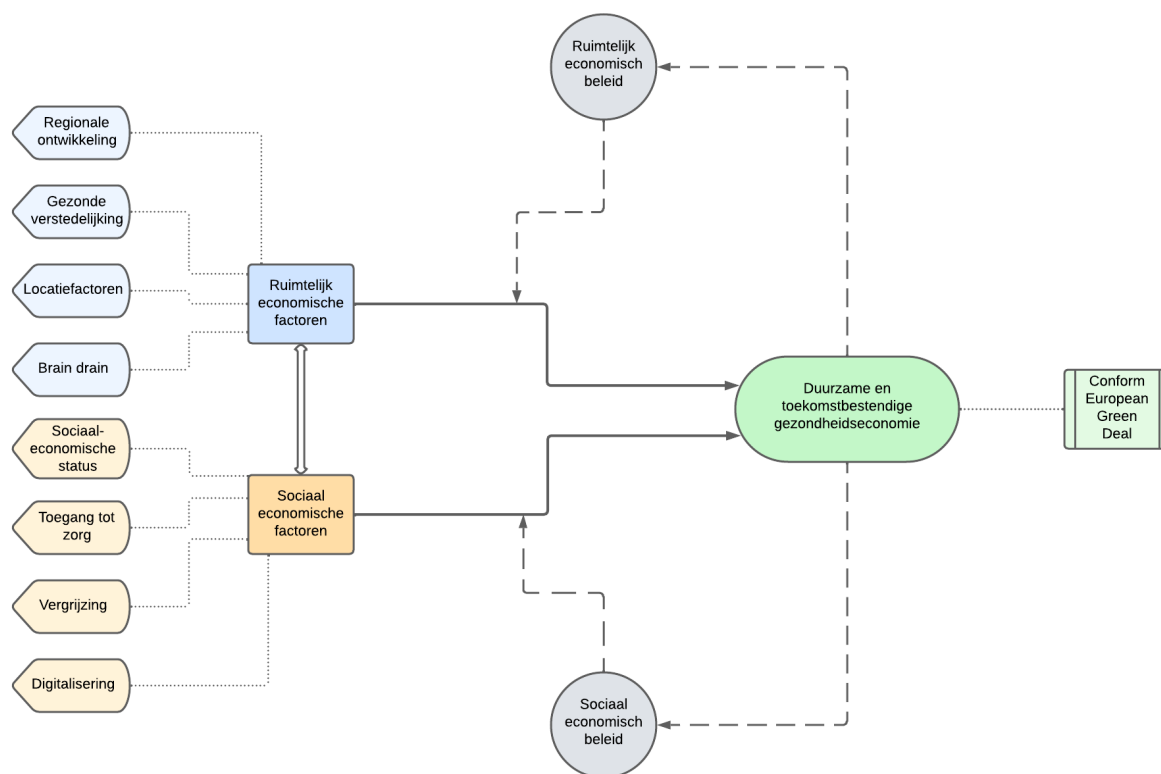
In het scenario Mondiaal Ondernemend staat duurzaamheid op een lager pitje dan in Groen Land en wordt duurzaamheid verkozen wanneer dit zorgt voor economische welvaart. In scenario Groen Land is dit juist andersom, hier wordt duurzaamheid juist verkozen wanneer dit zorgt voor welvaart voor de planeet. De verschillende blikken op de onderwerpen overheidsbemoeienis, gezondheid en duurzaamheid zijn waarom deze twee scenario's zijn verkozen als leidraad tijdens de interviews.

2.4. Conceptueel model en verwachtingen

Vervolgens, worden zowel het conceptueel model als de verwachtingen gepresenteerd. Voor het overzicht, volgt hieronder nogmaals de hoofdvraag van dit onderzoek. Deze luidt: *“Wat is de impact van huidige keuzes in ruimtelijk-economisch en sociaaleconomisch beleid op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie in de gemeente Groningen?”*

2.4.1. Conceptueel model

In figuur 14 wordt het conceptueel model gepresenteerd. Uit het model is af te leiden dat de ruimtelijk economische factoren en sociaaleconomische factoren een directe invloed hebben op het creëren van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. Uit de literatuur volgt dat de ruimtelijk economische factoren die het meest van toepassing zijn op dit onderzoek bestaan uit regionale ontwikkeling, gezonde verstedelijking, locatiefactoren en brain drain. Wat betreft sociaaleconomische factoren zijn dit de mate van sociaaleconomische status, toegankelijkheid van de zorg, vergrijzing en digitalisering. Hoe deze factoren invloed hebben op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie, wordt bepaald door het beleid wat rondom deze factoren wordt geschreven en uitgevoerd. Hieruit volgt dat beleid een grote invloed heeft op het wel of niet creëren van een duurzame en toekomstbestendige sector. Echter, uit het conceptueel is ook af te leiden dat er een verbinding is tussen een duurzame en toekomstbestendige sector en het huidige beleid. Met andere woorden, om de toekomstdoelen te bereiken moeten er juist nu de juiste beleidskeuzes worden gemaakt. Hiervoor moet er vanuit de toekomst worden terug geredeneerd naar het heden. Als laatste is uit het model af te leiden dat met een duurzame en toekomstbestendige sector een sector wordt bedoeld die conform de European Green Deal presteert.



Figuur 13: Conceptueel model

2.4.2. Verwachtingen

In onderzoek is het belangrijk om van tevoren verwachtingen vast te stellen. Verwachtingen spelen altijd een rol in het onderzoek en kleuren de rol van de onderzoeker. Ze zijn dan ook van belang om de positie van de onderzoeker ten opzichte van het onderzoek vast te stellen (Chigbu, 2019). Dit is belangrijk zodat de betrouwbaarheid van dit onderzoek blijft gewaarborgd. De verwachtingen worden opgesteld op basis van de literatuur.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, worden er twee deelvragen beantwoord. De eerste deelvraag luidt als volgt: *“Wat is de toekomst van de gezondheidseconomie als de gemeente Groningen de huidige koers blijft varen?”*. Verwacht wordt dat de zorgvraag verder gaat stijgen, dit wordt veroorzaakt door de dubbele vergrijzing. Er wordt verwacht dat deze stijging van de zorgvraag groter is in het Ommeland dan in de stad Groningen. Dit is problematisch, aangezien er ook een verdere stijging van het arbeidstekort wordt verwacht. Daarnaast trekt veel jong talent weg uit de regio Groningen, vaak richting de Randstad. Dit zorgt voor een verdere stijging in de arbeidstekorten in Groningen. Verder, door de opwarming van de aarde zal de gemiddelde temperatuur toenemen waardoor het belang van groene ruimtes groter is dan ooit, echter zal hier een tekort aan zijn. Wat betreft sociale ongelijkheid in de provincie Groningen wordt er een toename verwacht in sociaaleconomische verschillen. Dit zorgt op haar beurt voor een slechtere toegankelijkheid van de zorg. De toegang tot zorg wordt verminderd doordat de betaalbaarheid van de zorg afneemt en daarnaast mensen met een lagere sociaaleconomische status minder kennis hebben wat betreft het verkrijgen van zorg. Als laatste wordt verwacht dat digitalisering een grotere rol gaat spelen in de gezondheidseconomie; dit zal zorgen voor minder druk op de gezondheidssector en kan bijdragen aan een verbeterde toegankelijkheid van de zorg, ook in het landelijk gebied. Deze verwachtingen worden onder andere bevestigd door de Rijksoverheid (2020).

De tweede deelvraag is de volgende: *“Wat kan de gemeente Groningen doen om een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie te bereiken in 2050?”*. Verwacht wordt dat uit de interviews met de experts zal blijken dat Groningen sterker op de kaart gezet moet worden als regio. Als Groningen een aantrekkelijker vestigingsklimaat zal hebben zullen meer bedrijven ervoor kiezen in Groningen te ondernemen. Dit geeft Groningen een sterkere economische positie en trekt dus automatisch meer mensen aan, wat het arbeidstekort kan tegengaan. Daarnaast zal er een omslag moeten plaatsvinden in de gezondheidssector: van genezen naar preventie. Dit wordt onder andere door de NOM onderstreept en zij zijn dan ook actief bezig met het zoeken naar nieuwe ideeën en initiatieven om deze omslag te kunnen bewerkstelligen: in de vorm van de NOM Preventie Challenge (van Hoorn, 2024). Dit betekent dus dat gezondere levensstijlen gepromoot moeten worden en hier ook de middelen voor moeten worden aangeboden. Er moet dus meer toegang tot groene ruimtes komen en de uitstoot van de stad moet worden teruggedrongen. De gemeente Groningen kan bijdragen aan het verminderen van de sociaaleconomische verschillen, door ondersteuning te bieden waar nodig en daarnaast gemengde woonwijken aan te bieden. Om een duurzamere en toekomstbestendigere gezondheidseconomie te creëren, wordt er verwacht dat er integraal gewerkt gaat worden met verschillende organisaties. De gemeente kan hieraan bijdragen door organisaties met elkaar te verbinden en speelt een faciliterende rol. Daarnaast wordt verwacht dat de gemeente een aanjagende rol zal spelen; door zelf de eerste stap te zetten en groenere keuzes te maken worden andere partijen geprikkeld hetzelfde te doen.

3. Onderzoeksmethode

In het vorige hoofdstuk zijn het theoretische kader en het beleidskader geschetst. Hieruit volgden het conceptueel model en de verwachtingen voor dit onderzoek. Vervolgens, om tot een hoogwaardig antwoord te komen op de onderzoeksvraag, wordt in dit hoofdstuk de onderzoeksmethode verder uitgelegd. Het hoofdstuk zal daarnaast verder toelichten waarom er voor een kwalitatief onderzoek op basis van interviews is gekozen.

3.1. Onderzoeksstrategie

Het doel van dit onderzoek is om de hoofdvraag te beantwoorden. Zoals eerder besproken, bestaat deze uit de volgende vraag: *“Wat is de impact van huidige keuzes in ruimtelijk-economisch en sociaaleconomisch beleid op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie in de gemeente Groningen?”*. Om tot een antwoord te komen, zijn er twee deelvragen opgesteld. De eerste deelvraag kijkt naar de toekomst van de gezondheidseconomie als de huidige beleidskoers wordt gevolgd, in ruimtelijk-economische en sociaaleconomische zin. Bij deze deelvraag worden de problemen en uitdagingen die in het huidige beleid zichtbaar zijn of de verwachting hebben te ontstaan, aan het licht gebracht. Bij de tweede deelvraag ligt de focus juist op wat de gemeente Groningen kan ondernemen om deze problemen op te lossen of te voorkomen. Zoals besproken in het beleidskader, wordt er een grens van 2050 gehanteerd gezien de circulaire doelstellingen die de Rijksoverheid heeft gesteld. De deelvragen bestaan uit de volgende:

1. *Wat is de toekomst van de gezondheidseconomie als de gemeente Groningen de huidige koers blijft varen?*
2. *Wat kan de gemeente Groningen doen om een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie te bereiken in 2050?*

Het theoretisch en beleidskader vormen de basis van deze studie. In het vervolg wordt getest of de theorie ook daadwerkelijk standhoudt in de praktijk. De focus van het onderzoek ligt vooral op de praktische implicaties van beleidskeuzes in de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen en het uiteindelijke doel is dan ook om een advies te vormen en deze te presenteren aan beleidsmakers in de gemeente Groningen.

3.1.1. Kwalitatief onderzoek

Wat betreft de onderzoeksstrategie is er in deze studie gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De reden hierachter is het type onderzoeksvraag. Uit de onderzoeksvraag blijkt dat dit onderzoek een empirisch onderzoek betreft in plaats van een theoretisch onderzoek. Er zal immers in de praktijk getoetst worden welke impact huidige beleidskeuzes hebben op het bereiken van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat een systematisch literatuuronderzoek geen geschikte onderzoeksstrategie is. Daarnaast blijkt uit de onderzoeksvraag dat de nadruk ligt op het verzamelen van woordelijke antwoorden en de interpretatie hiervan. Kwantitatief onderzoek is dan geen passende optie, aangezien de benodigde data voor dit onderzoek niet gekwantificeerd kan worden omdat de data beschrijvend en verdiepend is (Creswell & Poth, 2016).

Kwalitatief onderzoek is de meest geschikte wijze om deze studie uit te voeren omdat in dit onderzoek verschillende processen moeten worden begrepen en hierbij past kwalitatief onderzoek het beste (Aspers & Corte, 2019). Daarnaast zitten er verscheidene voordelen aan het gebruik van kwalitatief onderzoek. Om te beginnen is er bij kwalitatief onderzoek sprake van een zekere flexibiliteit; de verzameling van

de data en de data-analyse kunnen veranderen wanneer blijkt dat andere manieren geschikter zijn, vaak is dit wanneer nieuwe patronen zichtbaar worden wat leidt tot nieuwe ideeën (Joubish et al., 2011). Dit sluit aan op het experimentele karakter van de studie. Ook speelt kwalitatief onderzoek zich af op een natuurlijke manier; dataverzameling vindt plaats in een natuurlijke omgeving (Creswell & Poth, 2016). Voor dit onderzoek specifiek wordt er gebruik gemaakt van diepte-interviews. De interviews worden bij voorkeur afgenomen op de locatie waar de participant werkzaam is (de natuurlijke omgeving van de participant), zodat zij zich zoveel mogelijk op hun gemak voelen en de antwoorden zo natuurlijk mogelijk tot stand komen (Joubish et al., 2011). Het kwalitatief onderzoek kan tot betekenisvolle inzichten kan leiden. In kwalitatief onderzoek worden gedetailleerde beschrijvingen gebruikt om een antwoord te vormen op de onderzoeksvraag van het onderzoek; in dit onderzoek worden enkel open vragen gesteld aan de participanten. In het geval van interviews is dit goed toepasbaar en daarnaast kunnen in een interview ook gevoelens, eerdere ervaringen en opinies worden meegenomen. Aangezien de onderzoeksvraag van dit onderzoek een toekomstcomponent kent, zijn de antwoorden van de participanten onderhevig aan interpretatie en juist daarom zijn diepte-interviews een passende onderzoeksstrategie. Verder, is het een groot voordeel van kwalitatief onderzoek dat het stellen van open vragen kan leiden tot het opmerken van nieuwe kansen of juist beperkingen voor vervolgonderzoek (Aspers & Corte, 2019).

3.2. Selectie participanten

In deze sectie wordt verduidelijkt hoe de selectie van de participanten tot stand is gekomen.

Om te beginnen, de hoofdvraag focust zich op toekomstscenario's van de gezondheidseconomie. Daarom ligt voor de participanten de focus op actoren uit de gezondheidssector. Het doel van het onderzoek is om een zo'n breed mogelijke kijk te krijgen op de implicaties van het huidige beleid en daarom was het doel om een zo'n divers mogelijke samenstelling van participanten te creëren die allemaal op verschillende wijze in aanraking komen met het huidige beleid.

De onderzoeker heeft op verschillende manieren participanten verworven. Allereerst is er gebruik gemaakt van het eigen netwerk van de onderzoeker, zo is bijvoorbeeld de gemeente Groningen als eerste participant benaderd. Vervolgens is er gebruikt gemaakt van "*snowball sampling*". Dit is een steekproefmethode die met name in kwalitatief onderzoek wordt gebruikt voor de werving van participanten in complexe contexten. Snowball sampling houdt in dat de primaire participant, in dit geval de gemeente Groningen, nieuwe participanten kan aandragen die ook kunnen meewerken aan het onderzoek. Met andere woorden, de participanten gebruiken hun professionele netwerk waardoor de onderzoeker toegang heeft tot een breder netwerk (Noy, 2008). Daarnaast is er gebruik gemaakt van koude acquisitie. Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker participanten heeft benaderd zonder enige vorm van connectie te hebben. Via de website van de desbetreffende organisatie heeft de onderzoeker de contactgegevens achterhaald en op deze manier contact gelegd.

De participanten kunnen worden opgedeeld in vijf categorieën. Deze vijf categorieën omvatten de meeste relevante actoren uit de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen die van belang zijn voor dit onderzoek. De vijf categorieën worden in tabel 1 weergegeven.

Categorie	Aantal participanten
Gemeente	2
Ziekenhuis	2
Investerings- en ontwikkelingsorganisatie	2
Netwerkorganisatie	2
Zorgverzekeraar	1
Totaal	9

Tabel 1: Categorieën participanten

Vervolgens is het aantal interviews bepaald door de mate van informatiesaturatie. Het doel van deze studie is om een diepgaand inzicht te vergaren in het gekaderde onderzoeksonderwerp. Wanneer dit inzicht verworven is, betekent dit dat het werven van nieuwe participanten geen nieuwe inzichten en informatie meer oplevert en is er sprake van data saturatie (Fusch & Ness, 2015). Voor dit onderzoek zijn enkel experts geïnterviewd, wat zorgt voor een snellere informatieverzadiging. Informatiesaturatie wordt bepaald door een aantal factoren, namelijk: het einddoel van het onderzoek, de mate van homogeniteit van de participanten, het aantal onderwerpen dat aan bod komt tijdens de interviews en daarnaast de structuur van de diepte-interviews (Creswell & Poth, 2016; Fusch & Ness, 2015). Voor deze studie is het einddoel om knelpunten in het huidige ruimtelijk-economische en sociaaleconomische beleid omtrent de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen vast te stellen en indien mogelijk een passend advies te bieden aan de gemeente Groningen. Om dit te vast te kunnen stellen, is het van belang dat er verscheidene actoren uit de gezondheidseconomie worden geïnterviewd, met ieder een ander belang en andere kijk op het huidige beleid. Er is daarom sprake van heterogeniteit onder de participanten. Daarnaast is er in dit onderzoek gekozen voor het afnemen van semigestructureerde diepte-interviews. Dit betekent dat in elk interview dezelfde onderwerpen aan bod zijn gekomen.

Het doel van dit onderzoek was om per participantencategorie twee personen te interviewen, zodat elke categorie voldoende wordt gerepresenteerd. Echter is er in dit onderzoek geen sprake van volledige saturatie; de mogelijkheden van de onderzoeker zijn gelimiteerd in verband met tijdsdruk. Er is in dit onderzoek daarom genoeg genomen met beperkte, maar voldoende saturatie. Dit betekent dat het toevoegen van een nieuwe participant per categorie wellicht voor nieuwe opinies en perspectieven had kunnen zorgen, maar dat er naar verwachting geen nieuwe thema's aan het onderzoek zouden worden toegevoegd die tot nieuwe inzichten kunnen leiden (Fusch & Ness, 2015). Verder, is dit onderzoek afhankelijk van de beschikbaarheid en welwillendheid van participanten. Zo zijn er nog zes andere participanten benaderd; hiervan is bij drie participanten reactie uitgebleven en van de overige drie participanten heeft de onderzoeker een afwijzing tot medewerking ontvangen. Om die reden is in de categorie zorgverzekeraar slechts één participant gevonden die bereid was deel te nemen aan dit onderzoek. Uiteindelijk hebben er zeven interviews plaatsgevonden, waarvan twee interviews met twee respondenten tegelijkertijd. Dit geeft een totaal van negen respondenten. Tabel 2 geeft een overzicht van de respondenten per categorie, de wijze van werving en de bijbehorende organisatie en functie van de respondent. De onderzoeker heeft hiervoor alle respondenten om toestemming gevraagd. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zijn de functies van de respondenten enigszins cryptisch omschreven.

Participant	Categorie	Organisatie	Functie	Wijze van werving
1	Gemeente	Gemeente Groningen	Beleidsadviseur	Eigen netwerk
2	Gemeente	Gemeente Groningen	Beleidsadviseur	Snowball sampling
3	Ziekenhuis	UMCG	Beleidsadviseur	Snowball sampling
4	Ziekenhuis	Martini Ziekenhuis	Beleidsadviseur	Koude acquisitie
5	Investerings- en ontwikkelingsorganisatie	NOM	Projectmanager	Snowball sampling
6	Investerings- en ontwikkelingsorganisatie	NOM	Investment Manager	Snowball sampling
7	Netwerkorganisatie	HANNN	Team directie	Eigen netwerk
8	Netwerkorganisatie	Hi!Noord	Programmameider	Snowball sampling
9	Zorgverzekeraar	Menzis	Manager	Koude acquisitie

Tabel 2: Overzicht respondenten

3.3. Opzet interviews

Er is gekozen voor het afnemen van semigestructureerde diepte-interviews. Dit betekent dat de onderzoeker vooraf bepaalde vragen en onderwerpen heeft vastgesteld die aan bod komen tijdens het interview (Kakilla, 2021). Echter is het hierbij wel de bedoeling dat het gesprek zo natuurlijk mogelijk verloopt en er eventueel ook andere thema's besproken kunnen worden. Voordelen van semigestructureerde diepte-interviews zijn ten eerste dat het gesprek wordt gestimuleerd. De respondenten worden hierdoor in staat gesteld om meer spontane informatie geven, wat met name bij gevoelige onderwerpen erg toepasbaar is. Ten tweede, stelt het de onderzoeker in staat dieper door te vragen bij bepaalde onderwerpen. De onderzoeker zal daarom voornamelijk open vragen stellen, aangezien dit type vraag de meest diepgaande antwoorden uitlokt en daarnaast de respondent de mogelijkheid biedt om met onverwachte antwoorden te komen (Newton, 2010). Ook hebben respondenten bij semigestructureerde interviews de mogelijkheid om de context van hun antwoorden toe te lichten, wat tot waardevolle inzichten kan leiden. Een ander voordeel is dat de onderzoeker in staat wordt gesteld goed de gevoelens en overtuigingen van de respondenten te onderzoeken, doordat de mogelijkheid er is door te vragen op bepaalde antwoorden en daarnaast de non-verbale communicatie kan worden meegenomen (Kakilla, 2021).

In Appendix 1 is de handleiding bijgevoegd die de onderzoeker tijdens de interviews heeft gebruikt. Uit de handleiding blijkt dat elk interview is begonnen met het bevestigen van akkoord of het interview mag worden opgenomen en uitgewerkt. Vervolgens heeft de onderzoeker de naam, organisatie en de functie van de desbetreffende persoon bij de organisatie gevraagd. Hierna is het interview meer de diepte ingegaan en heeft de onderzoeker getracht te achterhalen wat de link is met de desbetreffende organisatie en de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Vervolgens, heeft de onderzoeker op acht factoren gefocust die van invloed zijn op het behalen van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie en deze factoren zijn tevens de gespreksonderwerpen tijdens de interviews. Van deze acht factoren zijn er vier ruimtelijk-economisch, namelijk: regionale ontwikkeling, gezonde

verstedelijking, locatiefactoren en brain drain. De overige vier factoren vallen onder de categorie sociaaleconomisch en bestaan uit: sociaaleconomische status, toegang tot zorg, vergrijzing en digitalisering. Deze acht factoren zijn afkomstig uit het conceptueel model, wat in paragraaf 2.4.1. verduidelijkt wordt.

Verder, zoals eerder benoemd is het verstandig is om vanuit de toekomst terug te redeneren naar de huidige beleidsplannen (Planbureau voor de Leefomgeving, 2023). Deze studie onderzoekt immers mogelijke toekomstscenario's van de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Om de respondenten te helpen mogelijke toekomstscenario's te visualiseren en vervolgens mogelijke knelpunten te identificeren, wordt er in dit onderzoek gebruikt gemaakt van twee toekomstscenario's beschreven door het PBL (2023), namelijk de scenario's Mondiaal Ondernemend en Groen Land. Meer uitleg van deze scenario's is terug te vinden in hoofdstuk 2.3. De scenario's worden ingezet als middel om de respondenten te helpen antwoorden te formuleren op de vragen in de interviews.

Om te zorgen dat elk interview zo vloeiend mogelijk verloopt, is van tevoren een informatiedocument naar alle respondenten gestuurd. In dit document was hoofdstuk 2.3. bijgevoegd, zodat de respondenten zich van tevoren konden inlezen in de scenario's. Daarnaast waren de gespreksonderwerpen, de acht factoren afkomstig uit het conceptueel model, bijgevoegd. Als laatste was de onderzoeksvraag bijgevoegd, zodat de respondenten een zo'n duidelijk mogelijk beeld hadden over het doel van dit onderzoek en de inhoud van de interviews. Het streven was om dit informatiedocument minimaal 48 uur voor het desbetreffende interview op te sturen naar de respondenten, zodat zij voldoende tijd hadden om zich voor te bereiden op het interview. Het informatiedocument is te vinden in appendix 2.

De interviews werden indien mogelijk fysiek afgenomen en vonden plaats op de locatie van de desbetreffende organisatie. Het fysiek afnemen van de interviews had de voorkeur omdat bij fysieke ontmoetingen informatie het beste wordt overgedragen. Non-verbale communicatie wordt namelijk het beste overgedragen wanneer er fysiek wordt afgesproken en dit helpt de onderzoeker om de informatie van de respondent zo volledig mogelijk op te slaan (Newton, 2010). Als fysiek afspreken niet mogelijk was door tijd- en/of locatiebeperkingen kon het interview online plaatsvinden. Wel werd er dan gezorgd dat er beeld aanwezig was tijdens de interviews, zodat de onderzoeker en de respondent elkaar wel konden zien zodat een zo'n beperkt mogelijk deel van de non-verbale communicatie verloren ging. Van de zeven interviews heeft er één online plaatsgevonden.

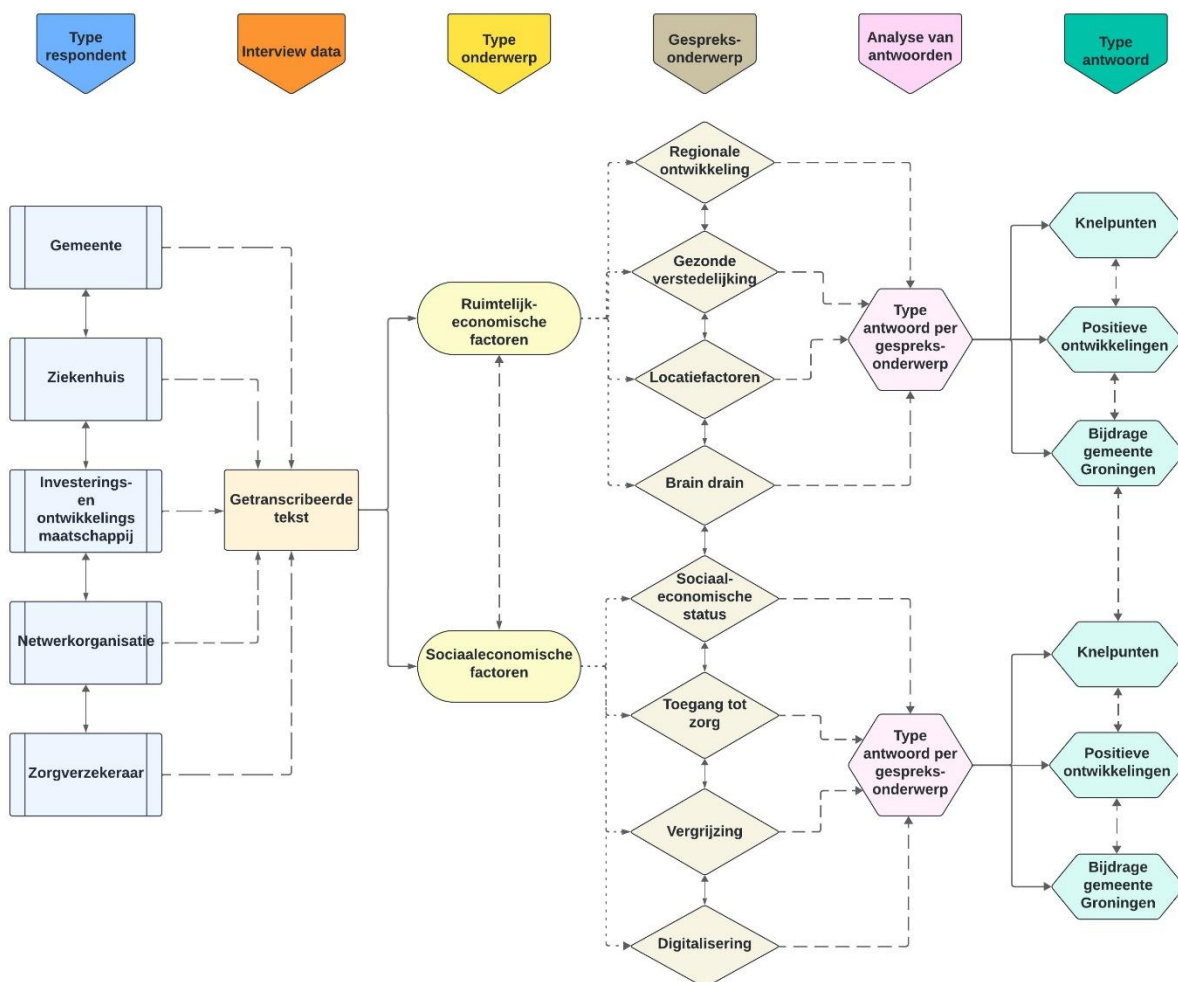
3.3.1. Ethisch omgaan met data

Het vertrouwelijk omgaan met data is een vereiste voor kwalitatief onderzoek; de onderzoeker moet te allen tijde de privacy van de deelnemers kunnen waarborgen. Vertrouwelijkheid en anonimiteit zijn een van de belangrijkste principes tijdens kwalitatief onderzoek (Kaiser, 2009). Elke respondent is daarom gevraagd een deelnemersovereenkomst in te vullen, deze is te vinden in Appendix 3. Deze deelnameovereenkomsten zijn volstrekt vertrouwelijk behandeld. Iedere respondent heeft de keuze gekregen of hij of zij anoniem wil blijven in de studie, enkel de voornaam genoemd mag worden of eventueel een zelfgekozen synoniem gebruikt mag worden. Daarnaast is met elke respondent besproken of de naam van de organisatie genoemd mag worden. Verder, indien gewenst krijgen de respondenten de optie om de resultaten en discussie hoofdstukken te lezen voordat het onderzoek definitief wordt afgerond. Het eindresultaat zal met alle respondenten gedeeld worden. De audiobestanden van de interviews zullen vijf jaar bewaard worden in een beveiligde digitale omgeving van de Rijksuniversiteit Groningen in beheer van de scriptiebegeleider. Na deze vijf jaar zullen de bestanden verwijderd worden.

3.4. Analyse interviews

Zoals eerder besproken, worden de diepte interviews opgenomen nadat hier consent voor is gegeven. Daarnaast worden er tijdens de interviews aantekeningen gemaakt door de onderzoeker; hierbij ligt de

focus niet op inhoudelijke onderwerpen, maar juist op onuitgesproken en/of impliciete aspecten van het interview. Hiermee wordt de toon van het gesprek bedoeld, lichaamstaal van de respondent, herhalingen in de antwoorden van de respondent, stemverheffingen, emoties en andere aspecten die de onderzoeker niet had verwacht. Deze aantekeningen zijn de eerste stap in de data-analyse (Tessier, 2012). Vervolgens worden de interviews uitgewerkt in de vorm van transcripties; met andere woorden, de audio bestanden van de interviews worden omgezet in geschreven tekst. De transcripties dienen als basis voor de analyse. De analyse wordt vervolgens per gespreksonderwerp, die gebaseerd zijn op het conceptueel model, uitgewerkt. Per gespreksonderwerp worden de antwoorden vervolgens in drie categorieën gecodeerd. De drie categorieën bestaan uit: knelpunten in het huidige beleid, positieve ontwikkelingen in het huidige beleid en als laatste welke bijdrage de gemeente Groningen kan leveren aan het bereiken van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. Per gespreksonderwerp zullen deze drie categorieën in het resultaten hoofdstuk nog verder worden gecodeerd. In figuur 14 is een overzicht hiervan weergegeven.



Figuur 14: Analyse van getranscribeerde tekst

3.5. Validiteit en betrouwbaarheid

Gedurende dit onderzoek is het van groot belang dat de validiteit en betrouwbaarheid gewaarborgd blijven zodat de onderzoeksresultaten geen vertekend beeld geven. Ten eerste wordt er gekeken naar de

betrouwbaarheid; hierbij wordt gekeken of het onderzoek correct is uitgevoerd en de acties van de onderzoeker te controleren zijn (Merriam, 2009). De stappen die de onderzoeker zet tijdens het onderzoek moeten daarom goed zijn vastgelegd; voor dit onderzoek zijn deze stappen vastgelegd in paragraaf 3.2 t/m 3.4. Daarnaast is er gebruik gemaakt van semigestructureerde diepte-interviews, waardoor bij elk interview dezelfde gespreksonderwerpen aan bod zijn gekomen.

Wat betreft de validiteit van dit onderzoek zijn er twee soorten validiteit te signaleren: interne en externe validiteit. Interne validiteit beschrijft de geloofwaardigheid van het onderzoek en hierbij is het van groot belang om data goed te documenteren. Voor dit onderzoek zijn alle interviews opgenomen en vervolgens alle interviews getranscribeerd. Ook is het hierbij erg belangrijk om de positie van de onderzoeker vooraf vast te stellen zodat er kritisch gereflecteerd kan worden op de rol van de onderzoeker (Whittemore et al., 2001). Vervolgens, wat betreft de externe validiteit van deze studie is het belangrijk dat als het onderzoek herhaald zou worden er nagenoeg dezelfde resultaten uitkomen en het onderzoek dus reproduceerbaar is (Quintão et al., 2020). Hiervoor is het naast een heldere documentatie zaak om een representatieve groep respondenten te gebruiken; in dit onderzoek komt dat naar voren in de verschillende respondentencategorieën. Hierbij is getracht een zo'n divers mogelijke groep experts te interviewen waardoor verschillende perspectieven op het onderzoeksonderwerp worden belicht. Ook heeft de onderzoeker anderen de mogelijkheid geboden naar de resultaten te kijken; naast de begeleider Prof. Dr. A.E. Brouwer hebben de respondenten de mogelijkheid gehad het resultaten hoofdstuk in te zien, indien gewenst.

Aanvullend, aan kwalitatief onderzoek zitten ook enige nadelen verbonden en deze kunnen als limitatie van dit onderzoek worden opgevat. Ten eerste, de natuurlijke omstandigheden tijdens de interviews zijn niet controleerbaar waardoor er verschillen tussen de interviews zijn. Deze verschillen kunnen de antwoorden van de respondenten beïnvloeden waardoor de reproduceerbaarheid van dit onderzoek afneemt (Quintão et al., 2020). Daarnaast heeft dit onderzoek een beperkte generaliseerbaarheid; het aantal respondenten is niet genoeg om de conclusies te generaliseren, ondanks dat de analyse grondig is. De reden hiervan is het tijd- en arbeidstekort voor dit onderzoek. Verder, kwalitatief onderzoek is per definitie subjectief aangezien de onderzoeker een zeer grote rol speelt bij het analyseren van de resultaten. De onderzoeker bepaalt welke aspecten van de antwoorden van de respondenten van belang zijn; dit betekent dat een andere onderzoeker dezelfde antwoorden op een andere manier kan interpreteren. Hetzelfde geldt voor de mate van datasaturatie, deze wordt bepaald door de onderzoeker en is daardoor onderhevig aan subjectiviteit. Wel wordt de subjectiviteit zoveel mogelijk verminderd door de analyse zo systematisch mogelijk aan te pakken, zoals beschreven in paragraaf 3.4. Als laatste is het van belang om de positie van de onderzoeker te bepalen, zodat er kritisch gereflecteerd kan worden op de keuzes van de onderzoeker. Zo is de onderzoeker opgegroeid in de provincie Groningen en ruim zes jaar woonachtig in de stad Groningen. Hierdoor is het beeld wat de onderzoeker heeft over de regio Groningen bevooroordeeld. Ten tweede, de onderzoeker heeft niet eerder kwalitatief onderzoek van deze omvang verricht, waardoor de onderzoeker ervaring mist. Al met al heeft de onderzoeker getracht de data zo objectief mogelijk te analyseren en interpreteren.

4. Resultaten en analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews weergegeven en worden de resultaten daarnaast geanalyseerd. De resultaten zijn gecombineerd met de analyse, aangezien zoals besproken in sectie 3.4. de resultaten zijn onderverdeeld in drie categorieën wat automatisch leidt tot een analyse. Dit hoofdstuk analyseert de gegeven antwoorden in de interviews en geeft beleidsimplicaties. De resultaten en analyses worden per gespreksonderwerp, op basis van het conceptueel model, besproken. Zoals besproken bestaan de gespreksonderwerpen uit ruimtelijk economische en sociaaleconomische factoren. Eerst zullen de ruimtelijk economische factoren worden besproken, deze bestaan uit: regionale ontwikkeling, gezonde verstedelijking, locatiefactoren en brain drain. Vervolgens zullen de sociaaleconomische factoren worden besproken, deze bestaan uit: sociaaleconomische status, toegang tot zorg, vergrijzing en digitalisering. Verder, zoals weergegeven in figuur 14, worden per gespreksonderwerp de resultaten onderverdeeld in drie type antwoorden (de analyses): knelpunten, positieve ontwikkelingen en de bijdrage van de gemeente Groningen. Met knelpunten worden de knelpunten in het huidige beleid omtrent de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen bedoeld. Met positieve ontwikkelingen wordt juist het tegenovergestelde bedoeld, namelijk de positieve ontwikkelingen in het huidige beleid omtrent het toekomstbestendig maken van de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen. Als laatste wordt met de bijdrage van de gemeente Groningen bedoeld wat de gemeente Groningen kan bijdragen aan het behalen van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. De respondenten waaraan gerefereerd wordt in dit hoofdstuk zijn opgesomd in tabel 2, weergegeven onder sectie 3.2. Belangrijk om op te merken bij het lezen van de resultaten is dat er in dit onderzoek gebruik is gemaakt van semigestructureerde interviews waarbij open vragen zijn gesteld. Niet elke respondent heeft hierdoor over hetzelfde thema gesproken en het kan dus voorkomen dat bij bepaalde thema's sommige respondenten geen antwoord hebben geformuleerd; niet omdat zij hier geen mening over (kunnen) hebben, maar omdat dit simpelweg niet ter sprake is gekomen. Dit betekent dus dat wanneer de resultaten een bepaald aantal respondenten aangeven die overeenstemming hebben over een bepaald onderwerp, dit niet automatisch inhoudt dat de overige respondenten deze mening niet delen.

4.1. Ruimtelijk economische factoren

In deze sectie worden de ruimtelijk economische factoren omtrent de gezondheidseconomie besproken en geanalyseerd.

4.1.1. Regionale ontwikkeling

4.1.1.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Allereerst wordt de impact van regionale ontwikkeling op het duurzaam en toekomstbestendig maken van de gezondheidseconomie besproken; te beginnen met de knelpunten in het huidige beleid. Om te beginnen stelt de gemeente Groningen dat er veel tegenstellingen zijn in het arbeidspotentieel, er zijn veel verschillen in de samenleving in de gemeente. Deze tegenstellingen zijn terug te vinden in de wijken met als gevolg dat er welvaartsverschillen zijn tussen de wijken. De gemeente Groningen hanteert daarom als doelstelling om gemengde wijken met een gemengde bevolking te creëren, aangezien dit een positief effect heeft op het welzijn van mensen. Daarnaast bevorderen gemengde wijken communicatie tussen mensen met een andere sociale achtergrond, waardoor de kennis over zorg vergroot wordt. Dit gebeurt momenteel bijvoorbeeld in de gebieden Europapark en Stationsgebied, zoals respondent 1 bevestigt: *“Binnen onze programmering willen we altijd 30% sociale huur hebben, dat wil zeggen dat we gemengde wijken willen creëren”*. Door het creëren van gemengde wijken wordt ook het arbeidspotentieel per wijk constanter.

Wat betreft de ziekenhuizen in de gemeente Groningen, hebben zowel het UMCG als het Martini Ziekenhuis een grote regionale functie. Met name het UMCG is hierin bijzonder, aangezien de andere UMCs van Nederland op grote afstand zitten van Groningen.

Groningen als regio moet aantrekkelijk blijven om te wonen en werken zodat de concurrentiekracht van Groningen verbeterd wordt. Een knelpunt in de regionale ontwikkeling is dan ook het grote energieprobleem, aangezien vergroenen op aardgas geen optie is maar vergroenen met energie is lastig doordat het energienetwerk is overbelast. Voor grootgebruikers van energie, zoals ziekenhuizen, vormt dit een knelpunt wat betreft verduurzaming. Zoals respondent 4 bevestigt: *“Als we de CO2 uitstoot willen terugdringen, moeten we dus van het aardgas af”*. Interessant hierin is op te merken dat vier respondenten aangaven dat de meetbaarheid van bepaalde investeringen best lastig is. Door nu te investeren in regionale ontwikkeling, wil dat niet zeggen dat de resultaten nu meteen zichtbaar zijn. Respondent 5 gaf bijvoorbeeld aan: *“De meetbaarheid van bepaalde investeringen is lastig, het kan best zijn dat de positieve effecten pas na een aantal jaar zichtbaar zijn”*. Respondent 6 vulde hierop aan: *“Hoe kan je nou één op één terugleiden dat een positief effect in het heden het gevolg is van een investering van eerder”*. Kortom, de NOM bevestigt dat de tijdspanne waarin investeringen worden gedaan van groot belang zijn. De netwerkorganisaties en de zorgverzekeraar bevestigen dit beeld ook; zij zijn van mening dat organisaties in de gezondheidseconomie nu vaak te veel een kortetermijnvisie hanteren en verder vooruit moeten kijken. De focus zou moeten liggen op de lange termijn transitie van gezondheid, dit wordt door zowel respondent 7 en 8 beaamd. Echter, hier staat wel tegenover dat de provincie Groningen een negatieve verwachte bevolkingsgroei heeft, waardoor de winstpotentie afneemt aldus respondent 9. Daarnaast geven respondent 3 en 7 aan dat er meer gefocust moet worden op het centraal regelen van gezondheidsoplossingen en hiermee de reisbewegingen van actoren zoveel mogelijk te beperken. Als laatste punt beamen alle respondenten dat het arbeidspotentieel in de gezondheidszorg afneemt en er dus steeds minder mensen in de zorg werkzaam zijn terwijl het aantal mensen dat benodigd is juist toeneemt. Dit wordt door alle respondenten als een knelpunt ervaren.

Positieve ontwikkelingen

De belangrijkste bevinding van deze studie wat betreft positieve regionale ontwikkelingen is dat er een enorme focus ligt op innovatie in de gemeente Groningen. Door middel van innovatie kan er een aantrekkelijk vestigingsklimaat gecreëerd worden en hier houdt de gemeente Groningen zich dan ook mee bezig. Het gevolg van een aantrekkelijk vestigingsklimaat is dat arbeidspotentieel wordt aangetrokken, dit beeld wordt door 7 respondenten expliciet genoemd. De netwerkorganisaties benadrukken hiernaast dat de investeerbaarheid van de regio Groningen erg belangrijk is. Een manier om de investeerbaarheid te vergroten is door samen te werken met bijvoorbeeld kleinere regionale partijen die gericht zijn op onder andere preventie, zoals start-ups. Dit wordt door drie respondenten benoemd, waaronder respondent 5 van de NOM: *“We zien dat er een heleboel initiatieven zijn in de regio die de focus hebben op preventie. Immers, wat je niet uitgeeft is per definitie al een besparing van kosten”*. De innovatiecapaciteit van de regio zou dus verder moeten worden uitgebreid volgens 7 respondenten. Belangrijk hierin is wel om differentiatie te maken in de investeringen die gemaakt worden, in de zin van korte termijn versus lange termijn investeringen. Aldus respondent 9: *“De mate van investeringen moet worden afgestemd op de gezamenlijke doelstellingen”*. Wel moet hierbij rekening worden gehouden met het huidige economische model in de regio, waar deze eerder veelal competitief was, ligt de focus nu meer op samenwerking. Zoals respondent 3 beaamd: *“Vroeger werkten we meer in een concurrentiemodel, maar tegenwoordig focussen we meer op samenwerkingen. Dit komt vooral omdat we te maken hebben met een tekort aan capaciteit”*.

Bijdrage gemeente Groningen

De belangrijkste bijdragen die de gemeente Groningen kan leveren wat betreft regionale ontwikkeling is volgens de gemeente zelf het scheppen van voorwaarden in het vestigingskader en deze strikt te hanteren en daarnaast het bieden van cofinanciering. De respondenten laten allemaal doorschemeren hier achter te staan; met name de NOM beaamt dit en geeft aan dat de gemeente daarnaast haar steentje kan bijdragen met betrekking tot regelgeving rondom regionale ontwikkeling. De gemeente kan hierbij de focus leggen op het toevoegen van bedrijven die minder natuurlijk in de regio Groningen ontstaan. Hiervoor moet er een duidelijk regiobeeld worden gecreëerd en dit wordt dan ook door vijf respondenten benoemd, met name de zorgverzekeraar legt hier nadruk op. De netwerkorganisaties voegen daarnaast toe dat het belangrijk is om het gezondheidsbeleid met het innovatiebeleid te combineren. Respondent 8 zei hierover het volgende: *“Wij in Groningen Stad, maar eigenlijk ook op Noord-Nederlands niveau hebben alles in huis om richting de rest van Nederland te laten hoe je de twee werelden van gezondheidsbeleid en innovatiebeleid met elkaar kunt verbinden”*. De gemeente kan hierin ondersteunen. Vanuit de ziekenhuizen wordt hieraan wel toegevoegd dat de gemeente zich met name op publieke gezondheid moet richten en hierbij moet focussen op het lokaal en regionaal aanbieden van zorg. De ziekenhuizen en de zorgverzekeraar houden zich hier op meer centrale schaal mee bezig. Zoals hierboven besproken is het belangrijk dat de gemeente een zo'n gunstig mogelijk vestigingskader hanteert, waardoor de arbeidsmarkt in de zorg aantrekkelijk is. Zoals respondent 4 aangaf: *“De gemeente kan meer bereiken door meer samen te werken met kleine regionale partijen, zoals startups, aangezien daar vaak zeer innovatieve ideeën te vinden zijn”*.

4.1.1.2. Belangrijkste bevindingen

In tabel 3 volgt een overzicht van de belangrijkste resultaten rondom regionale ontwikkeling.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• Verschillen in arbeidspotentieel in wijken → gemengde wijken• Concurrentiekracht van Groningen• Verduurzaming in energie• Meetbaarheid van investeringen: lange termijn- vs. kortetermijnvisie• Negatieve verwachte bevolkingsgroei wat leidt tot minder arbeidspotentieel en lagere winstmarges in de regio
Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none">• Focus op innovatie: leidt tot aantrekkelijk vestigingsklimaat en dit leidt weer tot het aantrekken van arbeidspotentieel• Samenwerken met kleinere regionale partijen om de investeerbaarheid van de regio te vergroten• Shift van concurrentiemodel naar samenwerkingsmodel
Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none">• Scheppen van scherpe voorwaarden in het vestigingskader• Cofinanciering• Organisaties steunen met regelgeving rondom regionale ontwikkeling• Creëren van duidelijk regiobeeld• Combineren gezondheidsbeleid met innovatiebeleid• Focus leggen op het lokaal en regionaal aanbieden van zorg

Tabel 3: Overzicht resultaten rondom regionale ontwikkeling

Opvallende punten zijn dat vanuit de ziekenhuizen wordt aangehaald dat zij competitief moeten blijven en de regio Groningen om die reden dus ook; hiervoor moet de gemeente Groningen een aantrekkelijk vestigingskader hanteren. Echter stellen de ziekenhuizen ook dat de gemeente zich juist moet focussen op het regionaal en lokaal aanbieden van zorg en de gezondheidszorg dus op kleinere schaal moet benaderen. Dit is enigszins tegenstrijdig, omdat de gemeente om competitief te blijven juist de

gezondheidszorg ook op grotere schaal moet benaderen en bijvoorbeeld kan kijken naar samenwerkingen met andere regio's. Interessant is verder dat er een verschil zit in hoe de respondenten tegen het arbeidstekort in de zorg kijken: de gemeente Groningen, het Martini Ziekenhuis en de zorgverzekeraar voorzien hierin grote problemen, terwijl de andere partijen hier iets minder zwaar tegenaan kijken en verwachten dat door het aantrekkelijk maken van de regio qua werken en wonen dit tekort tot op bepaalde hoogte kan worden tegengegaan. Daarnaast valt het op dat de gemeente Groningen en de netwerkorganisaties een meer langetermijnvisie hanteren dan de NOM, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar. Aanvullend hierop is dat dezelfde partijen die een langetermijnvisies hanteren ook een meer economische en winst gerelateerde visie hebben. Als laatste is erg duidelijk geworden dat alle respondenten het belang van innovatie onderstrepen en dat via innovatie de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen toekomstbestendig kan worden gemaakt, met name in het kader van regionale ontwikkeling.

4.1.2. Gezonde verstedelijking

4.1.2.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Om te beginnen stelt de gemeente dat er een ruimtegebrek is in de stad en dat de stad hoe dan ook gaat groeien in toekomst, de vraag is echter hoeveel. De oplossing hiervoor is om de hoogte in te bouwen in plaats van de stad in geografisch oppervlakte uit te breiden. Een gevolg van bouwen in de hoogte is dat toegang tot groen collectief georganiseerd moet worden. Zoals respondent 1 beaamt: *“Toegang tot groen moet collectief georganiseerd worden, dat vraagt om een andere en meer groenere inrichting van de openbare ruimte”*. Ook voor de ziekenhuizen is gezonde verstedelijking van groot belang; zo speelt de locatie van de ziekenhuizen een grote rol. Het UMCG zit middenin de stad en kan daarom als wijk op zich worden gezien. Een ziekenhuis is een groot bedrijf, zoals respondent 3 aangeeft: *“Wij zitten als ziekenhuis middenin de stad en hebben een grote bedrijvigheid, met veel vervoersbewegingen, veel uitstoot, veel watergebruik en veel energieverbruik. Als ziekenhuis zijn we grootgebruiker van eigenlijk alles en hierdoor dragen wij zeker bij aan de binnenstedelijke problematiek”*. Een probleem waar de stad mee te maken heeft is het afvoeren van water in de bodem, respondent 4 benoemt dit expliciet en geeft aan dat hierdoor de bereikbaarheid van ziekenhuizen afneemt. Daarnaast produceren ziekenhuizen veel hitte, wat een negatieve impact heeft op de gezondheid van mensen. Gezonde verstedelijking is hierom van groot belang voor ziekenhuizen. De netwerkorganisaties geven daarnaast aan dat tegenwoordig er meer focus ligt op toegang tot groene ruimtes en verstedelijking, maar dat in het verleden dit belang minder aanwezig was en we nu dus te maken hebben met de keuzes van eerder. Het komt nu aan het licht dat weinig toegang tot groene ruimte, hittestress, slechte afvoer van water en de uitstoot die de stad produceert niet bevorderend zijn voor zowel de fysieke als mentale gezondheid. De zorgverzekeraar benoemt dit beeld ook en geeft daarnaast aan dat als er niet meer op gezonde verstedelijking gefocust wordt, dit een negatieve impact zal hebben op de economie. Net als bij regionale ontwikkeling, is het van belang om nu stappen te durven zetten. Echter, zoals respondent 9 aangeeft: *“Partijen zijn huiverig om langetermijninvesteringen te maken, omdat de winst hiervan wellicht pas de volgende generatie zichtbaar is”*. Kortom, het belang van gezonde verstedelijking is groot en alle respondenten onderstrepen dit. Respondent 3 vat dit belang goed samen: *“Als je geen gezonde leefomgeving hebt, dan heb je ook geen gezonde burgers”*.

Positieve ontwikkelingen

Om gezonde verstedelijking te bevorderen heeft de gemeente Groningen de uitvoeringsagenda circulaire economie opgesteld. Aldus respondent 1: *“Gevolgd vanuit onze uitvoeringsagenda circulaire economie, letten we zowel op de materiaalkeuze bij de bouw van nieuwe woningen als op de inrichting van de*

openbare ruimte”. Het circulair benaderen van vraagstukken is natuurlijk een positieve duurzame ontwikkeling en dit wordt dan ook bevestigd door respondent 4: *“Bij aanleg van nieuwe projecten wordt er steeds meer rekening gehouden met duurzaamheid en ook wordt er steeds meer groen aangelegd wat helpt met de waterhuishouding”*. De NOM heeft als toevoeging dat het verstandig is om de nieuwe en duurzame visie op gezonde verstedelijking in langzame en gelijkmatige stappen te implementeren, zodat er zo weinig mogelijk weerstand wordt opgewekt. Zoals respondent 5 verwoordt: *“Het is van belang om nieuwe stappen in gezonde verstedelijking integraal te beslissen en de stappen in samenhang en richting een positieve flow te implementeren”*. Een voorbeeld hiervan, zowel door de gemeente Groningen als door de NOM aangehaald, is de ‘zero emission’ binnenstad die vanaf volgend jaar ingaat. Vanuit de netwerkorganisaties is er nog de toevoeging dat gezonde verstedelijking veel breder is dan alleen de gezondheidszorg. Zoals in sectie 4.1.1. besproken, is het belangrijk dat de transitie in de gezondheidszorg plaatsvindt door middel van innovatie dat voornamelijk buiten de gezondheidszorg plaatsvindt. Zoals respondent 8 aangaf: *“Er is een brede aanpak voor gezonde verstedelijking nodig, niet enkel een aanpak vanuit de gezondheidszorg of het sociaal domein, ook vanuit economische zaken en andere domeinen: een coalitie brede aanpak op integraal niveau is benodigd”*.

Bijdrage gemeente Groningen

De bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren is het groener inrichten van de openbare ruimte, zoals respondent 2 bevestigd: *“Sowieso willen we in de openbare ruimte de verstening terugdringen, ook op de bedrijventerreinen. Deze willen we daarnaast klimaatadaptiever maken”*. Verder kan de gemeente bijdragen door op de bedrijventerreinen strenge eisen te stellen in het vestigingskader, zodat enkel klimaatadaptieve bedrijven worden toegelaten. Vanuit de ziekenhuizen komt de bevestiging dat de gemeente kan bijdragen aan gezonde verstedelijking door de openbare ruimte zo groen mogelijk in te richten en de verkeersstromen door de stad zoveel mogelijk te beperken, zodat de ziekenhuizen ook goed bereikbaar blijven. Daarnaast voegt respondent 4 toe dat bij aanleg van nieuwe projecten er voldoende rekening moet worden gehouden met wateropslag zodat de waterhuishouding op peil blijft. Verder, heeft de gemeente Groningen een aanjaagrol in de zin dat het bedrijven kan stimuleren om groene keuzes te maken bij verstedelijking. Zoals respondent 6 beaamt: *“Bij gezonde verstedelijking en de gezondheid van de burgers is het stimuleren van het goede gedrag van groot belang”*. Het is hierbij belangrijk dat mensen de ruimte krijgen”. Verder, geven de netwerkorganisaties aan dat het belangrijk is het onderwerp gezonde verstedelijking steeds hoog op de agenda te zetten en bij andere partijen het belang aan te stippen, de netwerkorganisaties sluiten zich dus aan bij de NOM. Als laatste, zoals hierboven besproken, benoemt respondent 8 dat om de transitie van gezonde verstedelijking waar te maken er breder moet worden gekeken dan alleen naar de gezondheidseconomie. Hiervoor is financiering nodig, ook van buiten de gezondheidszorg en hier zou de gemeente aan kunnen bijdragen. Zoals respondent 8 verwoordt: *“Om de transitie verder te helpen moet er meer financiering komen voor innovaties, niet alleen vanuit de gezondheidszorg maar ook van buiten de gezondheidszorg en hiervoor moet op integraal niveau worden samengewerkt”*.

4.1.2.2. Belangrijkste bevindingen

In tabel 4 zijn de belangrijkste resultaten voor gezonde verstedelijking gepresenteerd.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Ruimtegebrek in de stad • Ziekenhuizen zitten in stedelijk gebied gevestigd • Bereikbaarheid ziekenhuizen • Waterhuishouding • Hittestress • Langetermijninvesteringen staan vaak niet op de agenda
-------------------	--

Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Circulaire uitvoeringsagenda: keuze van materialen bij nieuwbouw en inrichting van openbare ruimte • Nieuwe beleidsplannen integraal en systematisch implementeren
Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • Groener inrichten van openbare ruimtes • Via vestigingskader op bedrijventerreinen focus leggen op klimaatadaptieve bedrijven • Rekening houden met wateropslag bij nieuwbouwprojecten • Stimuleren van overige partijen in het maken van klimaatadaptieve keuzes: aanjaagrol • Gezonde verstedelijking als terugkerend thema op de agenda zetten • Financiering op brede schaal

Tabel 4: Overzicht resultaten rondom gezonde verstedelijking

Uit de resultaten kan worden opgemaakt dat de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen een meer economische invalshoek hanteren dan de overige respondenten en de overige respondenten juist een meer maatschappelijke invalshoek. Immers, gezonde burgers is positief voor de economie en zorgt voor lagere zorgkosten. Ook opvallend is dat alle respondenten benadrukken dat de gemeente erg welwillend is ten opzichte van groene verstedelijking, echter heeft de gemeente te kampen met ruimtegebrek en keuzes van vroeger wat betreft de ruimtelijke indeling belemmeren de huidige visie. Ook is het belangrijk op te merken dat veel beslissingen wat betreft gezonde verstedelijking gemaakt worden op nationaal of Europees niveau, dus de gemeente heeft geen volledige invloed. Daarnaast kwam tijdens de interviews naar voren dat de netwerkorganisaties en de NOM vooral inzetten op het feit dat de gemeente het belang van gezonde verstedelijking moet aanstippen en moet aansturen op samenwerkingen tussen verschillende partijen, terwijl de overige partijen meer aanstuurden op gerichte acties van de gemeente in het uitvoeren van maatregelen. Verder, stuurt de zorgverzekeraar met name aan op langetermijninvesteringen, terwijl de overige respondenten aangeven dat juist ook de zorgverzekeraar meer langetermijninvesteringen moet doen. Als laatste, gezonde verstedelijking sluit direct aan op regionale ontwikkeling zoals hierboven is besproken, aangezien door de regio aantrekkelijk te maken door de stad gezonder te laten verstedelijken en dus te vergroenen, er meer mensen in Groningen komen wonen en werken wat op zijn beurt regionale ontwikkeling stimuleert.

4.1.3. Locatiefactoren

4.1.3.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Dat de afstand tot zorg erg belangrijk is, wordt door alle respondenten bevestigd. Echter verandert de afstand tot zorg, zoals respondent 1 aangeeft: *“De fysieke afstand tot zorg verandert in een digitale of psychologische afstand”*. Deze digitale afstand is een groot risico in het kader van preventie”. Hier wordt later verder op ingegaan. Verder wordt door de gemeente aangegeven dat er uitgekeken moet worden dat de rol van ‘big pharma’ en commerciële aanbieders niet ongrijpbaar wordt, dit komt met name in het scenario Mondiaal Ondernemend naar boven. Overheidsbemoediging is in het geval van locatiebepalingen van zorgvoorzieningen zeker van belang; een voorbeeld dat gegeven wordt door de gemeente Groningen is de ontwikkeling van Meerstad. Hier was in eerste instantie geen rekening gehouden met het reserveren van ruimte voor een huisarts, waardoor deze geen plek had. Een zekere mate van overheidsbemoediging is van belang, zodat er bij regioplannen rekening gehouden wordt met zorgvoorzieningen. Daarnaast geven alle respondenten aan dat de stad Groningen een grote aantrekkingskracht heeft op de regio en dat de zorgvoorzieningen in Groningen zorgen voor veel verkeersbewegingen naar de stad. De NOM bevestigt expliciet dat dit niet duurzaam is en dat dit

daarnaast zorgt voor een slechtere bereikbaarheid van de stad. De gemeente Groningen, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar geven daarnaast aan dat er een duidelijke afweging moet worden gemaakt in hoe er naar de indeling van de regio gekeken wordt en dat de indeling van de zorg hierop volgt. Zoals respondent 3 samenvat: *“Er moet een afweging worden gemaakt in hoe er tegen bedrijvigheid, wonen, natuur, water en bereikbaarheid aan wordt gekeken. De totale ontwikkeling hiervan moet de komende decennia gevolgd worden. Dat geldt ook voor het zorgsysteem”*. Echter is dit afwachten een knelpunt omdat er juist nu duurzame beslissingen gemaakt moeten worden. Daarnaast zijn de ziekenhuizen, met name het UMCG, een van de grootste werkgevers van Noord-Nederland, wat huisvesting voor de medewerkers en bereikbaarheid erg belangrijke onderwerpen maakt. Het Martini Ziekenhuis, de NOM en beide netwerkorganisaties voegen toe dat de eerstelijnszorg in de dorpen verbeterd kan worden, zoals respondent 7 bevestigt: *“We moeten streven naar regionale hubs waar genoeg zorgvoorzieningen voor handen zijn. Het is belangrijk dat er een goede zorginfrastructuur in de hele regio is en dat deze niet alleen op de stad Groningen is gericht”*. Als laatste voegt de zorgverzekeraar toe dat de aanbodkant van het regioplan in de gezondheidseconomie ook erg belangrijk is. Het is van belang dat er genoeg mensen in de regio willen en blijven werken en dat mensen niet alleen op de stad Groningen gefocust zijn. Zoals respondent 9 formuleert: *“Uiteindelijk, als we de gehele regio Groningen niet ook als onze regio gaan zien, gaan we de tweedeling in de regio alleen maar meer verstevigen”*.

Positieve ontwikkelingen

Een trend die momenteel te onderscheiden is in Groningen is dat Groningen een compacte stad is en blijft. Zoals besproken wordt er in Groningen meer de hoogte in gebouwd in plaats van dat het geografische oppervlakte van de stad toeneemt. Dit beeld wordt door de gemeente bevestigd en respondent 1 geeft bovendien aan dat de compacte stad resulteert in snelle toegang tot zorg. Ook geeft de gemeente aan dat in de wijken van Groningen al een goed netwerk van eerstelijnszorg zit gevestigd, waar de ondernemers zelf de meeste invloed op hebben. Wel geeft respondent 2 het volgende aan: *“We kunnen goed in kaart brengen wat er speelt in de wijken en als gemeente kunnen we dan ook sturen op wat er nodig is aan voorzieningen”*. Verder, geven zowel de gemeente als het UMCG aan dat er ‘knowledge clusters’ omtrent de gezondheidseconomie ontstaan in Groningen. Zoals respondent 3 aangeeft: *“We zien dat op verschillende locaties, verschillende soorten campussen ontstaan. Hier vinden samenwerkingen plaats met het bedrijfsleven en deze zijn gericht op onderzoek en innovatie. Soms is dit meer gericht op het gebied van leren en soms meer op het gebied van onderzoek, of een combinatie”*. Respondent 1 heeft hierop een toevoeging en geeft aan dat deze knowledge clusters vooral gevestigd zitten rondom Corpus den Hoorn (bij het Martini Ziekenhuis), de Zernike Campus en het UMCG en bevestigt *“Dat zijn onze drie locaties waarin wij met name de research and development van de biopharma industrie de ruimte willen bieden”*.

De NOM, netwerkorganisaties, de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen benoemen dat het van belang is dat de reisbewegingen van inwoners zoveel mogelijk beperkt worden. Om die reden kan de specialistische zorg gecentraliseerd worden, maar de eerstelijnszorg moet regionaal verspreid zijn en goed toegankelijk vanuit elke plaats. Zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraar (respondent 9) aangeeft: *“Ook in het achterland willen we een basisstructuur wat betreft zorgaanbieders neerzetten”*. Dit is ook in het belang van de gemeente Groningen, zoals de NOM bevestigt: *“Ik denk dat het verbeteren van de eerstelijnszorg in de buitengebieden ook in het belang van de stad Groningen is, omdat hiermee de druk op de verkeersbewegingen naar de stad en de druk op de zorginstellingen in de stad afneemt”*.

Bijdrage gemeente Groningen

De voornaamste bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren op het gebied van locatiefactoren is in de gebiedsontwikkelingsplannen aansturen op het beschikbaar stellen van voldoende faciliteiten voor eerstelijnszorg; dit wordt door alle respondenten bevestigd. Deze eerstelijnszorg moet overal in de regio

toegankelijk zijn. Daarnaast geven de netwerkorganisaties aan dat om de eerstelijnszorg beschikbaar te stellen er samengewerkt kan worden met lokale burgerinitiatieven. Zoals respondent 8 verwoordt: *“Het creëren van een duurzamere gezondheidseconomie vraagt om het versterken van de structuren in de leefomgeving; dit kun je vanuit een meer sociale kant benaderen en hierdoor kun je inzetten op het bekrachtigen van maatschappelijke cohesie”*. Daarnaast geven zowel het UMCG als de zorgverzekeraar aan dat het belangrijk is dat er een duidelijk regioplan wordt opgesteld, zodat de indeling van de zorg hierop afgesteld kan worden. In dit regioplan moet worden meegenomen dat werken in de regio net zo aantrekkelijk wordt gemaakt als werken in de stad, zodat hoogwaardige eerstelijnszorg in de gehele regio wordt aangeboden.

4.1.3.2. Belangrijkste bevindingen

Tabel 5 laat de belangrijkste resultaten rondom locatiefactoren zien.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Fysieke afstand tot zorg verandert in digitale of psychologische afstand • Ruimte reserveren voor zorgvoorzieningen in gebiedsontwikkelingsplannen • Veel verkeersbewegingen richting zorgvoorzieningen in de stad • Inrichting zorgsysteem volgt ruimtelijke inrichting van de regio → Zorgt voor afhankelijkheid • Zorgen voor genoeg eerstelijns zorgaanbod in de regio; wonen/werken in de regio moet aantrekkelijk blijven
Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Compacte stad → snelle toegang tot zorg • Zorgvraag per wijk specifiek in kaart brengen en gericht hierop anticiperen • Ontstaan van knowledge clusters → research & development • Specialistische zorg centraliseren, eerstelijnszorg regionaal verspreiden
Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • In gebiedsontwikkelingsplannen voldoende faciliteiten voor eerstelijnszorg beschikbaar stellen • Samenwerken met lokale burgerinitiatieven • Opstellen van een duidelijk regioplan

Tabel 5: Overzicht resultaten rondom locatiefactoren

Dat de focus moet liggen op de eerstelijnszorg en dat dit door de gehele provincie Groningen goed bereikbaar en dus regionaal verspreid moet zijn, is duidelijk geworden. Zoals respondent 9 beaamt: *“Ja, dat is wel iets waar wij heel erg op sturen om te zorgen dat die toegankelijkheid, dat die geborgd is, want anders worden de gebieden in het Ommeland ook minder bewoonbaar”*. Met andere woorden, het beschikbaar stellen van eerstelijnszorg door de gehele provincie Groningen heeft een positief effect op regionale ontwikkeling, omdat hierdoor alle gebieden aantrekkelijk blijven om te wonen. Echter, er speelt enige vorm van marktwerking in de zorg, waardoor het lokaal aanbieden van eerstelijnszorg niet altijd haalbaar er is. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat er niet altijd genoeg arbeidspotentieel en investeringspotentieel is in het Ommeland. Juist hierom is regionale ontwikkeling in het Ommeland zo belangrijk. Verder is de gemeente Groningen bezig met regionale ontwikkeling door te focussen op r&d op de campussen. Zoals besproken in sectie 4.1.1.1. ligt er veel potentieel voor de gezondheidseconomie in innovatie, maar hiervoor moet wel genoeg ruimte worden gereserveerd en daarnaast moet Groningen aantrekkelijk blijven om in te investeren. Een voorbeeld dat benoemd wordt door de gemeente Groningen is het feit dat Groningen, samen met Leiden en Oss, een succesvolle leidende rol wil spelen in groene medicijnproductie. Daarnaast is het van belang dat de urgentie om nu beleidsstappen te maken in de gezondheidseconomie duidelijk is. Alle respondenten zijn het hier over

eens, maar niet alle respondenten voelen dezelfde urgentie. Om een toekomstbestendige en duurzame gezondheidseconomie te bereiken, moeten er nu beleidsmatige keuzes worden gemaakt; dit kan niet volledig worden afgehangen van de ontwikkelingsplannen voor de regionale indeling. Als laatste, uit de interviews blijkt dat als het scenario Mondiaal Ondernemend wordt gevolgd, dit een risico oplevert voor de mate van overheidsbemoeienis en dat de grip kan worden verloren op het faciliteren van ruimte voor de zorgvoorzieningen. In het scenario Groen Land is deze grip er wel, maar het risico in dit scenario is dat er versnipperde zorginstellingen ontstaan die weinig samenwerken, wat ook geen duurzame en toekomstbestendige oplossing is.

4.1.4. Brain drain

4.1.4.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Allereerst blijkt uit de interviews dat het maar de vraag is of de brain drain inderdaad een drukkend probleem is in de gemeente Groningen. Aldus respondent 1: *“Per saldo houden we 15% van de nieuwe studenten die van buiten de stad Groningen komen vast in de stad”*. In die zin zou er dus gezegd kunnen worden dat de invloed van de brain drain beperkt is. Echter, zou de gemeente Groningen graag zien dat deze invloed nog verder beperkt wordt en daar wordt het beleid dan ook op ingericht. Zoals respondent 1 bevestigt: *“Er gaan dus inderdaad mensen weg uit Groningen die we liever zouden behouden, omdat we daarmee onze groei van de economie, met name in de informatieve sector, kunnen versnellen”*. Volgens de ziekenhuizen heeft de brain drain met name invloed op het vinden van geschikte werknemers in de zorg. Het UMCG heeft een relatief grote aantrekkingskracht door het universitaire element, maar beide ziekenhuizen geven aan dat de regionale eerstelijnszorg en regionale ziekenhuizen te maken hebben met wervingsproblemen qua personeel. Respondent 3 voegt hieraan toe dat het daarom erg belangrijk is dat in het Ommeland genoeg personeel woont die in de regionale instellingen kunnen werken: *“Het is belangrijk dat in het Ommeland genoeg personeel woont dat bij regionale instellingen in de buurt wil werken. Daarom is het belangrijk dat de voorzieningen in deze plaatsen in orde zijn”*. Respondent 9 bevestigt dit en waarschuwt dat als het Ommeland teveel vergrijsd en er weinig jong talent meer in deze gebieden is: *“Vernieuwing van deze gebieden en een andere populatie integreren wordt dan steeds lastiger en complexer”*. Een andere reden waarom jong talent wegtrekt uit de regio Groningen wordt door respondent 4 aangegeven; namelijk dat hoogopgeleid arbeidspotentieel door particuliere en commerciële bedrijven in dienst worden genomen omdat zij hogere salarissen bieden. Dit betekent dus, zoals respondent 4 verwoordt: *“De keuze waar jonge hoogopgeleide mensen gaan settelen hangt af van welke werkgever de beste arbeidsomstandigheden biedt. Deze werkgevers zitten veelal in de Randstad gevestigd”*. Aan de andere kant, zoals de NOM aangeeft, hoeft het ook niet alleen maar als probleem gezien te worden dat jong talent wegtrekt uit de regio Groningen. Respondent 5: *“Het is niet alleen maar negatief dat veel jong talent wegtrekt uit Groningen, anders wordt het veel te vol in de stad”*. Belangrijk is het verder om de arbeidstekorten in perspectief te zien. Arbeidstekorten zijn in elke sector en overal in Nederland aanwezig. Een knelpunt momenteel in Groningen is volgens de netwerkorganisaties wel dat Groningen zich niet genoeg profileert als regio en dat hier winst valt te behalen. Respondent 7 bevestigt dat hier nu op ingespeeld moet worden, zodat de arbeidstekorten in de zorg over tien jaar zoveel mogelijk kunnen worden opgevangen.

Positieve ontwikkelingen

Een positieve ontwikkeling gestimuleerd vanuit de gemeente Groningen is dat er een marketingcampagne is opgezet om jonge gezinnen naar Groningen te laten trekken. Dit beeld wordt door meerdere respondenten, waaronder respondent 3 en 8 bevestigd. Respondent 1 legt daarnaast uit dat wonen in de regio Groningen steeds aantrekkelijker wordt: *“De woon-werkafstand tussen het*

Noorden en Westen van Nederland wordt steeds kleiner, helemaal met de komst van de Lelylijn. Dit maakt het aantrekkelijk om in Groningen te wonen en in de Randstad te werken". Respondent 3 benoemt ook expliciet dat er een trend te ontdekken is in jonge hoogopgeleide mensen die na een aantal jaar weer terugtrekken naar Groningen om daar werkzaam te worden in de gezondheidseconomie. Wel voegt respondent 3 daaraan toe het aantrekkelijk maken van de regio Groningen om te wonen en werken een samenhang is van de gehele economie en dus afhankelijk is van het culturele klimaat dat gecreëerd wordt. Een andere positieve ontwikkeling is dat er een grote focus is op het ontwikkelen van innovatieve banen in de gezondheidseconomie, met als doel de arbeidsmarkt net zo aantrekkelijk en competitief te maken als elders in Nederland. Hier houdt de NOM zich onder andere mee bezig, zoals respondent 5 uitlegt: *"Dit doen we door heel gericht te zoeken naar bedrijven die hier passen en door te kijken wat voor gaten er in de keten zitten die we moeten opvullen. We zoeken met name naar bedrijven die aansluiten bij de kennissterktes van de regio"*. Verder geven de netwerkorganisaties aan dat er in de gemeente Groningen voldoende jonge hoogopgeleide mensen aanwezig zijn die willen bijdragen aan de gezondheid en leefbaarheid in de eigen omgeving. Wel moeten deze jonge mensen de kans worden geboden om bij te kunnen dragen aan deze complexe maatschappelijke vraagstukken. Zoals respondent 8 omschrijft: *"Ik denk dat we jong talent hier in de regio kunnen behouden door te zorgen dat zij hier in de regio iets maatschappijks kunnen bijdragen en door hen in contact te brengen met complexe maatschappelijke vraagstukken"*.

Bijdrage gemeente Groningen

De belangrijkste bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren in het vasthouden van talent is het aantrekkelijk maken van wonen en werken in de gemeente Groningen. Dit gebeurt momenteel ook al, zoals respondent 1 bevestigt: *"Al onze woningbouwprogramma's zijn erop gericht om talent vast te houden"*. Respondent 4 staat hier volledig achter en geeft aan dat er nog meer aandacht mag zijn voor de huisvesting van jong talent: *"De gemeente kan meer ondersteunen met huisvesting, zodat er nog meer stimulators is voor jonge mensen om voor de regio Groningen te kiezen"*. Verder geven de respondenten aan dat regionale ontwikkeling erg belangrijk is en dat dus de gehele regio Groningen gepromoot wordt, dit is besproken in sectie 4.1.1.1. Hier voegt de NOM specifiek aan toe dat de gemeente Groningen een brede blik moet aannemen, zeker op het gebied van de gezondheidseconomie. Het is belangrijk om de kracht van de regio Groningen te vinden en hierop in te spelen. Dit kan onder andere door samen te werken, zoals respondent 6 verwoordt: *"De kracht van de regio kan versterkt worden door samen te werken met andere regio's in plaats van alleen maar te focussen op concurrentie. Op grotere schaal is Noord-Nederland natuurlijk maar een hele kleine speler, waardoor juist samenwerking met andere regio's zo belangrijk is. We moeten proberen een aanpak te kiezen waarbij we proberen interessante partijen uit de rest van de wereld naar Nederland te trekken, juist door samen te werken kunnen we dit bereiken"*. Als de gemeente Groningen focust op samenwerking met andere regio's kan er meer de diepte worden ingegaan; met andere woorden, regionale kennis en kracht komt dan het beste naar boven. Als laatste geven de netwerkorganisaties aan dat het belangrijk is dat de gemeente bijdraagt aan het creëren van banen waarin het maatschappelijk belang naar voren komt. Zoals respondent 8 aangeeft: *"Jong talent moet getriiggerd worden om na te denken over op welke plek ze hun capaciteiten inzetten, door mensen bewust te maken van de complexe maatschappelijke vraagstukken in de regio Groningen kan jong talent worden vastgehouden"*.

4.1.4.2. Belangrijkste bevindingen

In tabel 6 zijn de belangrijkste resultaten wat betreft brain drain gepresenteerd.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Groei van economie wordt beperkt • Het vinden van geschikt personeel in de zorg wordt lastiger • Commerciële en particuliere bedrijven trekken sneller jong talent aan door hogere salarissen • Arbeidstekorten zijn in heel Nederland en in elke sector zichtbaar
Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Marketingcampagne om jonge gezinnen naar Noord-Nederland te halen • Woon-werk afstand tussen Noord- en West- Nederland wordt steeds kleiner met de komst van de Lelylijn • Ontwikkeling van innovatieve banen in de gezondheidseconomie van Noord-Nederland die aansluiten bij de kennissterkte van de regio • Banen die zich bezig houden met complexe regionale maatschappelijke vraagstukken promoten onder jonge hoogopgeleide mensen.
Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • Wonen en werken in de gemeente Groningen aantrekkelijk maken • Woningbouwprogramma's afstemmen op jong talent • Brede blik aannemen: inspelen op de kracht van de regio Groningen vinden en samenwerken met andere regio's • Creëren van banen waarin het regionale maatschappelijke belang naar voren komt

Tabel 6: Overzicht resultaten rondom brain drain

Uit sectie 4.1.4.1. kan worden opgemaakt dat niet alle respondenten de brain drain als even groot probleem zien. Met name de gemeente Groningen, de NOM en het UMCG denken dat het probleem omtrent de brain drain relatief beperkt is. Per saldo groeit de stad Groningen namelijk. Echter, wat door de respondenten wordt benoemd is dat er een nuance gemaakt kan worden wat betreft sociaaleconomische verschillen. De stad groeit, maar jong talent zouden we nog meer willen vasthouden. Deze sociaaleconomische verschillen worden in het volgende hoofdstuk meer verduidelijkt. Wat duidelijk wordt is dat de invloed van brain drain een sterke relatie heeft met regionale ontwikkeling en dat regionale ontwikkeling bijdraagt aan het tegengaan van de brain drain. Een toevoeging die door respondent 9 wordt gegeven is dat de regio Groningen kan samenwerken met de regio Noordwest-Duitsland; op deze manier wordt het arbeidspotentieel voor Groningen vergroot.

4.2. Sociaaleconomische factoren

Vervolgens volgen in deze sectie de resultaten van de sociaaleconomische factoren die besproken zijn in de interviews.

4.2.1. Sociaaleconomische status

4.2.1.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Een knelpunt in de gemeente Groningen is dat er wijken zijn die weinig gemengd zijn; het doel van de gemeente Groningen is hierom ook om meer gemengde wijken te creëren, zoals ook besproken in paragraaf 4.1.1.1. Dat wijken die niet gemengd zijn een knelpunt zijn, wordt door alle respondenten bevestigd. Respondent 3 vat dit probleem samen: *“Meer in het Oosten van de provincie, maar ook binnen de stad heb je gebieden waar de sociaaleconomische status lager is. In deze gebieden ligt de levensverwachting van mensen lager, speelt intergenerationele armoedeproblematiek en gezondheidsproblematiek”*. De netwerkorganisaties en de ziekenhuizen voegen hier aan toe dat in deze

gebieden de participatie in cultuuruitingen, zoals sport, uitblijven. Dat is de reden waarom gemengde wijken zo belangrijk zijn, zodat mensen met een lagere sociaaleconomische status worden meegenomen door de wijk in hun beslissingen. Respondent 7 benadrukt daarnaast dat mensen met een lagere sociaaleconomische status een negatief effect hebben op de zorgvraag en een negatief effect op het aantal beschikbare mensen dat deelneemt aan de arbeidsmarkt: *“Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben een negatief effect op de zorgvraag en zorgen daarnaast voor een negatief effect op het aantal beschikbare mensen dat participeert op de arbeidsmarkt”*. Als laatste voegt de zorgverzekeraar toe dat financieel gezond zijn de eigen verantwoordelijkheid blijft van mensen. Aan de andere kant, aangezien bekend is dat een lagere sociaaleconomische status leidt tot een hogere zorgvraag, zou er gesteld kunnen worden dat indirect het sociaaleconomisch welzijn van mensen tot op zekere hoogte de verantwoordelijkheid wordt van de maatschappij.

Positieve ontwikkelingen

Een positieve ontwikkeling om de kloof in sociaaleconomische status tegen te gaan, is dat de gemeente Groningen bij gebiedsontwikkelingsplannen de focus legt op het creëren van gemengde woonwijken. Ook in bestaande wijken wordt dit beleid steeds meer geïmplementeerd. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door respondent 1: *“Bijvoorbeeld bij het schoolplein in een gemengde wijk vinden gemengde contacten plaats. In deze contacten komt ook een stukje innovatie uitwisseling naar boven”*.

Verder, wordt door de ziekenhuizen en de netwerkorganisaties de sociaaleconomische status aan de scenario's van het PBL gekoppeld. Zo verwachten zij dat in het scenario Mondiaal Ondernemend, waar een competitieve maatschappij overheerst, een grotere tweedeling tussen de inwoners van Groningen ontstaat. Echter, in het scenario Groen Land, wordt de nadruk meer gelegd op dorpsgemeenschappen, wat meer aansluit bij de individuele behoefte van mensen. De tweedeling rondom sociaaleconomische status vanuit een gezondheidsperspectief bekeken stelt dat het belangrijk is dat lokale gemeenschappen goed blijven functioneren, aldus respondent 3. Dit beeld wordt ook door respondent 9 bevestigd; in gebieden met een lagere sociaaleconomische status is vaak meer sociale cohesie wat leidt tot mantelzorg. De NOM stelt daarnaast dat het belangrijk is dat mensen woonachtig in gebieden met een lage sociaaleconomische status worden gemotiveerd om te participeren in de maatschappij en samenleving. Zoals respondent 6 verwoordt: *“Een bijdrage te leveren aan het werk dat verzet moet worden in de gemeenschap”*. Een manier waarop dit gestimuleerd kan worden, wordt door de respondent 4 en 7 aangehaald. Zoals respondent 7 uitlegt: *“Misschien kunnen we mensen die ervaring en interesse hebben in een vakgebied makkelijker laten instromen, bijvoorbeeld door hen een verkorte opleiding te laten volgen en dat ze na het afronden hiervan handelingsbekwaam worden verklaard”*. Dit zou een positief effect kunnen hebben op de arbeidstekorten in de zorg.

Verder wordt door respondent 8 benoemd dat de tweedeling in sociaaleconomische status en de economische gevolgen hiervan, kan worden aangepakt door te innoveren. Echter is het belangrijk om het volgende hierin mee te nemen: *“Het is niet gezegd dat als je in het sociaal domein gaat innoveren, dat dan automatisch de sociale verschillen in de samenleving verkleind worden. Hierom zouden we onszelf bij elke innovatie van tevoren moeten afvragen op welke manier dit verwacht of onverwacht bijdraagt aan ongelijkheid”*.

Bijdrage gemeente Groningen

De belangrijkste bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren in het verkleinen van de sociaaleconomische status tussen gebieden is het creëren van gemengde wijken. Zoals respondent 1 bevestigt: *“Dat is ons sturingsinstrument, het scheppen van voorwaarden in woonwijken en ervoor zorgen dat deze gemengd zijn. In de ruimtelijke ontwikkeling spelen wij als gemeente dus een belangrijke rol”*. Daarnaast stellen de NOM, de ziekenhuizen en de netwerkorganisaties dat het belangrijk is dat werkgelegenheid in de regio gestimuleerd wordt en wordt vastgehouden. Respondent 4 voegt toe dat als

een paar topbedrijven die veel werkgelegenheid bieden naar Groningen worden getrokken, dit zorgt voor meer hoger opgeleiden in de regio wat de algehele gezondheidseconomie in Groningen ten goede komt. De gemeente kan hierin het voortouw nemen en samen met de NOM regelingen aanbieden waardoor Groningen als regio aantrekkelijker wordt. Verder stellen de netwerkorganisaties dat er door de gemeente meer aandacht kan worden besteed aan inwonersinitiatieven; deze bieden vaak erg innovatieve oplossingen. Zoals respondent 7 verwoordt: *“De gemeente kan een verbindende factor spelen bij het verbinden van inwonerinitiatieven en dus helpen bij de kennisoverdracht”*. Daarnaast is het belangrijk dat de gemeente uitdraagt dat bij deze innovatieve oplossingen het maatschappelijke doel minstens zo zwaar telt als het economische doel. Zoals respondent 8 aangeeft: *“Vanuit innovaties moeten de maatschappelijke uitkomsten worden meegenomen, dus dat het maatschappelijk doel wordt meegenomen en niet alleen het economische doel. De focus zou moeten liggen op het verkleinen van de gezondheidsverschillen in de samenleving en deze niet onbewust moeten vergroten”*. Respondent 9 geeft aan dat inzicht in de cijfers wat betreft ziekte en aanspraak op zorg vanuit de zorgverzekeraars kan komen; zij hebben het meest accurate beeld wat betreft regionale gezondheidsverschillen.

4.2.1.2. Belangrijkste bevindingen

Tabel 7 geeft een samenvatting van de belangrijkste resultaten rondom sociaaleconomische status.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Te weinig gemengde wijken • Lagere sociaaleconomische status heeft negatief effect op de zorgvraag • Lagere sociaaleconomische status zorgt voor minder participerende mensen op de arbeidsmarkt
Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • In gebiedsontwikkelingsplannen ligt de focus op gemengde wijken • Dorpsgemeenschappen • Verkorte opleidingen voor mensen met ervaring zodat zij makkelijker en sneller kunnen instromen bij banen waar tekorten aan zijn • Maatschappelijk belang afwegen bij innovatie in het sociaal domein
Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • Het creëren van gemengde wijken inzetten als sturingsinstrument • Werkgelegenheid in de regio stimuleren en vasthouden • Meer aandacht voor inwonersinitiatieven; verbindende rol spelen • Uitdragen dat bij innovaties het maatschappelijk doel minstens zo zwaar telt als het economische doel

Tabel 7: Overzicht resultaten rondom sociaaleconomische status

Kortom, de sociaaleconomische status heeft invloed op de zorgvraag. Gezien het feit dat de zorgkosten door de gehele maatschappij worden betaald, is het in het maatschappelijk belang om mensen met een lagere sociaaleconomische status te laten participeren in de maatschappij zodat de totale zorgkosten en de zorgpremies lager worden.

4.2.2. Toegang tot zorg

4.2.2.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Om te beginnen refereren de gemeente Groningen, respondent 3 en respondent 7 naar de scenario's gebruikt in de interviews. In het scenario Mondiaal Ondernemend voorziet de gemeente een groot risico, zoals respondent 2 verwoordt: *“In dit scenario voorzie ik een veel grotere tweedeling in de maatschappij, met name door globalisering en zal er een grote inkomenskloof zijn. Juist bij de groep die praktisch is opgeleid wordt meer ziekte verwacht terwijl zij waarschijnlijk een veel slechtere toegang hebben tot*

zorg”. Daarom verwacht de gemeente Groningen als knelpunt in dit scenario dat de groep mensen die zorg het hardste nodig heeft en waarin de focus zou moeten liggen op preventie, zal toenemen. Aan de andere kant, in scenario Groen Land voorziet de gemeente Groningen een toekomstscenario waarin de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg beter zal zijn. Door de ziekenhuizen wordt hieraan toegevoegd dat het erg belangrijk is dat er gefocust wordt op preventie en een onderdeel hiervan is dat er genoeg toegang tot vers en gezond voedsel is in elke wijk. In scenario Mondiaal Ondernemend wordt verwacht dat door de concurrentie in de economie deze toegang tot vers eten niet overal vanzelfsprekend is. Dit wordt door respondent 3 als volgt omschreven: *“Het is erg belangrijk dat in elke wijk een goed aanbod blijft van verse producten en dat hier geen regionale verschillen in ontstaan”*. Belangrijk hierin is dat vers voedsel betaalbaar blijft en te zorgen dat fastfood niet goedkoper is of wordt dan gezond eten.

Verder wordt door de respondenten benadrukt dat sociale netwerken erg belangrijk zijn in het toegankelijk houden van de zorg. Zoals respondent 3 uitlegt: *“Mensen die hoogopgeleid zijn weten vaak hun weg wel te vinden in het zorgstelsel, terwijl mensen die minder geletterd zijn hier meer moeite mee hebben. Daarom zijn sociale netwerken zo belangrijk”*. Met andere woorden, de kennis over hoe de zorg bereikbaar is moet bij elke inwoner bekend zijn., dit wordt specifiek door de NOM aangehaald. Een ander knelpunt dat door vijf respondenten wordt benoemd is de betaalbaarheid van de zorg; de toegankelijkheid van de zorg zal afnemen naarmate de zorgkosten stijgen. Zoals respondent 4 toelicht: *“Als de zorgpremies blijven stijgen en het eigen risico steeds verder toeneemt, voorzie ik daar zeker problemen in. Dat mensen geen gebruik meer gaan maken van zorg omdat ze het eigen risico niet kunnen betalen”*. Een ander verwacht knelpunt wordt aangehaald door de netwerkorganisaties. In het huidige zorgstelsel zijn zowel toegankelijkheid van de zorg als kwaliteit van de zorg erg belangrijk, maar in de toekomst kan de kwaliteit misschien niet meer worden gewaarborgd als het doel tegelijkertijd is dat de zorg toegankelijk blijft. Zoals respondent 8 verwoordt: *“In de toegankelijkheid van de zorg focussen we op drie punten: toegankelijkheid, kwaliteit en kosten. Op welke van de drie er ook wordt gestuurd, we zullen altijd op één punt moeten inleveren. We moeten daarom kijken of in het huidige gezondheidssysteem de kwaliteit van de zorg wel gewaarborgd kan blijven”*.

Positieve ontwikkelingen

Volgens de gemeente Groningen is een positieve ontwikkeling in het zorgbeeld de manier waarop er naar zorg wordt gekeken. Dit wordt door respondent 2 uitgelegd: *“Nu wordt er in de zorg soms nog over behandeld, maar in gesprekken komt steeds vaker naar voren dat kwaliteit van leven belangrijker is dan behandelen”*. Hierop volgt automatisch dat de zorgkosten lager worden, waardoor de toegankelijkheid van de zorg beter is. Een andere manier om de zorgkosten terug te dringen, is door te focussen op preventie. Dit wordt door alle respondenten in de interviews minimaal één keer benoemd. Zoals respondent 3 verwoordt: *“De verwachting is dat straks te weinig mensen werkzaam zijn in de zorg om voor iedereen zorg te leveren, hierom moeten we zorgen dat mensen minder snel ziek worden”*. Een manier om dit te doen is om mensen intrinsiek te motiveren om te bewegen. Daarnaast wordt er bij de inrichting van steden al rekening mee gehouden, zoals respondent 1 aangeeft: *“We zorgen ervoor dat bij de inrichting van steden het logisch is om te gaan bewegen, dit doen we door bijvoorbeeld de auto’s uit de binnenstad te weren”*. Respondent 4 en 7 halen daarnaast aan dat er een ontwikkeling plaatsvindt vanuit burgerinitiatieven en mantelzorg. Zoals respondent 4 bevestigt: *“Dit wordt wel geboren vanuit de situatie waarin we zitten. Echter, als de situatie wordt omgedraaid zal de mantelzorg misschien wel blijven waardoor ik het wel zie als iets moois vanuit het collectief”*. Respondent 7 voegt hieraan toe dat zelfredzaamheid van inwoners belangrijk is om de toegankelijkheid van de zorg te behouden en dat burgerinitiatieven hierin een rol kunnen spelen.

Bijdrage gemeente Groningen

Allereerst stelt de gemeente Groningen dat er een kritische houding moet worden aangenomen wat betreft de dienstverlening in de zorg. Belangrijk is om te focussen op faciliteiten die passen in het huidige zorgbeeld. Lastig hierin is wel dat veel eerstelijnszorg beroepen, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, gebruikmaken van vrije vestiging. Zoals respondent 1 uitlegt: *“Zij moeten zelf bepalen of er genoeg klanten in een bepaald gebied wonen om daar een praktijk te openen. De bijdrage die wij als gemeente kunnen leveren is om in gesprek te blijven met het Koepel van Huisartsen en dit wel in de gaten te houden”*. Met andere woorden, de gemeente kan bijdragen in het toegankelijk houden van de zorg door in overleg met het Koepel van Huisartsen te zorgen dat er in elk gebied voldoende aanbod is van eerstelijnszorg. Verder voegt respondent 2 hieraan toe dat de transitie in de zorg vanuit een breed oogpunt en focus op innovatie moet worden aangepakt: *“De transitie moet echt op verschillende niveaus plaatsvinden”*, dit beeld wordt daarnaast door respondent 8 onderstreept. Aanvullend, eerder is al besproken dat bij de inrichting van steden rekening wordt gehouden met een inrichting die mensen stimuleert om te bewegen. Dit is een bijdrage die de gemeente kan leveren in het kader van preventie, zoals respondent 2 verwoordt: *“Dit zit echt verankerd in ons beleid en daarmee dus ook in de preventie van zorg”*. Daarnaast kan de gemeente Groningen in het kader van preventie een actieve rol aannemen om vanuit de eerstelijnszorg de lagere sociaaleconomische klassen te mobiliseren om een gezondere levensstijl in te nemen. Hiervoor moet een integrale aanpak worden gebruikt, zoals respondent 6 aangeeft: *“Dit moet integraal worden aangepakt; er moet worden samengewerkt met de opleidingsinstellingen, dus met de RUG en het UMCG, maar ook met het hbo en mbo. Daarnaast moeten de omliggende gemeenten worden betrokken zodat ook zij de voorzieningen in hun eigen gemeente op eerstelijnsniveau op orde krijgen”*.

Een andere bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren in het toegankelijk houden van de zorg en dan met name gefocust is op preventie, is het voorlichten van kinderen over een gezonde levensstijl. Zoals respondent 3 aangeeft: *“Hierbij moet niet alleen het standaardpakket worden meegegeven, maar ook een aantal extra dingen, met een nadruk op sport, voeding en culturele dingen. Als kinderen goede scholing hebben gehad is de kans ook groter dat ze later minder zorg nodig hebben en/of de weg naar goede zorg weten te vinden”*. Dit beeld wordt ook door de netwerkorganisaties bevestigd.

4.2.2.2. Belangrijkste bevindingen

Tabel 8 geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten rondom de toegang tot zorg.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• Tweedeling in de maatschappij wat betreft toegang tot zorg• Toegang tot vers en gezond voedsel in elke wijk/ geen regionale verschillen• Uitblijven van sociale netwerken• Betaalbaarheid van de zorg• Afname van de kwaliteit van de zorg
Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none">• Kwaliteit van leven krijgt voorrang op behandelen van ziekte• Meer focus op preventie• Meer focus op mantelzorg en burgerinitiatieven• Hogere zelfredzaamheid van inwoners

Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • Kritische houding aannemen wat betreft dienstverlening in de zorg • In gesprek blijven met eerstelijnszorgorganisaties • Bij gebiedsinrichting ervoor zorgen dat mensen gestimuleerd worden om te bewegen • Actieve rol aannemen in motiveren van mensen om een gezonde levensstijl aan te nemen • Integrale visie aannemen • Voorlichten van kinderen over een gezonde en actieve levensstijl
------------------------------------	---

Tabel 8: Overzicht resultaten rondom toegang tot zorg

Samenvattend, de belangrijkste bevinding wat betreft toegang tot zorg is dat er een integrale aanpak moet worden gebruikt waarbij de focus ligt op preventie. Door meer te focussen op preventie blijft de zorg betaalbaar en beter toegankelijk. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol wat betreft de toegankelijkheid van de zorg, gezien het feit de zorgverzekeraars een zorgplicht hebben waar ook toezichthouders op staan. De zorgverzekeraar is dus verantwoordelijk voor het eerlijk verdelen van de zorgpremies. Opvallend is wel dat twee respondenten benoemen dat er anders kan worden omgegaan met de winstmarges van zorgverzekeraars. De winstmarges van de zorgverzekeraars worden vanuit verschillende perspectieven bekeken: hogere winstmarges kunnen leiden tot meer investeringen en een hogere innovatiekracht. Echter zorgen hogere winstmarges van de zorgverzekeraars ook voor hogere zorgkosten, waardoor twee respondenten dit expliciet benoemen.

4.2.3. Vergrijzing

4.2.3.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Om te beginnen, wordt door zowel respondent 2 als respondent 7 aangehaald dat dubbele vergrijzing een probleem vormt. Zoals respondent 7 aangeeft: *“Vergrijzing is een dubbel probleem aangezien mensen steeds ouder worden en deze groep mensen ook een andere zorgvraag heeft. Daar komt bij dat het aantal ouderen absoluut gezien toeneemt, terwijl het aantal werkende mensen dat beschikbaar is om voor de ouderen te zorgen, juist afneemt. Ergens gaat dit elkaar dus bijten”*. Respondent 2 voegt hieraan toe: *“Die dubbele vergrijzing wordt echt een probleem na tweeduizendveertig a tweeduizendvijftig, dan is er veel minder personeel beschikbaar in de zorg”*. Wel wordt door respondent 1 benoemd dat de vergrijzing in de stad Groningen een minder groot probleem is dan in de provincie Groningen en dan met name in het Oosten van de provincie. Zoals respondent 1 verwoordt: *“De stad is een soort Parijs van het Noorden; iedereen gaat naar de stad toe om te werken en daarna weer naar huis. Je ziet dus echt dat de gebieden rondom de stad meer te maken hebben met dat vergrijsdeel omdat daar minder werkgelegenheid is”*. Ook vanuit de ziekenhuizen wordt bevestigd dat vergrijzing een groot maatschappelijk probleem is, zoals respondent 3 aangeeft: *“Vergrijzing is momenteel de grootste uitdaging voor de zorg; als we de zorg houden zoals het nu is wordt het onbetaalbaar en hebben we het personeel er niet voor”*. Dit is dan ook de reden dat vier respondenten mantelzorg benoemen, wat als kostenbesparing wordt gezien. Zoals respondent 5 aangeeft: *“Mantelzorg is de grootste kostenbesparing die de overheid ziet en wordt tegenwoordig bijna opgelegd. Ik denk dat we in alle redelijkheid moeten kijken naar hoe de maatschappij in elkaar steekt en of mantelzorg altijd wel kan”*. Als laatste heeft de zorgverzekeraar nog als toevoeging dat ieder mens aan het einde van de levensloop een enorme piek aan de hoeveelheid zorgkosten beleeft. Vergrijzing zorgt voor hogere zorgkosten. Daar komt bij dat, zoals besproken in sectie 4.2.2.1. de gezondheidszorg momenteel gericht is op genezen en het verlengen van de levensduur, kwaliteit van leven staat hierbij op een lager pitje. Financieel gezien wordt deze werkwijze in combinatie met vergrijzing als een knelpunt ervaren.

Positieve ontwikkelingen

Allereerst is een positief punt dat de vergrijzing in de gemeente Groningen relatief meevalt, aldus de gemeente Groningen. Echter speelt vergrijzing buiten de gemeentegrenzen een grote rol, wat invloed heeft op het zorgaanbod binnen de gemeente Groningen aangezien mensen van buiten de gemeentegrenzen naar de gemeente Groningen trekken voor zorg. En manier hoe om te gaan met vergrijzing is door te focussen op preventie, zoals besproken in sectie 4.2.2.1. Daarnaast zou de zorg zo lokaal mogelijk moeten worden georganiseerd, zoals respondent 3 bevestigt: *“We moeten inzetten op preventie en zorgen dat de mensen die wel in de zorg terechtkomen zorg ontvangen die zo goed mogelijk bij de situatie past en lokaal georganiseerd is”*. Respondent 8 voegt hieraan toe dat healthy ageing al aan het begin van de levensloop begint en hier is ook veel aandacht voor. Echter, healthy ageing gaat ook over het gezond en vitaal houden van ouderen aan het einde van de levensloop en hier valt nog winst te behalen.

Een andere positieve ontwikkeling in het omgaan met vergrijzing is dat er langzaam een verschuiving in het gedachtegoed wat betreft het behandelen van ziekte ontstaat. Zoals respondent 3 verwoordt: *“Van oudsher is de medische wereld heel erg gericht op behandeling. Wat je eigenlijk zou willen is dat het meer wordt gericht op gezondheid. Dit begint bij de mensen die worden opgeleid”*. Deze shift in het gedachtegoed is een stuk duurzamer; door meer focus te leggen op preventie wordt uitstoot van ziekenhuizen en het gebruik van medicijnen en materialen voorkomen. Uit de interviews blijkt dat deze manier van omgaan met zorg goed past in het scenario Groen Land. Daarentegen is de economische visie van bedrijven in een concurrerende economie soms ook van belang om andere doelen, zoals het ontwikkelen van bepaalde medicijnen, te behalen.

Een andere positieve ontwikkeling wordt aangehaald door de NOM, namelijk dat buurtzorg aan het groeien is. Deze buurtzorginitiatieven zijn zorgverleners die aan huis komen bij senioren en daar hulp verlenen. Echter valt hier winst te behalen in het kader van duurzaamheid, namelijk als dit beter georganiseerd wordt en er per wijk zou worden aangewezen welke organisatie daarvan de dienstverlening voldoet. Verder, wordt door respondent 7 benoemd dat er een groep pas gepensioneerd is die nog actief deelneemt aan de maatschappij en de gemeenschap. Zoals respondent 7 aangeeft: *“Dit kan ook een kans zijn om juist deze mensen een verschil te laten maken in de maatschappij, bijvoorbeeld in de vorm van vrijwilligerswerk”*. Als laatste een positieve ontwikkeling wat betreft mantelzorg; respondent 9 geeft aan dat er steeds meer mogelijkheden ontstaan om mantelzorgers te ontlasten. Zoals respondent 9 toelicht: *“We hebben ook steeds meer mogelijkheden om mantelzorgers te ontlasten, bijvoorbeeld in de vorm van logeerhuizen. We proberen steeds meer op mantelzorgers te anticiperen en hen te ontlasten”*.

Bijdrage gemeente Groningen

De gemeente Groningen stelt voorop dat het belangrijk is om Groningen aantrekkelijk te houden om te werken en te wonen voor de jongere generaties, dit wordt door alle respondenten bevestigd. Het aantrekkelijk houden van de regio helpt bij het tegengaan van de arbeidstekorten in de zorg die met name door vergrijzing veroorzaakt worden. Respondent 4 geeft aan: *“We moeten beter in kaart brengen waar de pijnpunten wat betreft arbeidstekorten precies zitten”*. De gemeente kan hierin bijdragen en daarnaast, zoals respondent 4 aangeeft: *“Misschien kunnen er vanuit de gemeente omscholingscursussen worden gefinancierd en gecreëerd”*. Verder is het belangrijk om genoeg aandacht aan healthy ageing te besteden. Zoals respondent 6 van de NOM aangeeft: *“Het actief houden van ouderen is een van de belangrijkste dingen in het kader van preventie; dus het stimuleren van bewegen en het creëren van geestelijke uitdagingen en activiteiten. Dit moet dan echter wel actief worden gemobiliseerd”*. Aan deze mobilisatie zou de gemeente Groningen kunnen bijdragen.

De netwerkorganisaties geven verder als suggestie dat de gemeente kan bijdragen aan het creëren van een cultuurverandering in de gezondheidszorg en dat er meer focus komt op preventie en kwaliteit van leven in plaats van op behandeling. Hiervoor moet gefocust worden op de jonge generatie en die moet dan ook naar Groningen worden getrokken en worden vastgehouden. Zoals respondent 8 verwoordt: *“Het start met een nieuwe generatie. Als we een cultuurverandering in de gezondheidszorg willen teweegbrengen moeten we met een nieuwe generatie starten en hen een andere denkframe meegeven, onder ander over innovatie en het consumeren van zorg”*. Als laatste voegt de zorgverzekeraar toe dat de gemeente Groningen een rol kan spelen in het opwekken van bewustwording rondom zorg voor een ander zodat er een maatschappij wordt gecreëerd waarin mensen nieuwsgierig zijn naar elkaar en meer naar elkaar omkijken. Dit hoeft niet meteen richting mantelzorg te gaan, maar wel dat de samenleving iets minder neigt naar het individualistische.

4.2.3.2. Belangrijkste bevindingen

In tabel 9 is een overzicht met de belangrijkste bevindingen rondom vergrijzing gepresenteerd.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Dubbele vergrijzing • Regionale verdeeldheid wat betreft vergrijzing; speelt een grotere rol in provinciale gebieden • Te weinig personeel om te voldoen aan de zorgvraag die vergrijzing oproept • Mantelzorg past niet in het maatschappijbeeld • Hoge zorgkosten voor ouderen; neemt toe door vergrijzing
Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Focus op preventie en zorg zo lokaal mogelijk organiseren • Healthy ageing; meer focussen op het einde van de levensloop van mensen • Shift in het gedachtengoed; meer focus op preventie en kwaliteit van leven in plaats van op behandeling • Buurtzorginitiatieven • Ontlasten van mantelzorgers
Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • Aantrekkelijk houden van de regio Groningen voor werken/wonen • Arbeidstekorten in de zorg beter in kaart brengen en hierop anticiperen door gerichte omscholingscursussen aan te bieden • Mobiliseren van healthy ageing • Bijdragen aan het creëren van cultuurverandering in de zorg • Bewustwording creëren voor de zorg van mensen in de omgeving

Tabel 9: Overzicht resultaten rondom vergrijzing

Dus, vergrijzing drukt op de samenleving en zorgt voor een verhoogde druk op de zorg. De zorgkosten zullen hierdoor stijgen en daarnaast is er te weinig personeel beschikbaar om te voldoen aan de verhoogde zorgvraag. Door meer aandacht te geven aan healthy ageing en daarnaast een shift in het gedachtengoed te stimuleren kan de verwachte zorgdruk worden verlaagd.

4.2.4. Digitalisering

4.2.4.1. Resultaten en analyse

Knelpunten

Allereerst stelt de gemeente Groningen dat digitalisering zowel in scenario Mondiaal Ondernemend als in scenario Groen Land wordt doorgezet. Echter, in wijken waar meer armoede is ontstaat een steeds

grotere kloof met mensen die niet meekomen door digitalisering. Zoals respondent 1 aangeeft: *“De afstand die ontstaat door digitalisering is echt een risico in preventie, dat betekent dat er meer ondersteuning moet worden georganiseerd in wijken waar meer armoede is. Onze maatschappelijke verantwoordelijkheid als gemeente wordt door digitalisering dus groter”*. Dat er een kloof in de maatschappij ontstaat wordt door alle respondenten erkend. Zoals respondent 4 benoemt: *“Ook bijvoorbeeld de Rijksoverheid praat digitaal met je, alles wordt steeds meer digitaal”*. De NOM waarschuwt daarom, zoals respondent 6 aangeeft: *“De digitale wereld moet niet een soort one-size-fits-all wereld worden, elke gebruiker moet iets positiefs uit het digitale gebruik kunnen halen”*. De digitale wereld waarin mensen zich bevinden als zij gebruik willen maken van zorg moet daarom zo bereikbaar mogelijk en laagdrempelig worden gemaakt, want als dat niet gebeurt waarschuwt respondent 7: *“We moeten oppassen dat mensen niet mee kunnen komen in de digitale wereld en hierdoor hun zorgvraag niet stellen en op den duur zorg gaan vermijden”*.

Een ander knelpunt dat het resultaat is van digitalisering is de beveiliging van data. Voor ziekenhuizen specifiek gaat het om de beveiliging van personeels- en patiëntgegevens. Respondent 3 geeft aan: *“Digitalisering maakt ons erg kwetsbaar voor cyber-aanvallen”*. Respondent 4 vult hierop aan: *“De beveiliging van gegevens staat erg hoog, daarom halen we nu al een heleboel netwerken die naar buiten gaan weg bij de patiëntgegevens, zodat daar niemand bij kan”*. Een gevolg van al deze beveiliging is wel dat het als zorgverlener steeds lastiger wordt om een dossier in te zien; door alle beveiliging worden we afhankelijk van de systemen en dit heeft nadelige effecten voor de continuïteit, zoals respondent 3 aangeeft. Een ander gevolg van digitalisering en de beveiliging van data is het tekort van hoogopgeleide ict'ers. Zoals respondent 3 toelicht: *“De mensen die in KI en databescherming werken zijn hoogwaardig opgeleide mensen en voor bijna elke sector heel belangrijk. Overal is dan ook veel concurrentie om deze mensen”*.

Verder, heeft technologie en digitalisering een enorme potentie om een deel van de zorgdruk op zich te nemen. Echter wordt door respondent 8 en 9 gewaarschuwd dat digitalisering niet de volledige oplossing is, omdat de verwachte toename in de zorgdruk niet volledig op te vangen is met technologische oplossingen. Respondent 8 geeft aan dat er een cultuurverandering moet plaatsvinden: *“Er moet echt iets qua cultuur veranderen, anders zijn we eigenlijk het huidige systeem aan het optimaliseren. Digitalisering gaat over meer dan alleen producten en diensten”*. Als reactie hierop geeft respondent 9 aan dat: *“Niet alle digitalisering zijn kwaliteitsverbeteringen of hebben arbeidsbesparende elementen in zich”*. Digitalisering kan worden gelinkt aan vraag en aanbod: het creëren van technologische oplossingen creëert ook vraag. Zoals respondent 9 aangeeft: *“We moeten digitale zorgoplossingen goed afbakenen en zorgen dat het huidig aanbod vervangt. Digitale oplossingen moeten een verbetering zijn ten opzichte van het huidige aanbod en geen grotere zorgvraag creëren”*.

Positieve ontwikkelingen

Een positief gevolg van digitalisering is dat technologie de zorgdruk kan verlagen, dit wordt door zes respondenten specifiek benoemd. Respondent 1 voegt hieraan toe digitalisering naast het verlagen van de zorgdruk, ook kan helpen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Wat betreft de toegankelijkheid van de zorg geeft respondent 2 een voorbeeld: *“In 2025 moet iedereen een PGO, persoonlijke gezondheidsomgeving, hebben. Hierin heb je zelf inzicht in je gegevens en heb je dus ook zelf de regie over je gegevens”*. Dit beeld wordt door respondent 8 bevestigd: *“Het digitaliseren van zorggegevens biedt patiënten de kans om regie over de eigen gezondheid te nemen. Echter moeten we er dan wel voor zorgen dat patiënten ook inzicht hebben in gezondheidsparameters en handelingsperspectief hebben”*. Een bijkomend voordeel van digitalisering en het digitaliseren van gegevens is, zoals respondent 1 aangeeft: *“We kunnen beter in kaart brengen wat er speelt in bepaalde wijken en hier kunnen we dan beter en gericht op sturen aan wat er nodig is aan zorgvoorzieningen”*. Respondent 4 bevestigt dit en geeft daarnaast aan dat dit ook geldt op kleinere schaal: *“Door meer inzicht te hebben in gegevens, kunnen we misschien ook eerder ingrijpen in het ziekteverloop van een patiënt”*. Respondent 7 voegt hieraan toe dat het eerder ingrijpen in het ziekteverloop van patiënten ervoor zorgt

dat er meer focus kan liggen op complexere zorgcasussen. Verder is digitalisering essentieel in de gezondheidszorg omdat de gehele bedrijfsvoering en administratie van zorginstellingen is vervangen door elektronische systemen. Dit bevordert het gebruik van kunstmatige intelligentie waardoor steeds meer voorspellingen worden gedaan, waardoor de zorg beter kan anticiperen op de zorgvraag. Daarnaast, zoals respondent 3 toelicht: *“De communicatie vanuit instellingen met patiënten en tussen instellingen vindt steeds meer digitaal plaats, wat de snelheid van communicatie verbetert”*. Dit heeft een positief effect op de zorgkwaliteit, aldus respondent 5. Respondent 9 benoemt dat digitalisering een grote rol kan spelen in schaalvergroting in de zorg om de zorgdruk op te vangen, maar we moeten wel zorgen dat digitalisering *“gezien wordt als middel en niet als een doel”*.

Een ander positief gevolg van digitalisering is dat de technologische sector rondom gezondheidszorg een kans is voor de regio Groningen om zich te ontwikkelen tot een aantrekkelijke vestigingsregio voor innovatieve technologiebedrijven; een voorbeeld hiervan is Lifelines Groningen. Dit wordt specifiek benoemd door de NOM.

Bijdrage gemeente Groningen

De gemeente Groningen stelt dat de grootste bijdrage die de gemeente zelf kan leveren te maken heeft met data uitwisseling. Door alle gegevens te verzamelen en te analyseren kan er veel gericht worden gehandeld op het gebied van preventie. Zoals respondent 2 toelicht: *“In een toekomstscenario zouden we bijvoorbeeld een digital twin kunnen bouwen rondom gezondheid. Dan bouwen we een digitale omgeving waarin we gezondheidsinterventies in wijken kunnen nabootsen en de effecten van gezondheidsbeleid kunnen testen”*. Hiervoor moeten systemen wel geïntegreerd en gesynchroniseerd worden en hier zou de gemeente een rol in kunnen spelen, aldus respondent 8.

Daarnaast heeft de gemeente een maatschappelijke verantwoordelijkheid om de kloof die ontstaat in de maatschappij door digitalisering op te vangen, dit wordt door alle respondenten benoemd. Zoals respondent 4 aangeeft: *“De gemeente kan helpen om programma’s op te zetten voor mensen die niet volledig meekomen in de digitale wereld en informatie hierover te delen”*. Een ander voorbeeld van hoe de kloof in digitalisering opgevangen kan worden, wordt gegeven door respondent 7: *“Misschien kunnen vrijwilligers mensen die het nodig hebben helpen om digitale consulten op te vangen, op deze manier houden we de zorg beter toegankelijk”*.

Een andere bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren is het creëren van een aantrekkelijk vestigingsklimaat voor ICT-bedrijven, met name innovatieve technologiebedrijven die gespecificeerd zijn in de zorg. Zoals respondent 1 bevestigt: *“Wij zijn de tweede ICT-stad van Nederland qua aantal bedrijven en aantal startups op het gebied van ICT. Deze bedrijven zij voor een groot deel gelinkt aan de zorg en dat proberen we ook erg te stimuleren. Samen met Campus Groningen werken we hieraan en dit zit dan ook in ons economisch beleid verankerd”*.

4.2.4.2. Belangrijkste bevindingen

Een samenvatting van de belangrijkste resultaten rondom digitalisering is in tabel 10 weergegeven.

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Ontstaan van kloof in de maatschappij → risico voor preventie • Mensen die digitaal achterblijven lopen het risico om zorg te vermijden • Databeveiliging • Afhankelijkheid van systemen • Tekort aan ICT-personeel • Digitalisering kan een nog hogere zorgvraag creëren
Positieve ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisering kan de werkdruk van zorgpersoneel verlagen

	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht in zorggegevens geeft patiënten de kans regie over eigen gezondheid te nemen • Inzicht in gegevens geeft zorgverleners de kans om eerder in te grijpen in geval van ziekte • Door middel van KI kunnen er betere voorspellingen worden gedaan wat betreft de zorgvraag • Snellere communicatie tussen instellingen en vanuit instellingen met patiënten
Bijdrage gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • Data rondom gezondheid goed in kaart brengen en gerichtere gezondheidsinterventies in wijken opstellen • Gezondheidskloof die ontstaat door digitaliseren opvangen en digitale hulp bieden aan mensen die dat nodig hebben • Creëren van aantrekkelijk vestigingsklimaat voor innovatieve technische bedrijven die gespecificeerd zijn in de gezondheidszorg

Tabel 10: Overzicht resultaten rondom digitalisering

Samenvattend, digitalisering heeft zowel positieve als negatieve gevolgen op de gezondheidszorg. Digitalisering heeft de potentie om de zorgdruk te verlagen, maar het is belangrijk om op te passen dat de zorgvraag niet juist wordt vergroot doordat huidige systemen niet worden vervangen. Wel heeft digitalisering een hogere zorgkwaliteit tot gevolg doordat er snellere communicatie mogelijk is en zowel patiënten als dienstverleners beter inzicht hebben in gezondheidsgegevens. Een groot nadeel van digitalisering is dat er een gezondheidskloof in de maatschappij kan ontstaan omdat niet iedere inwoner op digitaal vlak kan meekomen, wat een groot risico vormt in preventie.

5. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om in ruimtelijk-economische en sociaaleconomische zin vast te stellen hoe een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie kan worden bereikt in de gemeente Groningen. De gezondheidseconomie staat namelijk onder druk van vergrijzing en personeelstekorten. Daarnaast staat de gezondheidseconomie onder druk van duurzaamheidsdoelen; de gezondheidseconomie is een vervuilende sector en moet dus vergroenen. Beleidsmakers moeten daarom scherpe beleidskeuzes maken; om de verwachte druk op de gezondheidszorg op te kunnen vangen en daarnaast de duurzaamheidsdoelen te behalen, zullen er nu stappen moeten worden genomen. Het PBL (2023) raadt daarom aan om vanuit toekomstscenario's terug te redeneren naar huidige beleidsplannen en op basis hiervan beslissingen te nemen.

Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag in dit onderzoek:

“Wat is de impact van huidige keuzes in ruimtelijk-economisch en sociaaleconomisch beleid op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie in de gemeente Groningen?”

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden heeft de onderzoeker gefocust op vier ruimtelijk-economische factoren, bestaande uit: regionale ontwikkeling, gezonde verstedelijking, locatiefactoren en brain drain. Daarnaast zijn er vier sociaaleconomische factoren onderzocht, namelijk: sociaaleconomische status, toegang tot zorg, vergrijzing en digitalisering. In het theoretisch kader zijn deze factoren beschreven op basis van de wetenschappelijke literatuur. Vervolgens zijn in het beleidskader de huidige beleidsplannen en daarnaast de toekomstdoelen van de gemeente Groningen beschreven omtrent de gezondheidseconomie. Hieruit volgde het conceptueel model (sectie 2.4.). Daaropvolgend is het conceptueel model onderzocht, specifiek voor de gemeente Groningen, door bij negen experts diepte-interviews af te nemen. Deze experts zijn onder te verdelen in vijf respondentencategorieën, zoals gepresenteerd in sectie 3.2. In hoofdstuk vier zijn de resultaten gepresenteerd en per factor besproken.

Dit onderzoek draagt bij aan huidige maatschappelijke kwesties, gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. Door verschillende scenario's te analyseren en op basis hiervan terug te redeneren naar het heden heeft dit onderzoek een unieke insteek en dit is dan ook de bijdrage die dit onderzoek levert aan de wetenschappelijke literatuur. Daarnaast gebruikt dit onderzoek verschillende perspectieven op de gezondheidseconomie door respondenten te interviewen met verschillende achtergronden. Deze integrale aanpak zorgt voor een maatschappelijke discussie waar beleidsmakers adviezen uit kunnen winnen.

Hieronder volgt een discussie van de resultaten en de beantwoording van de onderzoeksvragen.

5.1. Beantwoording onderzoeksvragen

In dit onderzoek zijn twee deelvragen gehanteerd om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag. Deze deelvragen luiden als volgt:

1. *Wat is de toekomst van de gezondheidseconomie als de gemeente Groningen de huidige koers blijft varen?*
2. *Wat kan de gemeente Groningen doen om een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie te bereiken in 2050?*

In hoofdstuk vier zijn de resultaten van de interviews besproken en gepresenteerd per ruimtelijke-economische factor of sociaaleconomische factor, conform het conceptueel model. De resultaten zijn per factor onderverdeeld in knelpunten, positieve ontwikkelingen en de bijdrage die de gemeente

Groningen kan leveren. De knelpunten en positieve ontwikkelingen vormen een antwoord op deelvraag één, de bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren vormt een antwoord op deelvraag twee.

Uit het conceptueel model volgde dat het beleid rondom de factoren bepaalt wat de invloed van de factoren is op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. Daarnaast werd duidelijk dat het behalen van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie afhankelijk is van huidige beleidskeuzes omtrent de besproken factoren.

Ondanks dat in de resultaten sectie verschillende factoren en verschillende toekomstscenario's zijn besproken, blijkt dat er in de antwoorden van de respondenten veel overlap zit. Dit komt doordat de besproken factoren in verbinding staan met elkaar en ondanks dat de factoren een verschillende invloed hebben op de gezondheidseconomie, toch vaak dezelfde knelpunten en ontwikkelingen tot gevolg hebben omdat de factoren in verbinding staan. Hieruit volgt dat ook in de bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren overlap zit.

Tabel 11 geeft een overzicht van de belangrijkste knelpunten en de positieve ontwikkelingen in het huidige ruimtelijk-economische en sociaaleconomische beleid omtrent de gezondheidseconomie en de bijbehorende implicaties voor de toekomst. De tabel geeft een antwoord op deelvraag één.

	Knelpunten	Positieve ontwikkelingen
Ruimtelijk-economische factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn verschillen tussen wijken en er is behoefte aan meer gemengde wijken • De concurrentiepositie van Groningen moet versterkt worden • Langetermijninvesteringen worden vaak niet meegenomen in de planning • De verwachte daling van de bevolkingsgroei leidt tot een kleiner arbeidspotentieel en lagere winstmarges in de regio • Er is een tekort aan ruimte in de stad, waardoor er geen plek is voor zorgvoorzieningen • De inrichting van het zorgsysteem is afhankelijk van de ruimtelijke indeling van de regio • Het aanbod van eerstelijnszorg in de regio moet gegarandeerd worden om wonen en werken daar aantrekkelijk te houden 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovatie bevorderen: dit creëert een aantrekkelijk vestigingsklimaat en trekt meer arbeidspotentieel aan • Overgang van een concurrentiemodel naar een samenwerkingsmodel • Nieuwe beleidsplannen op een geïntegreerde en systematische manier uitvoeren • Vorming van kennisclusters voor onderzoek en ontwikkeling • Specialistische zorg centraliseren en eerstelijnszorg regionaal spreiden • De woon-werkafstand tussen Noord- en West-Nederland wordt korter door de aanleg van de Lelylijn • Ontwikkeling van innovatieve banen in de gezondheidseconomie van Noord-Nederland die aansluiten bij de kennis en expertise van de regio
Sociaal-economische factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Het gebrek aan gemengde wijken leidt tot wijken met een lagere sociaaleconomische 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebiedsontwikkelingsplannen richten zich op het creëren van gemengde wijken

	<p>status, dit beïnvloedt de zorgvraag negatief en vermindert het aantal deelnemers op de arbeidsmarkt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er ontstaat een tweedeling in de maatschappij wat betreft toegang tot zorg, wat ook preventieve maatregelen in gevaar brengt • Er is sprake van dubbele vergrijzing • Regionale verschillen in vergrijzing zijn merkbaar, met een grotere impact in landelijke gebieden • De zorgkosten voor ouderen zijn hoog en zullen verder stijgen door vergrijzing • Mensen die niet digitaal vaardig zijn, lopen het risico om zorg te vermijden • Digitalisering kan de zorgvraag verder doen toenemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verkorte opleidingen voor ervaren personen om sneller en eenvoudiger in te stromen in beroepen waar een tekort aan is • Verandering in de denkwijze: meer nadruk op preventie en levenskwaliteit in plaats van behandeling • Digitalisering kan de werkdruk van zorgpersoneel verminderen • Toegang tot gegevens biedt zorgverleners de mogelijkheid om eerder in te grijpen bij ziekte • Digitalisering zorgt voor snellere communicatie tussen instellingen en met patiënten
--	--	--

Tabel 11: Beantwoording van deelvraag 1

Kortom, de toekomst van de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen wordt belemmerd door bovenstaande knelpunten. De belangrijkste hiervan zijn een te zwakke concurrentiepositie, ruimtegebrek, het garanderen van voldoende aanbod van eerstelijnszorg, dubbele vergrijzing, verhoogde zorgkosten en een toenemende kloof in de maatschappij door digitalisering. Echter zijn er ook positieve ontwikkelingen in het huidige beleid van de gemeente Groningen, namelijk: focus op innovatie, meer samenwerkingen, vorming van kennisclusters, gebiedsontwikkelingsplannen die zich richten op het vormen van gemengde wijken, preventie en daarnaast zorgt digitalisering voor betere inzichten in geval van ziekte wat de kwaliteit van de zorg verbetert.

Vervolgens wordt in de tabel 12 een overzicht gegeven van de bijdrage die de gemeente Groningen kan leveren aan het behalen van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. Tabel 12 geeft een antwoord op deelvraag twee.

Bijdrage gemeente Groningen	
Ruimtelijk-economische factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen van strikte voorwaarden in het vestigingsbeleid • Ontwikkelen van een duidelijk regiobeeld • Gezondheidsbeleid integreren met innovatiebeleid • Focus leggen op de lokale en regionale zorgverlening • Anderen stimuleren klimaatadaptieve keuzes te maken: aanjaagfunctie vervullen • Gezonde verstedelijking herhaaldelijk op de agenda zetten • Met lokale burgerinitiatieven samenwerken • Het aantrekkelijk maken van wonen en werken in de gemeente Groningen

	<ul style="list-style-type: none"> • Brede blik aannemen: inspelen op de sterke punten van de regio Groningen en coöpereren met andere regio's • Creëren van banen die het maatschappelijk belang van de regio benadrukken
Sociaal-economische factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Het inzetten van gemengde wijken als sturingsinstrument • Een actieve rol spelen in het motiveren van mensen om een gezonde levensstijl aan te nemen • Een integrale visie hanteren • Kinderen voorlichten over het belang van een gezonde en actieve levensstijl • Anticiperen op de arbeidstekorten in de zorg door de arbeidstekorten specifiek in kaart te brengen en hierop in te spelen met gerichte omscholingscursussen • Gezondheidsdata duidelijk in kaart brengen en gerichte gezondheidsinterventies voor wijken ontwikkelen • De gezondheidskloof die ontstaat door digitalisering opvangen en digitale ondersteuning bieden aan mensen die dit nodig hebben

Tabel 12: Beantwoording van deelvraag 2

Concluderend, dit onderzoek keek naar het huidige ruimtelijk-economische en sociaaleconomische beleid omtrent de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen en had als doel de knelpunten en positieve ontwikkelingen vast te stellen die invloed hebben op het bereiken van een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie. Hoewel er knelpunten zijn vastgesteld in het huidige beleid, zoals ruimtegebrek, een potentieel lagere concurrentiepositie van de regio en dubbele vergrijzing, zijn er ook genoeg positieve ontwikkelingen zoals een focus op innovatie, samenwerkingen en het hanteren van een integrale visie. De belangrijkste implicaties hiervan zijn opgesomd in tabel 11. Verder biedt dit onderzoek inzichten voor beleidsmedewerkers van de gemeente Groningen en in tabel 12 zijn dan ook potentiële beleidsverbeteringen aangegeven. De gemeente Groningen kan bijdragen door onder andere gemengde wijken te creëren, gezondheidsbeleid te stroomlijnen met innovatiebeleid en digitale ondersteuning te bieden aan inwoners met een digitale achterstand. De resultaten zijn in lijn met de verwachtingen van dit onderzoek die in sectie 2.4. zijn gepresenteerd.

5.2. Discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek

Tot slot zijn er een aantal opmerkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Dit is ter aanvulling op sectie 3.5 waarin de beperkingen van dit onderzoek reeds zijn besproken.

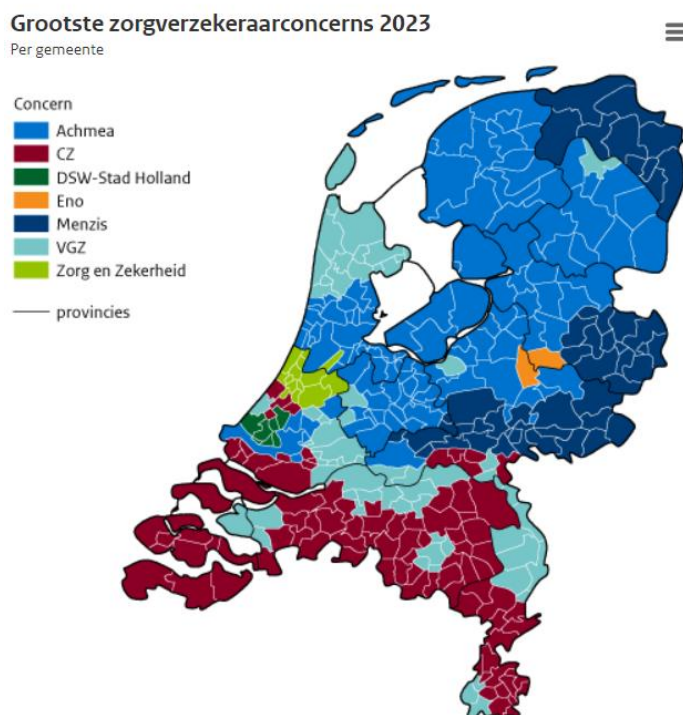
Ten eerste zal de onderzoeker aanraden om voor toekomstig onderzoek de focus onder andere te leggen op andere gemeenten en vervolgens de resultaten te vergelijken. Op basis van de afgenomen interviews in dit onderzoek zijn er verschillende suggesties gedaan door respondenten. Met name gemeenten in de provincie Groningen waar vergrijzing een grotere rol speelt dan in de gemeente Groningen zijn hiervoor interessant en kunnen tot nieuwe inzichten leiden, een voorbeeld is gemeente Het Hogeland. Daarnaast zou toekomstig onderzoek kunnen focussen op gemeenten waarin de gemiddelde sociaaleconomische status lager ligt dan in de gemeente Groningen, een voorbeeld zou zijn gemeente Oldambt. Bij dit toekomstig onderzoek zou de rol van vergrijzing en sociaaleconomische status onderzocht kunnen worden.

Ten tweede raadt de onderzoeker aan om het aantal respondenten categorieën uit te breiden, zodat de mate van datasaturatie hoger wordt. Daarnaast kunnen nieuwe respondenten met andere achtergronden leiden tot hernieuwde visies. Een voorbeeld van een respondentencategorie dat zou kunnen worden toegevoegd zijn eerstelijnszorginstellingen. Uit dit onderzoek blijkt dat eerstelijnszorginstellingen, zoals

huisartsen, een grote rol spelen in een toekomstbestendige en duurzame zorg economie. Een andere relevante respondentencategorie dat toegevoegd zou kunnen worden in verder onderzoek zijn inwoners van de desbetreffende gemeente. Inwoners hebben direct te maken met de (toegang tot de) gezondheidseconomie en spelen daarom een actieve rol in het behalen van een duurzame en toekomstbestendige sector. Een uitbreiding van de respondentencategorieën verhoogt de mate van datasaturatie en kan tot nieuwe inzichten leiden.

Ten derde, raadt de onderzoeker aan om een beter bestuurskundig onderscheid te maken tussen welke functie de gemeente Groningen, de provincie Groningen en de Rijksoverheid bekleden. In toekomstig onderzoek kunnen andere overheidslagen worden meegenomen in het onderzoek om duidelijker te onderscheiden op welk overheidsniveau bepaalde besluiten worden genomen.

Ten vierde, terugkijkend op dit onderzoek vanuit een economisch geografisch perspectief was het van belang geweest om de regionale binding van de zorgverzekeraar met de regio Groningen verder te onderzoeken. Dit raadt de onderzoeker dan ook aan voor verder onderzoek. Zoals weergegeven in figuur 15 is Menzis de grootste zorgverzekeraar in Groningen. Daarnaast is af te leiden uit figuur 15 dat er sprake is van regionale spreiding van zorgverzekeraars. Het effect van deze regionale spreiding is in dit onderzoek niet onderzocht. Om tot minder regionaal gebonden en objectievere resultaten te komen is het van belang dat andere zorgverzekeraars deelnemen aan het onderzoek.



Figuur 15: Regionale spreiding van grootste zorgverzekeraars in 2023 (RIVM, 2023)

Tot slot wordt de rol van de toekomstscenario's van het PBL beschreven. Zoals besproken in sectie 3.3. waren de toekomstscenario's van het PBL een middel om de respondenten te helpen een antwoord te formuleren op de vragen van de interviews. De toekomstscenario's waren bedoeld om houvast te geven aan de respondenten en hen te helpen een toekomstscenario voor de gezondheidseconomie te visualiseren. Echter blijkt na het afnemen van de interviews dat de respondenten de toekomstscenario's beperkt nodig hadden omdat zij allemaal al een toekomstbeeld van de gezondheidseconomie hebben en

vanuit dit beeld terug konden redeneren naar het heden. Wel zijn de scenario's besproken in de interviews en uit de interviews blijkt dat ondanks dat de scenario's erg verschillend zijn, de scenario's veelal leiden tot dezelfde knelpunten en positieve ontwikkelingen. Dit leidt vervolgens tot overeenkomstige overheidsacties. In dit onderzoek zijn echter alleen experts geïnterviewd, maar voor verder onderzoek raadt de onderzoek aan om onder andere inwoners deel te laten nemen aan het onderzoek. In verder onderzoek moet onderzocht worden of inwoners een net zo'n duidelijk toekomstbeeld hebben gevisualiseerd als de experts en of de rol van de toekomstscenario's van het PBL voor inwoners een middel kan zijn om te helpen met deze toekomstvisualisatie. Daarnaast zijn de scenario's van het PBL niet specifiek voor de gezondheidseconomie geschreven, dus voor toekomstig onderzoek kan het nuttig zijn om toekomstscenario's te gebruiken die gericht aansluiten op de gezondheidssector.

6. Bronnenlijst

- Abbasiharofteh, M. (2020). Endogenous effects and cluster transition: a conceptual framework for cluster policy. *European Planning Studies*, 28(12), 2508-2531. <https://doi.org/10.1080/09654313.2020.1724266>.
- Amoah, P. A., Edusei, J. & Amuzu, D. (2018). Social networks and health: Understanding the nuances of healthcare access between urban and rural populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050973>.
- Andersson, M. & Koster, S. (2011). Sources of persistence in regional start-up rates-evidence from Sweden. *Journal of Economic Geography*, 11(1), 179-201. <https://doi.org/10.1093/jeg/lbp069>.
- Andersson, M. & Koster, S. (2016). Local industry structure as a resource-base for entrepreneurship: Implications for smart specialization strategies. In P. McCann, F. Van Oort, & J. Goddard (Eds.), *The empirical and institutional dimensions of smart specialisation* (p. 39-56). (Regions and Cities; Vol. 112). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315526218-13>.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 5, 941-973.
- Aspers, P. & Corte, U. (2019). What is Qualitative in Qualitative Research. *Qualitative Sociology*, 42(2), 139-160. <https://doi.org/10.1007/s11133-019-9413-7>.
- Bathelt, H. & Glückler, J. (2014). Institutional change in economic geography. *Progress in Human Geography*, 38(3), 340-363. <https://doi.org/10.1177/0309132513507823>.
- Bell, R., Taylor, S. & Marmot, M. (2010). Global Health Governance: Commission on Social Determinants of Health and the Imperative for Change. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 38(3), 470-486. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2010.00506.x>.
- Berlinger, N. & Solomon, M. Z. (2018). Becoming Good Citizens of Aging Societies. *Hastings Center Report* (Vol. 48), 2-9. <https://doi.org/10.1002/hast.905>.
- Bhardwaj, B. & Sharma, D. (2023). Migration of skilled professionals across the border: Brain drain or brain gain? *European Management Journal*, 41(6), 1021-1033. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2022.12.011>.
- Birch, S. & Gafni, A. (2013). Health Economics. In: *Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine*. (p. 915-917). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_888.
- Boc, E. (2020). Brain drain in the EU: Local and regional public policies and good practices. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 16(59), 23-39. <https://doi.org/10.24193/tras.59E.2>.
- CBS. (2021, December 16). *Kernprognose 2021-2070: Bevolkingsgroei trekt weer aan*. Statistische Trends. Geraadpleegd op 13 november 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/kernprognose-2021-2070-bevolkingsgroei-trekt-weeraan?onepage=true#:~:text=Volgens%20de%20nieuwe%20Kernprognose%20van,volgens%20de%20prognose%20uit%202020>.
- CBS. (2022a). *Hoe oud zijn mensen in Nederland?* Geraadpleegd op 11 november 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking-junior/hoe-oud-zijn-mensen-in-nederland->

- CBS. (2022b, December 16). *Prognose: meer inwoners door migratie*. Geraadpleegd op 4 november 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/50/prognose-meer-inwoners-door-migratie>.
- Chigbu, U. E. (2019). Visually hypothesising in scientific paper writing: Confirming and refuting qualitative research hypotheses using diagrams. *Publications*, 7(1), 1-18. <https://doi.org/10.3390/PUBLICATIONS7010022>.
- Cicerone, G., McCann, P. & Venhorst, V. A. (2020). Promoting regional growth and innovation: Relatedness, revealed comparative advantage and the product space. *Journal of Economic Geography*, 20(1), 293-316. <https://doi.org/10.1093/jeg/lbz001>.
- Cooke, P. & Leydesdorff, L. (2006). Regional development in the knowledge-based economy: The construction of advantage. *Journal of Technology Transfer*, 31(1), 5-15. <https://doi.org/10.1007/s10961-005-5009-3>.
- Corsini, V. (2015). Inequalities in life expectancy by socioeconomic status in the EU. *European Journal of Public Health*, 25(suppl_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv168.024>.
- CPB. (2024). *Zorg*. Economische Beleidsanalyse. Geraadpleegd op 10 februari 2024, van <https://www.cpb.nl/zorg#>.
- CPB, PBL, & SCP. (2022). *Verankering van brede welvaart in de begrotingssystematiek*. Geraadpleegd op 18 januari 2024, van <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/06/30/verankering-van-brede-welvaart-in-de-begrotingssystematiek>.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Londen: Sage publications.
- Delfmann, H. & Koster, S. (2016). The effect of new business creation on employment growth in regions facing population decline. *Annals of Regional Science*, 56(1), 33-54. <https://doi.org/10.1007/s00168-015-0738-1>.
- Distanont, A. & Khongmalai, O. (2020). The role of innovation in creating a competitive advantage. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 41(1), 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.kjss.2018.07.009>.
- Fuchs, V. R., & Zeckhauser, R. (1987). Valuing health--a "priceless" commodity. *American Economic Review*, 77(2), 263-268.
- Fusch, P. I. & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qualitative Report*, 20(9), 1408-1416. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>.
- Gariboldi, M. I., Chen, M., Wei, Y., Xu, S., Galea, G., & Lee, S. (2023). Towards digital healthy ageing: the case of Agatha and priorities moving forward. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 35, 1-7 . <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100649>.
- Gemeente Groningen. (2020). *Economische Agenda 2020-2022: "Groningen. Your Business, Your Future."* Gemeenteraad Groningen. Geraadpleegd op 19 december 2023, van <https://gemeenteraad.groningen.nl/Documenten/Bijlage-economische-agenda2020-2022-1.pdf>.
- Gemeente Groningen. (2023). *Economische Agenda 2023-2026: Met energie naar de toekomst voor een groene en eerlijke economie*. Geraadpleegd op 14 december 2023, van <https://gemeente.groningen.nl/file/economische-agenda-2023-2026>.

- Glied, S. & Lleras-Muney, A. (2008). Technological innovation and inequality in health. *Demography*, 45(3), 741-761. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0017>.
- Green Deal. (2022). *Green Deal Samen werken aan duurzame zorg (Green Deal 3.0)*. Geraadpleegd op 8 februari 2024, van <https://www.greendeals.nl/green-deals/green-deal-samen-werken-aan-duurzame-zorg-green-deal-30>.
- Groninger Dorpen. (2024). *Nij Begun voor Dorpen*. Nij Begun. Geraadpleegd op 4 maart 2024, van <https://groningerdorpen.nl/nij-begun/#:~:text=In%20de%20sociale%20agenda%20wordt,dorpen%20en%20buurt%2D%20en%20dorpshuizen>.
- Groninger Ondernemers Courant. (2022, Oktober 11). *Noord-Nederland koploper EU in Healthy Ageing*. Geraadpleegd op 6 november 2023, van <https://www.groningerondernemerscourant.nl/nieuws/noord-nederland-koploper-eu-in-healthy-ageing>.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-225. <https://doi.org/10.1086/259880>.
- Haines, A. & Ebi, K. (2019). The Imperative for Climate Action to Protect Health. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 263-273. <https://doi.org/10.1056/nejmra1807873>.
- Haines, A. & Scheelbeek, P. (2020). European Green Deal: a major opportunity for health improvement. *The Lancet*, 1327-329. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30109-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30109-4).
- HANNN. (2023). *Over Ons*. Over HANNN. Geraadpleegd op 14 november 2023, van <https://www.hannn.eu/over-hannn>.
- Hayashi, C., Olkkonen, H., Sikken, B. J. & Yermo, J. (2010). Transforming pensions and health care in a rapidly ageing world: Opportunities and collaborative strategies. *Pensions*, 15(3), 161-174. <https://doi.org/10.1057/pm.2010.22>.
- Hellenthal, A. (2012). Verpleegkundigen aan het werk. *Sociaaleconomische Trends*, 1e kwartaal 2012. Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van Der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online)*, 343(7817), 1-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.
- Hurley, J., Mentzakis, E. & Walli-Attaei, M. (2020). Inequality aversion in income, health, and income-related health. *Journal of Health Economics*, 70, 2-59. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102276>.
- Iammarino, S., Rodríguez-Pose, A. & Storper, M. (2017). Why Regional Development matters for Europe's Economic Future. *Regional and Urban Policy Working Papers (European Commission)*, 7.
- Jakovljevic, M. M. & Ogura, S. (2016). Health economics at the crossroads of centuries – From the past to the future. *Frontiers in Public Health*, 4, 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00115>.
- Jevtic, M. (2023). Green Deal and Climate Pact as a Lighthouse and for Public Health in Europe. *European Journal of Public Health*, 33(2), 197. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.504>.

- Jochimsen, B. (2021). Digitalisation for Health — Some Economic Aspects. *Wirtschaftsdienst*, 101(5), 376-380. <https://doi.org/10.1007/s10273-021-2916-3>.
- Joubish, M. F., Khurram, M. A., Ahmed, A., Fatima, S. T., & Haider, K. (2011). Paradigms and characteristics of a good qualitative research. *World Applied Sciences Journal*, 12(11), 2082-2087.
- Kaihlanen, A. M., Laukka, E., Nadav, J., Närvänen, J., Saukkonen, P., Koivisto, J. & Heponiemi, T. (2023). The effects of digitalisation on health and social care work: a qualitative descriptive study of the perceptions of professionals and managers. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09730-y>.
- Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1632-1641. <https://doi.org/10.1177/1049732309350879>.
- Kakilla, C. (2021). Strengths and Weaknesses of Semi-Structured Interviews in Qualitative Research : A Critical Essay. *Preprints*, 1-4. <https://doi.org/https://doi.org/10.20944/preprints202106.0491.v1>.
- Keim-Klärner, S., Adebahr, P., Brandt, S., Gamper, M., Klärner, A., Knabe, A., Kupfer, A., Müller, B., Reis, O., Vonneilich, N., Ganser, M. A., de Bruyn, C. & von der Lippe, H. (2023). Social inequality, social networks, and health: a scoping review of research on health inequalities from a social network perspective. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01876-9>.
- Lehmann, S. (2021). Growing biodiverse urban futures: Renaturalization and rewilding as strategies to strengthen urban resilience. *Sustainability*, 13(5), 1-15. <https://doi.org/10.3390/su13052932>.
- Lenzen, M., Malik, A., Li, M., Fry, J., Weisz, H., Pichler, P. P., Chaves, L. S. M., Capon, A. & Pencheon, D. (2020). The environmental footprint of health care: a global assessment. *The Lancet Planetary Health*, 4(7), 271-279. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30121-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30121-2).
- Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H. & Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *European Journal of General Practice*, 27(1), 198-210. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616>.
- Li, N. & Wu, D. (2022). Education Level, Underemployment, and Health. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.708454>.
- Lloyd, L. (2012). Health and care in ageing societies: A new international approach. *Health and care in ageing societies: A new international approach*, 43(1), 148. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft178>.
- Luo, J., Chan, E. H. W., Du, J., Feng, L., Jiang, P. & Xu, Y. (2022). Developing a Health-Spatial Indicator System for a Healthy City in Small and Midsized Cities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1-20. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063294>.
- Mackett, R. L. & Thoreau, R. (2015). Transport, social exclusion and health. *Journal of Transport and Health*, 2(4), 610-617. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2015.07.006>.
- McMaughan, D. J., Oloruntoba, O. & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>.

- Merriam, S. B. (2009). *Dealing with validity, reliability, and ethics. Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. 4e editie. San Francisco: Wiley Brand.
- Navarro-Carrillo, G., Alonso-Ferres, M., Moya, M. & Valor-Segura, I. (2020). Socioeconomic Status and Psychological Well-Being: Revisiting the Role of Subjective Socioeconomic Status. *Frontiers in Psychology, 11*, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01303>.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022, Oktober 13). De zorg heeft een kritisch punt bereikt. *Stand van de Zorg 2022*. Geraadpleegd op 17 november 2023, van <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2022/04/1-de-zorg-heeft-een-kritisch-punt-bereikt>.
- Newton, N. (2010). The use of semi-structured interviews in qualitative research: strengths and weaknesses. *Exploring Qualitative Methods, 1*, 1-11.
- NOS. (2022, Oktober 13). *Toezichthouder waarschuwt: toegang tot zorg is niet meer vanzelfsprekend*. NOS. Geraadpleegd op 15 november 2023, van <https://nos.nl/artikel/2448219-toezichthouder-waarschuwt-toegang-tot-zorg-is-niet-meer-vanzelfsprekend>.
- Noy, C. (2008). Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology, 11*(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>.
- Odone, A., Buttigieg, S., Ricciardi, W., Azzopardi-Muscat, N. & Staines, A. (2019). Public health digitalization in Europe. *European Journal of Public Health, 29*, 28-35. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz161>.
- Olesch, A. (2022). Digitalisation: a missing connector for health systems in Europe? *Changing the Policies: Towards a True European Health Union, 28*(3), 24-28.
- Otun, O. W. (2017). A spatial decision support system for special health facility location planning in developing regions. *Ethiopian Journal of Environmental Studies and Management, 9*(1), 829-840. <https://doi.org/10.4314/ejesm.v9i1.3s>.
- Pendzialek, J. B., Simic, D. & Stock, S. (2016). Differences in price elasticities of demand for health insurance: a systematic review. *European Journal of Health Economics, 17*(1), 5-21. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0650-0>.
- Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. In *Social Science and Medicine, 128*, 316-326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>.
- PBL. (2022). *Brede welvaart in de regio*. Geraadpleegd op 4 januari 2024, van [https://www.pbl.nl/brede-welvaart-in-de-regio#:~:text=Brede%20welvaart%20omvat%20alles%20wat,ontplooiing%20en%20\(on\)veiligheid](https://www.pbl.nl/brede-welvaart-in-de-regio#:~:text=Brede%20welvaart%20omvat%20alles%20wat,ontplooiing%20en%20(on)veiligheid).
- PBL. (2023a). *Vier scenario's voor de inrichting van Nederland in 2050 - Ruimtelijke Verkenning*. Geraadpleegd op 8 november 2023, van <https://www.pbl.nl/publicaties/ruimtelijke-verkenning-2023-vier-scenarios-voor-de-inrichting-van-nederland-in-2050>.
- PBL. (2023b, Maart 6). *Sociaal-economisch beleid vanuit een bredewelvaartsperspectief*. Brede Welvaart. Geraadpleegd op 10 januari 2024, van <https://www.pbl.nl/publicaties/sociaal-economisch-beleid-vanuit-een-bredewelvaartsperspectief>.

- PBL & CBS. (2022). *Regionale bevolkings- en huishoudens prognose 2022–2050: Steden en randgemeenten groeien verder*. Geraadpleegd op 12 december 2023, van <https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/pbl-cbs-2022-regionale-bevolkingsprognose-2022-2050-4977.pdf>.
- Porter, M. E. (1996). Competitive Advantage, Agglomeration Economies and Regional Policy. *International Regional Science Review*, 19(2), 85-94. <https://doi.org/10.1177/016001769601900208>.
- Quintão, C., Andrade, P. & Almeida, F. (2020). How to Improve the Validity and Reliability of a Case Study Approach? *Journal of Interdisciplinary Studies in Education*, 9(2), 264-275. <https://doi.org/10.32674/jise.v9i2.2026>.
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Cylus, J., MacKenbach, J. P., Knai, C. & McKee, M. (2013). Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381(9874), 1-11 . [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62087-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62087-X).
- Reeves, A., Fransham, M., Stewart, K. & Patrick, R. (2022). Does capping social security harm health? A natural experiment in the UK. *Social Policy and Administration*, 56(3), 345-359. <https://doi.org/10.1111/spol.12768>.
- Rijksoverheid. (2020, april 20). *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging*.
- Rijksoverheid. (2023a, Maart 20). *Windpark boven Groningen beoogd als 's werelds grootste waterstof op zee productie in 2031*. Nieuws. Geraadpleegd op 14 maart 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/03/20/windpark-boven-groningen-beoogd-als-s-werelds-grootste-waterstof-op-zee-productie-in-2031>.
- Rijksoverheid. (2023b, Juni 20). *Strategische agenda Brainport*. Documenten. Strategische agenda Brainport.
- Rijksoverheid. (2024a). *Doelen ruimtelijk beleid*. Ruimtelijke Ordening en Gebiedsontwikkeling. Geraadpleegd op 19 februari 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ruimtelijke-ordening-en-gebiedsontwikkeling/doelen-ruimtelijk-beleid>.
- Rijksoverheid. (2024b). *Duurzame Doelen*. Denk Doe Duurzaam. Geraadpleegd op 28 januari 2024, van <https://www.denkdoeduurzaam.nl/doelen>.
- Rijksoverheid. (2024c). *Meer duurzaamheid in de zorg*. Duurzame Zorg. Geraadpleegd op 3 februari 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/duurzame-zorg/meer-duurzaamheid-in-de-zorg#:~:text=Deze%203e%20Green%20Deal%20Duurzame,heeft%20op%20klimaat%20en%20milieu>.
- Rijksoverheid. (2024d). *Werking circulaire economie*. Circulaire Economie Geraadpleegd op 7 december 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/circulaire-economie/werking-circulaire-economie>.
- RIVM. (2003). *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. Geraadpleegd op 17 februari 2024, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/279601002.pdf>.
- RIVM. (2015). *Ruimte en gezondheid, een vanzelfsprekende combinatie?* . Geraadpleegd op 16 december 2023, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0002.pdf>.

- RIVM. (2020). *Landelijk beleid gezondheidsverschillen*. Gezondheidsverschillen. Geraadpleegd op 15 december 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen/landelijk-beleid>.
- RIVM. (2023). *Regionale Zorgverzekeraars*. Zorgverzekeraar. Geraadpleegd op 6 juni 2024, van <https://www.vzinfo.nl/zorgverzekering/regionaal/zorgverzekeraars>.
- RIVM. (2024). *Cijfers en feiten gezondheidsverschillen*. Gezondheidsthema's . Geraadpleegd op 12 november 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen/cijfers-en-feiten#:~:text=Een%20voorbeeld%20van%20zo'n,4%2C4%20jaar%20in%20levensverwachting>.
- Rowe, J. W. & Fried, L. P. (2013). Meeting the Health Care Needs of Aging Societies. *The Brown Journal of World Affairs*, 20(1), 102-110.
- Ruimtelijk Planbureau. (2007). Het Ruimtelijk Planbureau zet vraagtekens bij het ruimtelijk-economisch beleid. *Ruimtelijk-Economisch Beleid in de Kenniseconomie*, 1–27. https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/Ruimtelijk-economisch_beleid_in_de_kenniseconomie.pdf.
- Sanzenbacher, G. T., Webb, A., Cosgrove, C. M. & Orlova, N. (2021). Rising Inequality in Life Expectancy by Socioeconomic Status. *North American Actuarial Journal*, 25(1), 566-581. <https://doi.org/10.1080/10920277.2019.1676788>.
- Schneider-Kamp, A. (2021). Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health. *Social Theory and Health*, 19(3), 205-219. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00145-x>.
- SER. (2024, January 30). *SER roept nieuw kabinet op: 'Maak dringend meer werk van gezondheid als onderdeel van bestaanszekerheid.'* Gezond Opgroeien, Wonen En Werken. Geraadpleegd op 19 januari 2024, van <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/sociaal-economische-gezondheidsverschillen>.
- Setterfield, M. (1993). A Model of Institutional Hysteresis. *Journal of Economic Issues*, 27(3), 755-774. <https://doi.org/10.1080/00213624.1993.11505453>.
- Singh, G. & Lee, H. (2020). Marked Disparities in Life Expectancy by Education, Poverty Level, Occupation, and Housing Tenure in the United States, 1997-2014. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS (IJMA)*, 10(1), 7-18. <https://doi.org/10.21106/ijma.402>.
- Söderlund, A., Blazevidiene, A., Elvén, M., Vaskelyte, A., Strods, R., Blese, I., Paakkonen, H., Fernandes, A., Cardoso, D., Kav, S., Baskici, C. & Wiktsröm-Grotell, C. (2023). Exploring the activities and outcomes of digital teaching and learning of practical skills in higher education for the social and health care professions: a scoping review. *Discover Education*, 2(1), 1-31. <https://doi.org/10.1007/s44217-022-00022-x>.
- Swerissen, H. & Lewis, V. (2021). Primary health care in an ageing society. In *Australian Journal of Primary Health*, 27, (3), 1-3. https://doi.org/10.1071/PYv27n3_ED.
- Takano, T., Nakamura, K. & Watanabe, M. (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: The importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(12), 913-918. <https://doi.org/10.1136/jech.56.12.913>.

- Tessier, S. (2012). From field notes, to transcripts, to tape recordings: Evolution or combination? *International Journal of Qualitative Methods*, 11(4), 446-460. <https://doi.org/10.1177/160940691201100410>.
- Turner, H. C., Sandmann, F. G., Downey, L. E., Orangi, S., Teerawattananon, Y., Vassall, A. & Jit, M. (2023). What are economic costs and when should they be used in health economic studies? In *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21(1), 21-31. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00436-w>.
- van Hoorn, A. (2024). *De onmisbare rol van MedTech in de gezondheidstransitie*. Life Sciences and Health. Geraadpleegd op 14 maart 2024, van https://www.nom.nl/media/kennisblogs/anneke-van-hoorn-de-onmisbare-rol-van-medtech-in-de-gezondheidstransitie/?utm_source=nieuwsbrief&utm_medium=email&utm_campaign=eNOMMERmaart2024&utm_term=-+%2B-----%2B*%2F-----++-%2B%2B%2B--+%2B%2B----++*---+%2F-+++-%2B-%2B-+%2B++-+-+%2F+-+-%2B%2B%2B++-+-+%2B%2B#msdyntrid=379kL_ABHvGTgpI5cK17-hE5cpyVRI49RbiHnmmhyXI.
- Van Oort, F. (2015). Unity in variety? Agglomeration economics beyond the specialization–diversity controversy. *Handbook of Research Methods and Applications in Economic Geography*, 1, 259-271. <https://doi.org/10.4337/9780857932679.00019>.
- van Sloun, J. (2023). Rationalizable behavior in the Hotelling–Downs model of spatial competition. *Theory and Decision*, 95(2), 309-335. <https://doi.org/10.1007/s11238-022-09922-8>.
- Venhorst, V. A., Edzes, A. J. E., Broersma, L., & Dijk, J. V. (2011). *Brain drain of brain gain? Hoger opgeleiden in grote steden in Nederland*. s.n.
- Vogt, J. (2021). The european blueprint on digital transformation of health and care for the ageing society. In *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 151-153. <https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC20404>.
- VWS. (2020). *Gezondheid breed op de agenda*. Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024. Geraadpleegd op 13 januari 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2020-2024>.
- Whittemore, R., Chase, S. K. & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537. <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>.
- Woittiez, I., Ras, M., Eggink, E. & Verbeek-Oudijk, D. (2021). Vraag naar publieke zorg zal extra stijgen door achterblijven aanbod informele hulp. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 99(2), 47-53. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00295-x>.
- Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S. & Bengel, J. (2018). Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems, in: *International Perspectives on Aging. International Perspectives on Aging* (p. 193–212). https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13.
- ZonMw. (2023). *Sociaal Domein*. Geraadpleegd op 30 oktober 2023, van <https://www.zonmw.nl/nl/sociaal-domein>.
- Zwaving, M. J. (2017, May 24). *Healthy Ageing Visie en het nieuwe gezondheidsbeleid*. Gemeente Groningen. Geraadpleegd op 28 januari 2024, van

<https://gemeenteraad.groningen.nl/Documenten/Healthy-Ageing-Visie-en-het-nieuwe-gezondheidsbeleid-1.pdf>.

7. Appendix

Hieronder volgen de bijlagen van dit onderzoek.

Appendix 1: Interview handleiding

“Geeft u toestemming dat dit interview wordt opgenomen? Er zal volstrekt vertrouwelijk met uw gegevens worden omgegaan”.

“Geeft u toestemming dat dit interview naderhand wordt uitgewerkt; dus dat het audio bestand wordt omgezet naar tekst?”

Naam

Organisatie

Functie bij organisatie

Algemene beschrijving organisatie

Wat is de link met uw organisatie en de gezondheidseconomie?

Welke rol speelt uw organisatie in de gezondheidseconomie?

Scenario: Mondiaal Ondernemend

Scenario: Groen Land

Ruimtelijk economische factoren:

- ➔ Welke positieve/negatieve effecten kunt u noemen van wat betreft een duurzame/ toekomstbestendige gezondheidseconomie (in scenario MO/ GL)
- ➔ Of anders geformuleerd, welke rol speelt in scenario MO/GL in de gezondheidseconomie? (het bereiken van een duurzame/toekomstbestendige)
- ➔ Welke rol speelt uw organisatie hierin? Wat kan uw organisatie hieraan bijdragen?

- Regionale ontwikkeling (welvaart van regio, werkgelegenheid, competitief voordeel, slimme specialisatie)
- Gezonde verstedelijking (toegang tot groen, uitstoot van een stad, groene ruimtes, hittestress)
- Locatiefactoren (afstand tot zorginstellingen, stad vs. platteland, clusters en knowledge spillovers).
- Brain drain

Sociaal economische factoren:

- ➔ Welke positieve/negatieve effecten kunt u noemen van wat betreft een duurzame/ toekomstbestendige gezondheidseconomie (in scenario MO/ GL)
- ➔ Of anders geformuleerd, welke rol speelt in scenario MO/GL in de gezondheidseconomie? (het bereiken van een duurzame/toekomstbestendige)
- ➔ Welke rol speelt uw organisatie hierin? Wat kan uw organisatie hieraan bijdragen?

- Sociaaleconomische status (inkomen, opleiding, levensverwachting)
- Toegang tot zorg (sociale participatie, netwerken, inkomensondersteuning, gezondheidsongelijkheden)
- Vergrijzing (preventie, passende zorg)

- Digitalisering (digitale platforms, digitale leeromgevingen, verlagen van werkdruk)

Slotvragen

Welke rol kan uw organisatie spelen in het bereiken van een duurzame/ toekomstbestendige gezondheidseconomie?

- Wat voor toekomst ziet u voor zich voor de gezondheidseconomie als het huidige beleid wordt aangehouden?
- Welke veranderingen zouden er (beleidsmatig) moeten plaatsvinden om een duurzame en toekomstbestendige toekomst te waarborgen? (en wat kan uw organisatie hieraan bijdragen)

Appendix 2: Informatiedocument

1. Hoofdstuk 2.3. Uitleg toekomstscenario's van het PBL (2023).

2. Gespreksonderwerpen

Ruimtelijk economische factoren:

- Regionale ontwikkeling (welvaart van regio, werkgelegenheid, competitief voordeel, slimme specialisatie)
- Gezonde verstedelijking (toegang tot groen, uitstoot van een stad, groene ruimtes, hittestress)
- Locatiefactoren (afstand tot zorginstellingen, stad vs. platteland, clusters en knowledge spillovers).
- Brain drain

Sociaal economische factoren:

- Sociaaleconomische status (inkomen, opleiding, levensverwachting)
- Toegang tot zorg (sociale participatie, netwerken, inkomensondersteuning, gezondheidsongelijkheden)
- Vergrijzing (preventie, passende zorg)
- Digitalisering (digitale platforms, digitale leeromgevingen, verlagen van werkdruk)

3. Onderzoeksvraag

Wat is de impact van huidige keuzes in ruimtelijk-economisch en sociaaleconomisch beleid op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie in de gemeente Groningen?

1. Wat is de toekomst van de gezondheidseconomie als de gemeente Groningen de huidige koers blijft varen?
2. Wat kan de gemeente Groningen doen om een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie te bereiken in 2050?

Appendix 3: Deelnemersovereenkomst

Deelname in: Afstudeerscriptie Sophie van Bergen

Instelling: Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit: Ruimtelijke Wetenschappen

Studentnummer: S3160238

Titel: Toekomstscenario's van de gezondheidseconomie in de gemeente Groningen

Subtitel: Een focus op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie

Naam deelnemer:

Organisatie deelnemer:

Emailadres deelnemer:

Telefoonnummer deelnemer:

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe er beleidsmatig kan worden aangestuurd op een duurzame en toekomstbestendige gezondheidseconomie in de gemeente Groningen en welke stappen actoren in deze sector kunnen nemen.

- Ik heb het bijgevoegde informatiedocument van dit onderzoek gelezen en begrijp deze.
- Ik heb de kans gehad om een discussie te voeren over de onderwerpen en ben tevreden met de antwoorden die ik heb gegeven.
- Ik begrijp dat deelname aan dit onderzoek vrijwillig is en dat ik het recht heb mij te allen tijde terug te trekken uit dit onderzoek en dat ik het recht heb antwoorden op vragen te weigeren. Dit is geldig totdat het onderzoek is gepubliceerd.
- Ik begrijp dat deelname aan dit onderzoek volstrekt vertrouwelijk is. Zonder vooraf gegeven toestemming zal er geen materiaal worden gebruikt dat mij persoonlijk kan identificeren.
- Ik begrijp dat de data verkregen uit dit onderzoek kan worden gebruikt in artikelen, hoofdstukken en presentaties, zowel gepubliceerd als ongepubliceerd.
- Ik begrijp dat alle informatie die ik geef vertrouwelijk bewaard zal worden, ofwel in een afgesloten fysieke ruimte of in een beschermde computer dat wachtwoord versleuteld is.

Omcirkel het volgende met JA of NEE:

Ik geef toestemming om de audio van dit interview op te nemen	JA/NEE
Ik blijf voor dit onderzoek graag anoniem	JA/NEE
<i>In geval van JA:</i>	
Mijn voornaam kan gebruikt worden voor dit onderzoek:	JA/NEE
<i>In geval van NEE</i>	
Een zelfgekozen pseudoniem kan gebruikt worden voor dit onderzoek:	JA/NEE

“Ik ga akkoord met bovenstaande voorwaarden en bevestig dat ik een kopie van zowel het informatiedocument als van de deelnameovereenkomst heb gekregen. Ik bevestig mijn deelname aan het onderzoek.”

Handtekening deelnemer..... Datum.....

“Ik ga akkoord met bovenstaande voorwaarden en verzeker dat bovenstaande voorwaarden gerespecteerd zullen worden tijdens het onderzoek.”

Handtekening onderzoeker..... Datum.....