

Master Thesis

Health in shrinking regions



Breaking the downward spiral of shrinkage, socio-economic status and health

Final Version
21-11-2019
Josien Muns
S1029379



Radboud University

Master Thesis Human Geography

Track: Economic Geography

Thesis mentor Radboud University: Arnoud Lagendijk

Internship organization: Witteveen+Bos Deventer

Internship mentor: Peter van Weelden

Second internship mentor: Koen Haans

Number of words: 26734

Radboud Universiteit



Preface

Before you lies my master thesis “Health in shrinking regions”. This thesis marks the end of my master program Human Geography, track Economic Geography at the Radboud University Nijmegen. This thesis combines spatial inequality, economic processes and political influence, and tries to investigate and explain the complex relationships between them. I want to use this preface to thank some people who have helped me complete this thesis. Firstly I want to thank my mentor from the Radboud University, Arnoud Lagendijk, who has throughout the process encouraged me to remain critical and improve on my work. Secondly, I want to thank my father, Bert Muns, who has patiently helped me improve the linguistic aspects of this thesis. Lastly, I want to mention my mentor from my internship organization, Witteveen+Bos. Where the completion of this thesis should have been a happy and proud moment, a tragic and unforeseen event cast a dark cloud upon these last steps in the process. Just one week before the end of my internship, my mentor Peter van Weelden passed away. I would like to utilize this foreword to share my thoughts, feelings and memories of these past six months.

Peter,

Almost 6 months ago I walked into Witteveen+Bos. I did not know exactly what to expect during this internship, but from the first moment you were ready and willing to show me direction. No matter how busy you were, you always had time to answer my questions, there was always time for discussion. We did not always find the solution immediately, but the moment where you found a creative way to solve a problem always arrived. You lit up, ideas and enthusiasm followed. The philosophical approach you liked so much was not always easy, but it taught me a lot and elevated the level of my thesis. I would have loved to conclude this internship in a different way, I would have loved to share the final product, but it was not meant to be. Peter, thank you for everything I have been able to learn from you.

Abstract

Although the total world population continues to grow, many regions in the world, including the United States and Europe, are faced with the opposite: demographic decline. The Netherlands, despite an overall demographic growth, has got multiple regions with a declining population. A shrinking and aging population brings a unique set of problems, creating a downward spiral between a shrinking population, lowering socio-economic status and deteriorating health. Simultaneously, decentralization of government tasks has increased the need for self-management and participation, without a clear understanding of whether or not all layers of society are able to meet this demand. The aim of this thesis is to provide a framework of action to intervene in this spiral and improve the general health standard for shrinking regions. To create this framework, a qualitative study consisting of literature review, policy analysis and semi-structured in-depth interviews with 9 participants has been carried out. Analysis of the responses, literature review and policy analysis showed that although participation plays a central role in healthcare policy, there is no clear definition of participation, which makes setting goals and expectations very difficult. Defining what is meant with participation improves the ability to set goals and expectations, increasing the chances of successful participation. Additional interventions include a more integrated and long term approach to healthcare, combining functions and interventions to serve multiple purposes and changing the approach to healthcare prevention.

Table of Contents

Preface.....	3
Abstract	4
Introduction.....	8
A changing population.....	9
Causes and consequences of shrinkage	9
Hidden effects of shrinkage: declining health	10
Societal relevance.....	11
Scientific relevance.....	12
Aim and research questions	13
Overview of the thesis	13
Literature review	15
Contextual background.....	16
Theoretical Background.....	17
What is urban shrinkage?.....	17
Demographic change.....	17
Selective migration.....	18
Socio-economic status.....	19
Socio-economic status and health	19
Health demand.....	21
Built environment and health	21
Self-management and participation	23
Conceptual framework, variables and definitions	25
Variables - defining and operationalizing.....	27
Variables and indicators	28
Methodology	30
Findings	34
Introduction to the findings and results.....	34
Presenting the baseline: recent history and current situation	35
The economic history of Groningen.....	35
Economic history of Parkstad Limburg.....	36
Changes in the built environment	39

The current situation - Socio-economic status and health statistics	50
Culture: heritage and change	53
Improving the health standard	54
Health policy in South Limburg	54
Health policy in Groningen	55
How the policies compare	56
Finance and law	57
Participation	58
Participation through life	59
Conditions for participation	60
Participation summarized	62
Results	63
Intervening in the downward spiral	66
Main points of improvement	66
Suggested interventions	67
Main intervention	67
Additional interventions	68
Supporting interventions	70
Conclusion and discussion	72
Expected versus unexpected answers	73
Challenges and points for further research	74
Epilogue	75
A critical note on participation as a neo-liberal ideology	75
Practical implications	75
References	77
Appendix I	88
Interview nr 1 Gemeente Delfzijl	88
Interview nr 2 Gemeente Heerlen	97
Interview nr 3 GGD Groningen	105
Interview nr 4 GGD Zuid Limburg	116
Interview nr 5 Provincie Groningen	121
Interview nr 7 Participatie	127
Interview nr 8 Heerlen StandBy	131

Interview nr 9 Menzis	136
Appendix II.....	140

Introduction

On februari 28th, 2008, newspaper Trouw showcased the headline 'Ganzedijk disappears from the map'. The article highlighted the struggles of the tiny village of Ganzedijk, east-Groningen. Engineering company KAW advised the municipality in which Ganzedijk is situated and the province of Groningen to demolish the 57 houses of the village and give the town back to nature. Why such a drastic solution? The population of east-Groningen has been in decline for decades and the future of Ganzedijk was bleak. Ganzedijk had a multitude of problems, broken families, joblessness, substance abuse and the town simply cost the province a lot of money. So it would be better if the town just disappeared, the result of decades of a declining population and economy. But what caused this situation, and where there no other options? Most people are familiar with the photographs of cities like Detroit, where whole neighborhoods are deserted, houses boarded up, yards overgrown by weeds. In eastern Europe this sight is no exception either, but in most parts of the Netherlands the visible appearance of shrinkage is still very rare, and the idea that an entire village would have to disappear made a lot of people very upset.



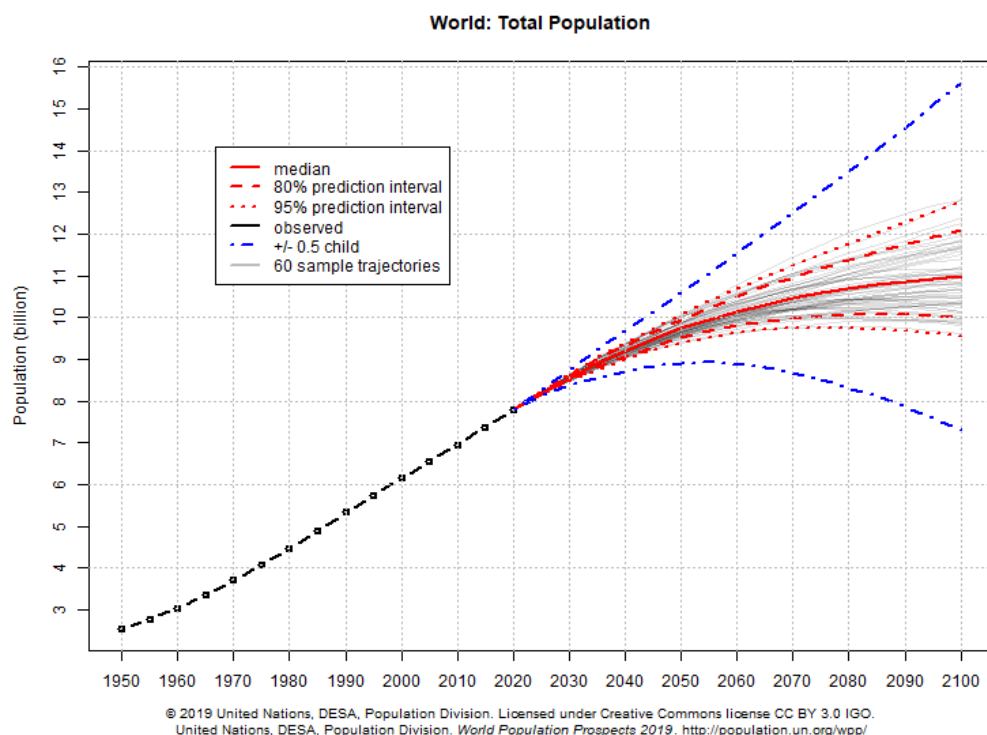
Photo 1&2: shrinkage in Detroit USA and Bytom Poland



Photo 3: Ganzedijk, municipality of Oldambt

A changing population

The world population is rapidly growing. As the graph below shows, the 95% interval ranges from 9.5 to 13 billion people in 2100. But where the population on the continents of Africa and Asia is predicted to grow, the population of Europe is predicted to decline. With a declining population, many regions in Europe will experience changes in the built environment and economic activity. Even within the Netherlands there are noticeable differences in population growth. Overall, the population of the Netherlands will slowly grow, several regions within the Netherlands have been experiencing a shrinking population for decennia. Despite efforts of (local) governments to prevent or reverse regional shrinkage, about 25% of municipalities will face urban shrinkage in 2040 (De Jong & Van Duin, 2010 and Ministerie van Algemene zaken, 2018), increasing the gap between the growing centre of the Netherlands and the shrinking periphery. This gap is not only noticeable in the total number of people, but also in economic activity.



Graph 1: world population prospect 2100 from the United Nations

Causes and consequences of shrinkage

There are several causes for demographic change and urban shrinkage. According to Canning (2011) we find mortality, fertility and urbanization at the base of demographic change. Over the last 300 years mortality rates have fallen, mainly due to advancement in healthcare and medicine. With longer life expectancy came economic growth which in turn resulted in lower fertility levels, aided by government policies, education and modern contraception. But as fertility levels fall, over time the total population of a country will fall, even with lower mortality rates. Canning also mentions urbanization as a cause for local

demographic change, which is mainly a contributing factor on a regional level. Economic opportunities pull people towards urban centres, leaving rural areas with a population deficit. Mallach, Haase, & Hattori, (2017) explain different causes of demographic decline using examples of urban shrinkage in Japan, Germany and the USA. Japan faces urban shrinkage as a product of demographic decline. The population of the USA has steadily grown and is still growing, and urban shrinkage in the USA is a result of internal migration and (sub)-urbanization. Urban shrinkage in Germany is likely a result of a negative population trend and migration between regions. Studies have shown that up to 40% of larger European cities are currently facing shrinkage (Haase et al., 2016), making this one of the biggest challenges for international urban development in Europe and other western economies.

Urban shrinkage has multiple effects, including (socio)-economic decline as well as political and social consequences (Canning, 2011). Most visible are increased housing and commercial vacancy, leaving behind 'perforated land-use patterns', abandoned sites, decreased housing density and urban brownfields (Schetke & Haase, 2008). Urban brownfields are commonly understood as "abandoned, idled, or under-used industrial and commercial facilities where expansion or redevelopment is complicated by real or perceived environmental contamination" (De Sousa, 2006).

Hidden effects of shrinkage: declining health

Another very important but less visible effect of urban shrinkage is a lessened health quality. In 2011 the RIVM published a research on the health of people in shrinking regions in the Netherlands. They concluded that people living in areas of demographic decline, especially in Parkstad Limburg, have significantly lower health than people in other areas of the Netherlands (Verweij, & Van der Lucht, 2011). They explain this through differences in socio-economic standards, but also in fewer options in regards to health services and less healthy living standards.

There have been a lot of changes in the provision of healthcare in the last few decades in the Netherlands, in which the concept of self-management and participation has played a central role. Self-management from a medical standpoint can be understood as 'the individual ability of patients to deal with symptoms, treatments, physical and psychosocial consequences and lifestyle changes that come with living with a chronic illness' (Kort, 2012). In short, patients will need to take charge of their own situation and direct their own healthcare. However, many people, especially older people or people without a good support network might find it difficult to direct their own healthcare. With a lower overall health it is likely that people from shrinking regions experience a higher demand for healthcare as Verweij and Van der Lucht state in their conclusion. They also identify a discrepancy between the demand and the supply of healthcare in shrinking regions, which is a definite point of attention for both research and policy making.

Self-management also has a political meaning. As a political ideal, self-organization is defined as the way people organize themselves without interference of governments or market influence (Uitermark, 2014), requiring a high level of self-management from people: people taking charge of their own lives and well-being. This ideal of a fully participating and self-organizing society and the idea that society cannot be constructed from a drawing board drives many decentralization processes. Tasks that used to be centrally governed are being

transferred to local governments, organizations or left to society itself. The idea is that local governance is more effective, as local governments and organizations know their citizens best, making governance more effective and less costly. But is this true? Can decentralization make governance tasks more efficient and cheaper, and is this true for all tasks and parts of society? Or is a fully participating and self-managing society a utopic view rather than reality?

An important characteristic of regional shrinkage is its cyclical nature. Renooy et al., (2009) describes how demographic and economic decline often turns into a reinforcing negative spiral. Demographic decline and selective migration change the size and structure of the population, in turn declining the overall demand for amenities. At the same time the size of the housing market will shrink due to lower demand. Both the loss of amenities and the decline of the housing market negatively affect the socio-economic status of the area, amplifying selective migration, as people with higher education are more likely to move from deprived areas, and amplifying declining health status in shrinking regions. A possible added pressure to this negative cycle is the increasing demand of participation and self-management. Studies suggest that people with a lower socio-economic standard are often less able to self-manage their health and lifestyle. Demanding increased participation and self-management from people in shrinking regions could therefore enhance the negative spiral between economic status and health.

This thesis is focused on health in shrinking regions and effects that changing governance roles have on the negative cycle between socio-economic standard and health in shrinking regions. This thesis will specifically focus on the increased demand for participation and self-management, both in terms of political ideals and changing healthcare standards. The research of this dissertation will focus on two different shrinking regions of the Netherlands: North and East Groningen and Parkstad Limburg. These regions have been chosen because they appear to be the regions that have the highest percentages of shrinkage and the lowest self-rated health status of the Netherlands. The reason for choosing two regions is to allow comparison between the regions (can a universal conclusion be drawn for both regions, are there major differences, do the regions adopt different strategies?).

Societal relevance

Although the overall population in the Netherlands will continue to grow to an approximate 17,5 million people in 2040 (De Jong & Van Duin, 2010), the growth is not uniformly spread across the country. According to the prognoses of De Jong and Van Duin, about 25% of municipalities in the Netherlands will experience a population decline of more than 16% until 2040 (De Jong & Van Duin, 2010 and Ministerie van Algemene zaken, 2018). This means that a lot of municipalities that are growing or stagnant now will experience decline and all its consequences in the next 20 years. Apart from shrinking regions, there are also municipalities and regions with a declining population, but decline appears less rapid. Regions with two or more of these municipalities are identified as 'anticipation regions' (anticipeerregio's in Dutch) and they are expected to experience population decline up to 4% until 2040 (Ministerie van Algemene zaken, 2018). According to the NVM report Krimpgebied = Kansgebied (2010) up to 40% of all municipalities will face a declining population in 2040. To prevent future problems for shrinking municipalities, it is

important to acknowledge the consequences of shrinkage and find solutions to the problems brought on by decline.

As attempts by local and national governments to reverse the process of shrinkage have not succeeded, the process of acceptance has started. Nevertheless, this does mean that challenges that come along with shrinkage still have to be faced. The RIVM report by Verweij and Van der Lucht (2011) identified one of the most important effects of urban shrinkage: a lower reported general health. As a consequence, the demand for health services is higher. However, there have been a lot of changes in the provision of (basic) healthcare. National health services have been decentralized, and services that were previously assumed to be a right are not automatically given. People are expected to formulate and manage their own health demand and participate in society enough to ensure a healthy living standard. The ability of society to meet this expectation however is still unsure.

This thesis attempts to increase awareness to specific issues brought on by shrinkage (specifically problems in healthcare) and the effects that changes in health care provision bring. This thesis also provides a framework of action with the intent to break the negative effects brought on by shrinkage and healthcare changes. With the prognosis of an increasing number of municipalities in the Netherlands facing shrinkage up to 2040, this thesis research will have an increasing societal relevance.

Scientific relevance

This research has, due to its multidisciplinary character, relevance to several fields of research. The first contribution can be brought to the field of the development of a livable shrinking city or neighborhood, as described in Stryjakiewicz & Jaroszewska (2016). They conclude their research paper on the challenges of shrinking urban environments with the statement that a comprehensive, integrating strategy between infrastructure, governance and social and economic structures is still missing. Moreover, they mention the importance of involvement of residents in the life of their neighborhoods and cities, to which the topic of this dissertation is strongly linked.

Bernt et al., (2014) go further in their conclusion on placing the topic of shrinkage on the political agenda. They argue that simply accepting shrinkage as a phenomenon is too shortsighted, and more sensitivity towards policy making is needed. This thesis research bridges the gap between the acceptance of shrinkage and creating awareness towards sensitive policy issues related to shrinkage.

The research of this thesis is also relevant to the discussion concerning participation and self-management. Participation is a rather loose term, without defined edges. Several pieces of scientific literature emphasize that, although the terms of participation and self-management seem to be fully incorporated in political and scientific discourse. In order to unify the discussion and discourse the term participation needs to be defined and specified further (Morgan, 2001; Levaseur et al., 2010).

As stated by Uitermark (2014), policy makers and governments have a tendency to focus on the success stories of self-management and participation, which is not helpful for the process of evolvement into a participation society, as there are many examples of failed participation (Innes & Booher, 2004). This thesis aims to provide a critical reflection on the

reality of the utopian view of participation, and simultaneously provide insights into a more precise definition of participation.

Aim and research questions

This thesis is focused on health in shrinking regions and the effects that changing governance roles have on the negative cycle between socio-economic standard and health in shrinking regions. The research will specifically focus on the increased demand for participation and self-management, both in terms of political ideals and changing healthcare standards. The aim of this thesis is **to define a framework of action in order to break the downward spiral of shrinkage, socio-economic status and an increased need of participation and self-management, which negatively influences the health of people in shrinking regions.** The goal of this framework is to positively influence the general health in shrinking regions, either directly or indirectly. To support the aim of the thesis three sub-questions have been formulated:

- What are the predominant causes behind shrinkage, low socio-economic status and low self-rated health in North and East Groningen and Parkstad Limburg?
- How can local governments change the approach of providing healthcare, in order to meet the needs of people in shrinking regions?
- How do the need for self-management and participation influence the downward spiral of SES and health in shrinking regions?

The purpose of the first sub-question is to establish a base-line: what led to the current situation and what can we learn from the course of events? This question will also go into more detail about the current socio-economic status and the results from the national health survey of the two regions. The second sub-question is aimed at reviewing the current health policy and identifying discrepancies between the demand and supply of healthcare in the regions. This question will take into account the results from the first sub-question in defining different approaches to improving healthcare provision. The last sub-question is aimed at reviewing the increasing emphasis that is placed on participation and self-management, and investigate how this influences health and socio-economic status in shrinking regions. Based on the answers to the sub-questions, a framework of action will be formulating, first presenting points of improvement followed by suggestions for interventions.

Overview of the thesis

This research starts with the contextual background, followed by the theoretical background. This theoretical background consists of an in depth analysis of available literature concerning theory of interest. Following, the conceptual framework presents the most important concepts of this thesis and shows a visual representation of the interactions of these concepts. These concepts of interest are defined and operationalized before presenting the methodology. Before answering the aim and sub-questions, the most important findings

from academic literature, policy analysis and interviews are presented. These findings will form the basis for the results, which are presented in order of (sub) questions. This research closes with the conclusions, discussion and an epilogue.

Literature review

In this chapter, the literary basis of this thesis research is presented. The first section presents the contextual background of the literature, which led to this thesis research. In the theoretical background, relevant literature on which this thesis research is based, is reviewed and presented. The section starts with relevant views and theories on causes and effects of urban and regional shrinkage, demographic change and selective migration. The next section will investigate aspects that are not directly related to shrinkage, but are influenced by shrinkage, such as socio-economic status, the built environment and health. The theoretical background ends with a review of literature on participation and self-management. These are not influenced by shrinkage directly, but the ability to self-manage or participate are heavily influenced by socio-economic status. The figure below shows a schematic representation of the topics and how they are related.

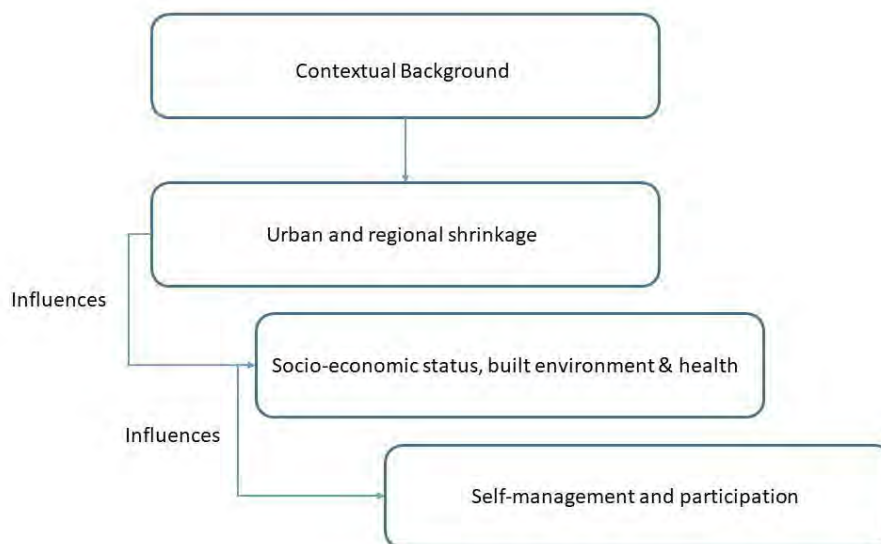


Figure 1: Scheme of literature review

The theoretical background forms the basis of this research. Concepts and theories that have been developed and argued will be combined to present the conceptual framework of this thesis. In order to form a solid literary basis, the theories and studies used in this literature review have been selected differently per research field. This mainly depended on whether or not a subject is prone to change over time (in which case the selected literature was relatively young) or not (in which case theories that have been accepted and referenced by many other studies or form a basis for newer research have been selected). Especially studies and theories related to demographic change and self-management and participation are relatively young and recent, studies and theories in the health related subjects are older and form a stable scientific basis for newer research.

Furthermore, for the basis of this thesis research the connection between the different theories is important, in order to ensure a good flow within the conceptual framework. To ensure that theories connect, the literature review has been conducted methodically, from

one subject to the next, in the same order that the contextual and literature background has been built up.

Contextual background

The relationship between health, healthcare and urban environments is best seen in shrinking regions. In the Netherlands, shrinking regions (or *krimpregio's* in Dutch) are defined as regions of multiple connected municipalities with one or more forms of demographic decline (Van Dam et al., 2006). Demographical trends of decline can be in the total number of people, the number of households or the number of people within working age (Verweij, & Van der Lucht, 2011). The changes in demographical trends also affect socio-economic trends, as people with higher education and higher income tend to be more mobile and move more often for work or education (Van Ham, 2002). This means that people with a higher socio-economic status are more likely to leave shrinking regions. There might also be an adverse pull of lower-income households to shrinking regions as house prices and rents tend to become lower as higher income households leave the area (Van dam et al., 2006). With selective migration, a changing demographic structure and changes in socio-economic status there are expected changes in health.

As stated in the introduction, people living in areas of demographic decline, have significantly lower self-rated health than people in other areas of the Netherlands (Verweij, & Van der Lucht, 2011). This conclusion was reported by the RIVM in 2011. A second study on this topic, published in 2014, gave a further detailed analysis of the situation in the Netherlands, as they attempt to provide an explanation for the discrepancy in self-reported health. A big part can be explained through a (generally) lower socio-economic standard, but also a different demographic build-up and fewer amenities and services. This situation is all but unique to the Netherlands, so it may be surprising that there are very few international studies of a similar kind. The relationship between urban and regional shrinkage is being recognized, but has not been researched extensively as of yet. There are many studies that focus on disadvantaged districts in cities, while very few studies focus on health differences between growing and shrinking regions in the Netherlands (Verweij & Van der Lucht, 2014). Despite efforts of (local) governments to prevent or reverse regional shrinkage, about 25% of municipalities will face urban shrinkage in 2040 (De Jong & Van Duin, 2010 and Ministerie van Algemene zaken, 2018), increasing the gap between the growing center of the Netherlands and the shrinking periphery. Continued research to the drivers behind increasing health gaps are needed to ensure a healthy living environment for everyone.

In order to get a better insight in healthcare demand and usage in these shrinking regions, a Health Monitor for Shrinking Regions is being developed by the NIVEL (a research company on healthcare). A report by Batenburg et al., (2015) presents results of a preliminary quick-scan of this monitor. Their results show, using a supply-demand monitor, that there is a significant difference in the healthcare demand in shrinking regions, not only for first-line healthcare provided by the general practitioner, but also the usage of pharmaceuticals, paramedical care and dental healthcare is significantly higher (Batenburg et al., 2015). The study does not provide an answer to whether or not the availability of healthcare influences the results. Another result from the study is that the amount of consults per general practitioner in shrinking regions is significantly higher than in the rest of the Netherlands,

suggesting a different ratio in supply and demand. Additional details to these results are not presented in this study and need further research.

Theoretical Background

What is urban shrinkage?

Urban and regional shrinkage have become common phenomena throughout many regions of the world, especially Europe, North America, South Korea and Japan. Großmann et al. describe urban shrinkage as “a specific trajectory of cities that in many respect follows different logics of development than growing or stable cities” (Großmann et al., 2008). Although the visible physical results of urban and regional shrinkage appear to follow a universal trend, consisting of urban vacancies, brownfields and the under-use and disappearing of infrastructure, the underlying cause of shrinkage is diverse (Haase, 2014 & Haase, 2017), a view shared by Großmann. Although 42% of European cities are facing urban shrinkage according to recent studies (Haase et al., 2016), it is difficult to define a common cause for shrinkage of different cities. There are commonalities found in the drivers behind urban shrinkage, often linked to demographic change, economic decline, changes in the settlement systems (expressed as urban sprawl and sub-urbanization) (Haase et al., 2016), as but also radical political changes (such as warfare, political instability) and environmental disasters, such as New Orleans after hurricane Katrina (Zaninetti & Colten, 2012). Throughout this chapter the different types of shrinkage and the drivers behind urban shrinkage are further explored.

Demographic change

As we have seen, the world population is growing. According to the World Population Prospects Report by the United Nations (2017) the world population will grow from 7,55 billion people in 2017 to almost 11,2 billion people in 2100. This growth however is not experienced equally throughout the world. Where the population of Africa is expected to more than triple from 1,2 billion people to almost 4,5 billion people, the population of Europe is expected to decline from 742 million people to 653 million people (United Nations, 2017). As a result, many regions in Europe are experiencing population decline as well as urban and regional shrinkage (Panagopoulos & Barreira, 2012). Especially Bulgaria (28%), Poland (16%), Germany (14%), Portugal (7%) and Italy (5%) are expected to face a relatively large decline in population by 2050 (Panagopoulos & Barreira, 2012). There are several causes for demographic change and urban shrinkage. According to Canning (2011) we find mortality, fertility and urbanization at the base of demographic change or demographic transition.

Demographic transition is characterized by falling rates of fertility and mortality and as a phenomenon noticeable around the globe. This phenomenon started in the 18th and 19th centuries in Western economies, the rest of the world followed from the 20th century onwards with only very few countries in the world still facing rising fertility numbers (Lesthaeghe, 2010). These changes in fertility and mortality can be explained through advancement in medicine, economics and social changes such as the normalization of later marriage (Canning, 2011). To maintain a stable population a fertility number of 2.1 children per woman is perceived as the norm (Bongaarts, 1999). However, many western economies now face what is being called a ‘second demographic transition’, where fertility numbers tend to fall far below the replacement level of 2.1 children per women (Lesthaeghe, 2010). This phenomenon was

first observed in North-America and Scandinavia, where changes in the social structure and the increased acceptability of alternative living arrangements rose in the 1950's. Along with changing living arrangements, marriages and procreation were not inherently connected anymore. Economic changes and concern towards material needs shifted focus to a non-material mindset with a focus on self-expression, self-realization and participation (Lesthaeghe, 2010). With economic changes came a new pressure on fertility levels: an increased opportunity cost. The cost of children is made up of the direct costs, both material and direct time spent, and indirect costs, predominantly through missed work hours (Dankmeyer, 1996). With increasing living costs and increasing wages, both the direct and indirect costs of raising children grew, increasing the opportunity costs of procreation, thus reducing the number of births per woman. According to the World Bank Database, the countries with the lowest fertility numbers in the world in 2016 were South Korea, Singapore and Hong Kong, with 1.17, 1.20 and 1.21 children per woman respectively (World Bank Data, 2019), with the expectation that these numbers will continue to fall.

Selective migration

Migration is one of the major determinants of the structure of a population, together with fertility and mortality. Selective migration appears when healthier, wealthier people move away from deprived areas, leaving the less healthy and poorer people in deprived areas (Boyle & Norman, 2009; Green et al., 2015; Pearce & Dorling, 2010; Popham et al., 2011). As a result, the remaining population in deprived areas changes in demographic build-up and in socio-economic status. Areas can be deprived in terms of housing quality, education opportunities and income (Boyle et al., 2005), and are usually described as being deprived relative to another region. Selective migration amplifies the inequalities between deprived and thriving regions. The phenomenon of selective migration is very prominent in the United States, where the process of (sub) urbanization is creating strong contrasts between growing and shrinking regions. Despite a growing population, the United States of America is facing regional and urban shrinkage. Because of a growing population, the reason behind urban shrinkage cannot be found in demographical changes but rather in economic transformations and processes. Observations made by Wiechmann & Pallagst (2012) on urban shrinkage in the USA identify post-industrial transformation processes (mainly caused by a decline in the American manufacturing industry) and post-industrial transformations (such as bust of the dot-com bubble) as triggers for urban shrinkage. Großmann et al., (2013) identify deindustrialization (the outmigration from the city regions) and suburbanization or urban sprawl (the movement of local residents from the inner city to the peripheral city region) as main drivers, combined with local demographic changes.

Especially interesting is the phenomenon of selective migration when looking at shrinking areas, as there appears to be a strong link between selective migration and health (Boyle et al., 2005). According to Boyle et al., (2005) there are three different types of health selective migration: 1) the migration of people with lesser health away from the area perceived to be harmful or deprived, which lowers the relationship strength between mortality and morbidity rates in the original area, and increases mortality rates in the new area. 2) People with lesser health will move from deprived areas to areas with better access to either formal or informal healthcare. Areas with improved institutions and healthcare will attract people with lesser health and will therefore theoretically increase mortality rates in the 'healthcare' region and lower the mortality and morbidity rate in the deprived area. 3) The

dominating type of selective migration in terms of health are characterized by young adults (with on average better health) moving to less deprived areas. This leaves the deprived area without a healthy, young population, increasing mortality rates.

This type of selective migration has been observed for centuries, starting with migrant moving from countryside to the cities in the industrial revolution in the 18th and 19th century, as described by Far in 1864 and later by Welton in 1872. Both authors identified the trend of a migration of a younger, healthier group of society towards the cities, leaving the rural area with relatively higher mortality and morbidity rates. More recent studies show similar results (Gartner et al., 2018), who concluded that people in the most deprived areas had a 1.57 times higher risk of death than people in the least deprived areas.

Socio-economic status

There are several definitions of socio-economic status (SES). An older definition, stemming from Mueller & Parcel (1981) defines SES as the relative position of an individual, group or family within a (hierarchical) social structure, based on the control over or access to wealth, power and prestige. Later definitions of SES focus on the ability of people, families, households, groups and geographical regions to create or consume goods and services of societal importance (Miech & Hauser, 2001). A commonality of the different definitions of socio-economic status is the relation with health, healthcare and the access to goods and services to obtain and maintain a good health standard (Shavers, 2007). Shavers identifies three traditional indicators of socio-economic status: income, occupation and education, each showing a different aspect of SES. As they show different aspects of SES the indicators are not interchangeable and not immune to interaction with other variables such as gender or ethnicity (Stewart, 2009). Income can be measured per household per year, per person per year or as family income per year. Occupation as an indicator of SES focuses on the level of occupation, the direct physical occupational surroundings, occupational group (e.g. blue collar or white collar work) and the employment status (e.g. employed, unemployed, retired). The educational indicator can imply the years of education completed, the highest level of education completed or credentials earned (Shavers, 2007). Sometimes a fourth indicator is used: the level of wealth (capital, earnings and material possessions). These four indicators are compository indicators (bound to the individual). Besides compository indicators there are also contextual indicators, influencing the socio-economic characteristics of ones surroundings (Shavers, 2007). When looking at the direct living environment as an indicator of SES one can look at geographical areas such as postal code areas, municipalities, provinces or countries. Interest of mapping SES in regions can go to the average value of houses in an area, people beneath the poverty line, family composition or the number of unemployed in the area (Shavers, 2007).

Socio-economic status and health

There is a strong link between health and socio-economic status (Adler & Ostrove, 1999; Mackenbach, 2006; Ozdenerol, 2016). The link can be observed in different ways and instances: from the percentage of people that died in the Titanic disaster based on their class of travel (Frey et al., 2011) to the increased percentage of people with obesity in lower SES classes (Baum II & Ruhm, 2009). The differences in socio-economic health differences are

visible between parts of the world, throughout Europe and even within the Netherlands. People with a lower socio-economic status live shorter, have higher morbidity rates, more mental health problems and chronic illnesses (Bonneux, 2011). Even though the overall morbidity and mortality throughout Europe have declined since the 19th century, there has been evidence that the health differences within European countries have increased since the second half of the 20th century (Bonneux, 2011). The differences in health occur in all European countries (Mackenbach et al., 2003), and are already visible at the time of birth and will continue to show in all phases of life (Bonneux, 2011). In the early years of life the SES in which a child is born will influence certain aspects of health, such as birthweight and the duration of the pregnancy (Agyemang et al., 2009), birth complications and chance of death before the age of 1 (Thomas et al., 2010). Children and teenagers that grow up with a lower SES often experience more physical and mental health problems (Bonneux, 2011). After the age of 18 the influence of the SES of the parents decreases, and the socio-economic position of the individual will start to determine health, as adolescents will often move away from home, enjoy education or start to work themselves (West & Sweeting, 2004). This doesn't decrease the importance of the relationship between SES and health. Relative health differences tend to be highest between the ages of 30 and 50, whilst absolute health differences tend to be highest at the age of 90+ (Huisman et al., 2004). This increasing gap in health is of growing importance in many European areas (and the Netherlands alike) due to an aging population and regions with selective migration. Shrinking areas tend to have a lower SES and a higher average age, increasing the likelihood of a higher healthcare demand.

There are two alternative explanations for the causality between SES and health: social causation and social drift/selection. Social causation states that health status is influenced by SES, social drift states that health status contributes to SES (Adler & Ostrove, 1999). Studies suggest that, even though certain early onset chronic diseases may contribute to decreased SES, social causation is the main trajectory between SES and health (Fox et al., 1985 & Haan et al., 1989). Although some childhood diseases may be serious enough to influence education for many years (these cases are rare and unlikely to account for substantial differences in later SES), there are stronger suggestions that education (or lack thereof) and childhood SES determine later health (Adler & Ostrove, 1999). Although one single relationship between SES and the occurrence of all diseases cannot be found, a wide range of diseases tend to correlate with a lower SES. Diseases that show a strong correlation with a lower socio-economic standard are (amongst others) diabetes and other metabolic diseases, cardiovascular disease, chronic respiratory diseases, arthritis and gastrointestinal diseases (Adler & Ostrove, 1999). The relationship between SES and cancer is more difficult to describe (depending on the type of cancer, age and gender amongst other reasons). Although the relationship between SES and cancer survival appears to be strong, a higher SES gives a significant higher chance of cancer survival after diagnosis (Adler & Ostrove, 1999; Ward et al., 2004; Clegg et al., 2009).

Looking at the three main indicators of SES, we can determine different drivers behind the health differences. The occupational status positions an individual within a social structure and thereby defines the access to resources and exposure to risks and hazards (physical or psychological). Occupational status also tends to influence lifestyle (e.g. smoking or alcohol consumption), based on the prestige of the occupation (blue or white collar work) and type of work (physical working environment) (Shavers, 2007). Again, the relationship between

occupation, health and SES appears to be reciprocal: people in good health are able to obtain and maintain their occupation easier and employment increases health (granted a safe working environment) (Shavers, 2007). Education is often called the base component of socio-economic status due to its influence on future potential in occupation, earnings and opportunities (Adler & Newman, 2002), as well as its low risk of reverse causation. Education influences health through several possible mechanisms: the development of critical thinking skills, the ability to navigate institutions and enhanced interaction skills with healthcare providers, development of healthier lifestyles and the acquiring of enhanced economic and working conditions (Shavers, 2007). Related to education is income, reflecting an individuals' economic resources of time. Higher incomes enable people to afford better nutrition, healthcare, housing and education, which are all contributors to better health.

Health demand

In 1972 Grossman constructed a model to describe the demand for good health as a commodity. The main proposition of his research was that health can be viewed as a capital stock, producing an output of healthy time. Grossman assumes that people are born with a certain inherited amount (stock) of health which will depreciate with age. This depreciation can be altered with investment (e.g. the influence of SES). Grossmans model describes the demand for health as an investment model for the commodity health and the motive for investment in twofold: 1) we want better health in itself (as a personal investment) and 2) we want the ability to work (as a future investment). This investment is a trade-off between the marginal cost and benefit of health stock, with a diminishing marginal benefit. According to the model, the optimal health stock is the point where the marginal cost and benefit are equal to each other. This model implies three different predictions: 1) with age the investment cost for health increase and the optimum cost-efficiency point decreases. This does not mean that the demand for health services goes down; 2) higher education increases the optimum health stock (due to increased efficiency in information exploitation) and 3) the ability to invest in health increases with higher wages, but will also result in a higher opportunity cost.

The Grossman model shows what has been described above: the influence of age and socio-economic status on health demand. What has to be taken into account is that the 'market' for health is not a free system, as it is distorted by the occurrence of health insurance. Due to insurance of healthcare costs, consumers of healthcare do not pay the cost of their consumption. Many studies have shown that due to this distortion of the effective price of health care the demand for and risk of over-utilization of healthcare increases (Rosett & Huang, 1973; Manning et al., 1987; de Meza, 1983). This means that those with less health capital (amongst them people of higher age and a lower SES) are likely to demand more healthcare than those with more health capital.

Built environment and health

The link between SES and health has been studied for many decades, however SES is not the only influence on health. Many studies set out to describe the links between the environment we live in and health (Mitchell & Popham, 2007; Renalds et al., 2010; De Vries et al., 2003). The relationship between the abundance of green spaces in neighborhoods and a healthy population is well known, displaying a positive relationship between increased urban

greening and health (Mitchell & Popham, 2007). A more recent field of study is the relationship between the built environment and health. The built environment can be broadly defined as the physical alteration of the natural environment through human construction (Lawrence and Low, 1990). In general the built environment may include any built forms, from buildings and houses to streets, fences and plazas.

Worldwide, more people than ever before live in urban areas, with 55% of the world population now living in cities and urban areas (United Nations, 2018). Many different aspects in the built environment may influence both mental and physical health. Renalds et al., (2010) have systematically set out a review on the interactions between the built environment and health aspects. They used 23 articles published between 2003 and 2009 to collect information on the relationship between different health aspects and the built environment. From this research four major health aspects emerged: physical activity, obesity and BMI, social capital and mental health.

Physical activity and the built environment are related through mobility factors and walkability, meaning the availability and conditions of sidewalks as well as safety factors such as sufficient lighting. Other factors include insufficient access to public transport (and therefore greater car dependency) which tend to negatively affect daily activities. The link between built environment and obesity relates to the link with physical activity. In neighborhoods that stimulate physical activity the average BMI and obesity rates are lower. Areas that are characterized by higher crime rates, lower walkability and a higher car dependency have higher obesity rates. Obesity rates are also higher in areas with a relatively high number of fast-food restaurants. Besides physical health indicators the study also describes a variety of mental health indicators, starting with social capital. The design of a neighborhood can enhance the social capital. When neighborhoods are characterized by a larger amount of social capital, for example through design that invites interaction and increases the perception of safety, physical activity is stimulated enhancing both physical and mental health. The perception of safety, community enhancement and connectivity increase general well-being and mental health.

To ensure healthy living conditions a close collaboration between urban planners and health professionals is needed, a collaboration which has been lost in the post-world war II era according to Northridge et al., (2003). This loss of connection characterized the lack of design and development of healthy living areas in many parts of the world, from large slum dwellings to unhealthy mega-cities, after a period of improvement of living conditions since the 19th century (Northridge et al., 2003). Whilst most studies focus on the development of healthy (growing) cities, there is a relatively new area of research where the collaboration between urban planners and health professionals is very much needed, but less obvious: shrinking cities and regions. Various processes connected to urban shrinkage influence the healthy living environment in shrinking regions, such as spatial vacancy, loss of amenities and a loss of property value (Rhodes & Russo, 2013). These processes affect neighborhood character and cohesion and can lower its social capital. Other struggles that shrinking cities and regions face include degrading infrastructure and mobility, as well as difficulties to maintain an oversized urban environment for an often aging population (Rhodes & Russo, 2013). Planning for shrinking cities is difficult. Even though cities are continuously transforming, for most cities this means growth and planners have been facing challenges

to allow for spatial, economic and population growth. Stryjakiewicz & Jaroszevska, (2016) stress the importance of long-term vision in developing shrinking areas and focusing on the living conditions for an aging population. Focusing on the availability of green-space networks and green infrastructure should allow shrinking cities to reinvent as more sustainable and productive places (Hollander et al., 2009). What is important in all measures is a combined involvement of both local actors (think of local institutions, governments and businesses), as well as bigger organizations and governments. It is essential that policies move away from the 'steady-growth' paradigm and work towards sustainable policies in developing healthy shrinking regions (Stryjakiewicz & Jaroszevska, 2016).

Self-management and participation

The relationship between SES and health has been established many times, though that relationship cannot always be explained through traditional reasoning. New interest has emerged in regard to the relationship between health and self-management. Goldman and Smith (2002) explain the higher health standard of people with a higher SES through the ability of better self-management. Self-management can be defined in three different types according to Foster et al., (2007): 1) as a medical model in which people follow professional support and direction through instructions; 2) as a collaborative model of a relationship between healthcare professionals and patients, where patients are involved in making choices in their levels of support; 3) a model of self-agency, including independent patient activities. As a general definition, Koch et al. (2004) explain self-management as a term related to the personal accountability and decision making of an individual.

Self-management is highly dependent on compliance and persistence: the willingness and ability of patients to stick to treatment regimens (Goldman & Smith, 2002). This compliance varies with both the complexity and the duration of the given therapy, but also with the patients understanding of the need of therapy. People with a higher level of education tend to follow more thoroughly with treatment and make less switches between therapy. People with a higher educational background and often a higher SES are more capable of self-management than those with a lower SES.

Self-management has not stayed just an explanatory concept in health research, but has gained popularity as a political ideal, in which self-management is defined as the way individuals organize themselves without interference of governments or market influence (Uitermark, 2014). Uitermark notes that this new interest and belief in self-management can be explained through new and faster ways of communication through internet and the growing idea that society cannot be designed from a drawing board. As a result, many amenities and services that used to be centrally organized have been decentralized.

The Dutch government has built a welfare state, in which a relatively large percentage of government expenditure is reserved for social security and welfare. The Dutch system is built on several different principles from both the Beveridgean and the Bismarckian system (Hemerijck, 2011). The Bismarckian system ensures social security for the working class in case of sickness (Ziektewet), disability (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering or WAO) and unemployment (Werkloosheidswet or WW). The Beveridgean system ensures a uniform level

of income for all non-working citizens, including pensioners and people with disability, through a tax system (Hemerijck, 2011). For a long time these systems were centrally governed, however the process of decentralizing social security tasks in the Netherlands has been a prominent trend in recent years. In hopes of saving money and creating a better embedding in society, national social and welfare programs have been transferred to local governments (Uitermark, 2014). The classic welfare state has to make way for a 'participation society', in which self-organization and self-management are central pillars.

The vision of a fully participating and self-managing society is fueled by successful examples of self-management, but rarely do governments look at examples where self-management has not worked and, more importantly, question why self-management hasn't worked. Several studies have been conducted to find out why self-management works in some cases but not in others. Robert Putnam has been conducting several studies (1994, 2000, 2007) in several different countries, trying to explain social structures, social cohesion and self-management in different societies. Overall his studies show that in areas with a lower average socio-economic status and a lower degree of social structure and cohesion the ability of self-management and self-organization is low. Uitermark (2014) stresses that geographical differences cannot be explained purely through individual characteristics. More important is the lacking of an institutional network that allows social cohesion within that structure. Besides social cohesion a large influential factor of the success of a participation society is financial means. Self-management tends to work for networks in which social cohesion is strong, well-organized but most importantly for those that can afford to invest. Because of these factors, the self-organizing and self-managing ability of people is geographically unequally divided.

Conceptual framework, variables and definitions

Utilizing the conceptual and theoretical background, the relationships between concepts and variables are displayed in the conceptual framework. This section first presents the general theory behind the general shape of the framework, then proceeds to explain the different elements of the framework in more detail.

Regional shrinkage can be seen as a cyclical process that often results in a downward spiral as described by Renooy et al., (2009) and in the master thesis from Hengstmengel (2011). Demographic decline and selective migration change the size and structure of the population, which in turn decrease the overall demand for amenities. At the same time the size of the housing market will shrink due to a lower demand. Both the loss of amenities and the decreasing demand within the housing market negatively affect the socio-economic status of an area. This amplifies selective migration, as people with higher education are more likely to move away from deprived areas, and amplifies declining health status in shrinking regions. People with a higher SES (and with that a higher health standard) move away, leaving people with a lower SES and generally lower health standard behind. People with lower income often live in social rental housing. Neighborhoods with a large percentage of rental housing often experience a decline in SES over time (Knol, 2012), again amplifying the problems that already exist. This negative spiral is fueled by the decentralization of previously centrally governed tasks, which increases the need for participation and self-management. This increased participation and self-management provide opportunities for those that are able to voice and arrange their demands, but may cause problems for those that cannot express their needs.

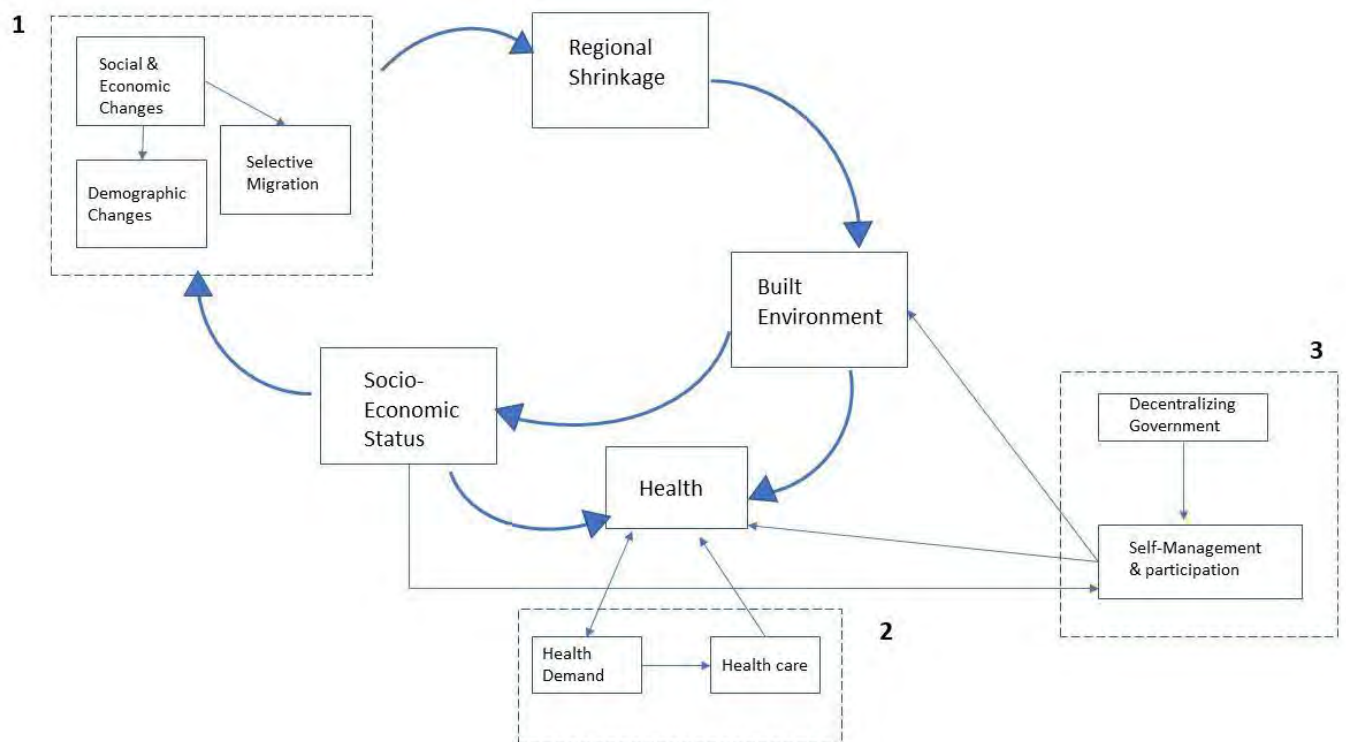


Figure 2: Conceptual Framework

The theoretical framework describes several drivers behind and results from urban and regional shrinkage, as well as factors influencing or being influenced by changes in socio-economic status. These findings and relationships have been summarized in the conceptual framework above. The center of the framework represents the spiraling relationship between shrinkage, built environment and socio-economic status and also shows the dualistic influence of built environment and SES on health. This relationship forms the basis of this thesis research and will cover the aim of the thesis. The dotted boxes show relationships influencing factors within the central spiral relationship and will be covered by the sub-questions.

Box 1 - drivers of (regional) shrinkage

First we look at the drivers behind urban and regional shrinkage. At the base of this we find social and economic changes. Changing cultures, norms and values, together with increased economic and medical standards, cause a demographic change. Fertility levels drop as there is no longer a need or a desire for a large number of children per household. Simultaneously economic changes drive selective migration, where people with higher education and more financial means move away from areas with fewer economic prospects. This leaves peripheral and (often) poorer areas with a declining population. Because of selective migration, areas of decline are often characterized by a lower socio-economic status. As socio-economic status is defined by one's income, occupation and education, areas with a declining population as a result of selective migration are often poor and have a low average educational standard compared to growing regions. People with a higher level of education, a higher occupational status and higher income are more likely to move away from areas of decline to economic growing areas, starting a new cycle.

Box 2 - defining health

One's health is determined by multiple factors. People with a lower socio-economic status tend to have a lower general health. Studies have shown that a higher SES contributes to a better health status and a higher health demand. People with a higher SES have got both more opportunity and ability to invest in health-care and are better able to self-manage their health.

Box 3 - decentralization and self-management & participation

Decentralization of many social-security and health care tasks once organized by the national government has caused an increased demand for self-management. People with a higher socio-economic status are usually better able to self-manage, because of both a better social network to fall back on and as well as a higher degree of education (and with that better access to information and ways to process that information). The ability of self-management has a big effect on health, as many treatments and therapy require a high level of self-organization. Another area where decentralization increases the demand for participation and self-management is the built environment, especially through the new Environment and Planning Act. This act places the responsibility for spatial planning and projects with municipalities and emphasizes the importance of participation from inhabitants.

The central spiral

Social and economic changes will drive both demographic changes and selective migration in certain regions. The combination of these two cause regional shrinkage. As people leave a region the built environment cannot adjust to a new population size quickly, leaving an oversized physical environment. This oversized environment both influences the average socio-economic status in the area, and it influences the health of people living in the area. The lower socio-economic status also influences the health of people, hence the arrow towards health. The changes in average socio-economic standard fuel the socio-economic changes that cause regional shrinkage, making the spiral start over again.

Variables - defining and operationalizing

In this section, dominant variables that make up the conceptual framework are defined and given indicators in order to operationalize and measure these variables consistently throughout this research.

Built environment

The built environment is defined as the physical alteration of the natural environment through human construction (Lawrence and Low, 1990). The built environment may include any built forms, from buildings and houses to streets, fences and plazas.

Decentralizing government

A decentralizing government is defined as a government in the process of transferring previously centrally governed task, from social security to environment and planning, to local governments (Uitermark, 2014). The reasons behind this process can be saving money and societal embedding, or the vision of a fully participating and self-managing society.

Demographic Changes

Demographic change is defined as a changing population, either caused by falling fertility and mortality rates (Lesthaeghe, 2010) or by selective migration. Both can change the size or structure of a population, either in number of people, people within certain age groups or number of households.

Health

The widely accepted definition of health from the World Health Organization states that health is a state of “complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (Bircher & Kuruvilla, 2014).

Healthcare

The WHO defines healthcare as interventions performed by the health system with the primary intention of improving ones’ health. The health system comprises all institutions,

organization and resources, as well as all actions, such as personal health services, public health services and intersectoral initiatives (World Health Organization, 2000).

Health demand

We define health demand as the willingness and ability to invest in health care, as set out by the theoretical model by Grossman (1972).

Regional Shrinkage

Shrinking regions are defined as regions of multiple connected municipalities with one or more forms of demographic decline (Van Dam et al., 2006). Demographical trends of decline can be in the total number of people, the number of households or the number of people within working age (Verweij, & Van der Lucht, 2011).

Selective migration

Selective migration appears when healthier, wealthier people move away from deprived areas, leaving the less healthy and poorer people in deprived areas (Boyle & Norman, 2009; Green et al., 2015; Pearce & Dorling, 2010; Popham et al., 2011).

Self-management

Self-management in this thesis is defined as the way people organize themselves without interference of governments or market influence (Uitermark, 2014). This definition will be used both to describe the political phenomenon of self-management, as well as the ability for individuals to organize themselves and their health.

Socio-Economic changes

Socio-economic changes define the changes in peoples social class and status, but also changes in norms and values that may influence socio-economic status, such as normalization of postponed or abstained marriage and motherhood (Canning, 2011).

Socio-Economic Status

Socio-economic status is defined by the ability of people, families, households, groups and geographical regions to create or consume goods and services of societal importance (Miech & Hauser, 2001). Socio-economic status can be measured by three traditional indicators: income, occupation and education (Shavers, 2007).

Variables and indicators

As certain variables described and defined above are drivers behind other variables or processes, not all variables defined above will have an indicator. The variables used in the continued research are listed in the table below.

<i>Variable</i>	<i>Indicators</i>
<i>Built environment</i>	Indicators for built environment include all interventions and changes in and to the natural environment, including but not limited by housing, shops and other buildings, roads and streets, urban greening, fences and plazas.
<i>Demographic change</i>	All changes in the size or structure of a population are indicators of demographic change. This can be in the total number of people or households, but also in certain age-groups, ethnicities or gender.
<i>Health</i>	Health is indicated by a state of mental, physical and social well-being. Health can be both indicated by health professionals or be self-rated health
<i>Healthcare</i>	Healthcare includes all services with the function to intervene in the personal health of an individual. This can be health provided directly by a health professional (e.g. doctor or nurse), paramedical healthcare professional (e.g. physical therapist, speech therapist) or dental healthcare, but it can also be provided by a social network ('mantelzorg') or be delivered electronically (e-health)
<i>Regional shrinkage</i>	Regions with multiple connected municipalities with one or more forms of decline (demographical, economical or other)
<i>Socio-economic status</i>	Socio-economic status is indicated by the combination of income, occupation and education. An additional indicator of socio-economic status can be wealth or personal possessions

Methodology

In this chapter the method of research is explained. The chapter is built up in different sections, according to the different research methods.

The aim of this thesis is to provide a framework of action with the intent of breaking the downward spiral of lowering socio-economic status, changes in the built environment and ultimately deteriorating health in shrinking regions. To achieve this, a mixed-method, qualitative approach was adopted. The conscious decision for adopting a qualitative research approach was based on several predominant reasons. The mixed method qualitative research allowed for focused selection of data and more detailed data collection. Because of the multi-faceted nature of the thesis, adopting quantitative methods would likely have limited the scope of the thesis to one or two of the elements. This would have nullified the complexity of the subject, where qualitative research has created the opportunity to focus on the numerous and reciprocal relationships.

An important aspect in this subject is human observation and experience. Transforming human experience and emotion into quantitative data is difficult. It often leaves out important aspects that cannot be expressed in numbers or statistics. This human factor, combined with its many elements, makes this specific research relatively complex, making a qualitative study a more fitting choice. A qualitative approach also allows for more creativity and incorporating opinions. Allowing interviewees to express their opinion and feeling on certain topics gives insights that would be difficult to obtain through quantitative data.

Desk-research and systematic literature review

To answer the research questions, a detailed literature analysis was conducted to define and describe the relevant concepts, as well as identify the trends and relationships between the concepts. The goal of the desk research was to connect the available literature and fill in knowledge gaps in the specific cases in the Netherlands. Desk-research and literature has been selected as one of the research methods, because of the abundance of available information on the different topics within this thesis. At the same time, it was opted to perform a literature study due to the lack of time and budget to gather all needed data in both research areas, making a literature study the preferred method.

The following sources and data-bases have been used to gather relevant literature, data and policy documents:

- Journal databases: Google scholar, Web of Science
- RU Online library
- CBS statline: for statistical information specifically for the Netherlands
- RIVM: for publications and figures on Dutch health and healthcare
- National, provincial and municipal government websites: for policy documents and reports
- GGDs: for publications of local health policies and statistics

Not all documents and reports are eligible. To be able to systematically assess literature, data and reports the following inclusion criteria are applied:

<i>Inclusion Criteria</i>	<i>Application example</i>
<i>Relevance</i>	Articles can be both directly and indirectly related to the topic
<i>Credibility</i>	Articles must either be peer reviewed or published by a creditable agency or governmental actor
<i>Age of material</i>	Articles must not be older 20 years (articles on fundamental theories excepted), data must not be older than 10 years
<i>Type of studies</i>	Both qualitative and quantitative studies are included

Semi-structured interviews

Important in this research are the semi-structured interviews. Relevant stakeholders, as well as experts on relevant topics, are interviewed in order to gather detailed information, specifically on currently running research as well as information specifically to municipalities of interest. The interviews were semi-structured, consisting of a set of pre-determined questions and allowing additional question where needed or wanted. The reason for opting for semi-structured interviews was to provide a structure during the interviews to gather the needed information, whilst at the same time allowing for additional information or clarification where needed.

Before each interview an interview guide was set up to provide guidance and structure during the interviews. Although consisting of different questions for each interviewee, the structure of all interview guides was similar. The general structure of the questions was as follows:

- **Introduction:** who am I, who is the interviewee
- **General questions:** what are the task of the interviewee and the organization
- **Detailed questions:** how does the organization contribute/influence the topics concerning the research
- **Opinion:** do the views of the interviewee differ from the organizations/generally accepted views
- **Evaluation and reflection:** looking back and looking forward, what have we learned and what do we still need to do
- **Anything I missed:** have a missed a topic which the interviewee thinks might be relevant

The interviews have been set up in this way to provide guidance, as well as to ease the interviewee into explaining more difficult or controversial topics. By leading the interviewee from general and factual information to more reflective and opinionated information, rather than immediately asking about (perhaps) more difficult or sensitive matter, the interviewee should be eased into the topics and hopefully think critically about the answers given.

The following interviews have been conducted:

<i>Interviewee</i>	<i>Description</i>
<i>Municipalities</i>	Interviews were conducted with policy officers of the largest municipality in each respective shrinking region (Delfzijl for Groningen and Heerlen for Limburg) to incorporate the vision of the municipalities on health and participation
<i>GGD</i>	GGD's are responsible for health research, health provision and they support municipalities in their health programs. Interviews were held with each respective GGD (GGD Groningen and GGD Zuid Limburg)
<i>Provinces</i>	To get the point of view from the overarching government organization, interviews were conducted with the province of Groningen and Limburg
<i>Ehsan Nouzari</i>	A PHD candidate on the topic of participation and self-management
<i>Health Insurance company</i>	Health insurance companies have got a very big influence on decisions concerning health, healthcare and morbidity prevention. The insurance company of choice is Menzis, the most common health insurer in the province of Groningen
<i>Heerlen StandBy</i>	Heerlen Standby is a health cooperation, responsible for many of the municipal healthcare tasks in Heerlen

Transcribing and coding the interviews

In order to transform the qualitative in-depth interviews into useful, structured findings the interviews have all be transcribed and coded, according to the following plan.

- **Transcription:** all interviews have been transcribed. The goal in this phase is to stay as close to the actual spoken interview as possible. The initial plan was to write out the interviews close to verbatim, so subtleties in answers were easier to detect. During the process however, the time constraint directed the type of transcription towards edited transcriptions (hence two different styles of transcription within this thesis). The essence of the answers was kept, but documented in a more summarized way. This allowed for much quicker transcription. The verbatim transcriptions were used the same way as the edited transcriptions (so no discourse analysis) to prevent skewed findings.

The only interview not transcribed and coded was the interview with the GGD Zuid-Limburg. Due to time constraints from both sides, this interview was conducted via telephone. Because of technical problems, the recording of the interview was unsuccessful and inaudible later. As quotes from this interview cannot be traced, no quotes from this interview were included in the findings and results.

- **Orientation:** After transcription, the interviews were fully read through several times and quotes of interest were highlighted and numbered. The numbering ensured both traceability for the reader and during the research. The numbers consist of a main interview number, followed by a quote number. For example, the 12th quote in interview number 4 has got the number 4.12. Due to the failed recording, there is no in
- **Open coding:** the selected quotes were first coded with an open code. This was predominantly the essence of the quote
- **Axial coding:** In this step, corresponding open codes were coded in 'code categories', grouping open codes of similar nature. This created main categories which allowed for later comparison of text excerpts. By selecting certain codes, all text excerpts with similar codes could easily be compared. It also showed any abnormalities or irregularities within one code group.

Observational data

In addition to the literature review and interviews, a small selection of observational data has been collected. Trips to both cases-study regions were used to collect photographic observations of predominantly the built environment. On these trips, attention was paid to the quality of housing, quality of the green environment and the availability of amenities (such as shops, public transport and healthcare facilities). The observational data were used to strengthen arguments based on interviews and literature.

Findings

Introduction to the findings and results

In the following chapters, the findings and results from the interviews and literature research will be presented. First, a baseline is set-up. This baseline highlights how events in the (economic) history of Groningen and Parkstad Limburg caused these areas to become regions of demographic decline and poor overall health. Next, an analysis of health policy documents shows what is currently being done to improve the health standard in both regions. After that, the findings from the conducted interviews will be presented. These findings focus on issues and details which are not presented in the policy documents, in order to get a complete picture of the current problems and the presented solutions. The last part of the findings focuses on the topic of participation. Participation appears to play an essential role in current (health) policy. This will be explained later.

Findings based on interview excerpts are marked with a superscript code. With this code, the original quote can be traced in the transcribed interviews (added in appendix I), or in the list of open and axial codes (appendix II). The first digit represents the interview number, the second digit(s) represent the number of the text excerpt in that specific interview.

The results section combines the findings from the literature study, interviews and observational data in order to present an answer to the sub-questions and aim of this thesis. The results are being presented in order of sub-question. Each answer combines different findings from the interviews, literature review and policy analysis. Finally, the results are summarized and presented in a framework to answer the main aim of this thesis

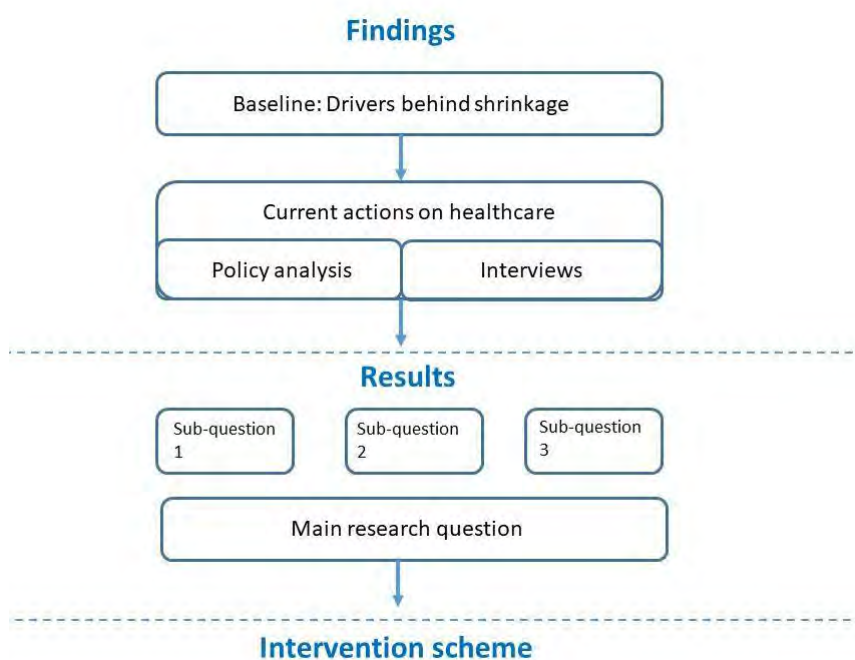


Figure 3: Schematic representation of findings and results

Presenting the baseline: recent history and current situation

The economic history of Groningen

Poverty and shrinkage have been topics of concern for centuries in the province of Groningen. Records from the 16th century document memories of ‘thousands of poor at the gates of the city’ (Buursma, 2009). When waterways silted and the land behind them dried up, Groningen became a province with large stretches of fertile soil (Haartsen & Brandt, 2009). Where the land in the north and east of Groningen was mainly made up of clay and silt, the southern border of the province was made up of peat soils. In the 12th and 13th century these peat soils were won and dried to be used as fuel. Peat was won by separating the unusable top layer from the peat in the lower layers. Once the peat was cut and removed, the top soil layer was mixed with the sandy soils underneath to create usable agricultural soils. Especially in the 18th and 19th century, when demand for fuel was high and wood was a scarce good in the Netherlands, prices for peat were high. The combination of peat mining and large stretches of high quality agricultural soils meant that the province of Groningen was relatively prosperous around the 18th century, even though differences between land-owners and land-workers were big (Haartsen & Brandt, 2009). Land-owners lived in big mansions, whilst workers often experienced pitiful living conditions.

Besides agriculture, Groningen developed two other sources of income: mining and agriculture related industry. Several types of mining have long been part of the Groninger economy. Mounds (wierden in Dutch) have been mined for their fertile soils, clay was mined for the production of bricks and in more recent history oil and gas. To process mined and agricultural goods, small industries were set up. Clay was turned into bricks, potatoes were milled into starch and wheat straws were processed into strawboard, comparable to what we now know as cardboard. Strawboard however, was a very inflexible product and was not able to meet the higher, modern standards, like cardboard does, and over time a lot of factories closed (Haartsen & Brandt, 2009).

For centuries the motor behind the economy in Groningen had been agriculture, however the agricultural crisis at the end of the 19th century brought unwanted changes. Cheap produce from the USA, Canada and Argentina flooded the European markets, Dutch farmers could not compete with the low prices and many farmers went bankrupt. Flows of migrants moved from the Groningen countryside to the cities or to the west of the Netherlands in search for employment. The agricultural crisis amplified the difference between workers and the elite, as well as accelerating the process of urbanization and industrialization (Geurts, 2009).

After the second world war, in the 1950's, the lack of economic development in the province of Groningen was to be solved by attracting new industries. The city of Delfzijl, in the north-east of Groningen, was appointed to become an industrial center (Geurts, 2009 & Andere Tijden, 2004). Large sums of subsidies had to boost the growth of the industrial sector, seasonal work had to be replaced by factory work (Hemel, 2016). Because of the large amount of subsidies many Dutch and even international companies moved to Delfzijl. Fueled by the belief that the population of the Netherlands would grow to 20 million people in 2000, thousands of low-cost, bad quality houses were built in record time to house the new

workforce in Delfzijl. To make space for the growing industry several historical villages, such as Oterdum, were demolished. But the growth didn't come. The oil crisis in the 1970s and the relocation of industries to low-income countries halted the growth of the industry in Groningen. Growth-prognoses were adjusted and subsidies removed. The city that was supposed to be the industrial motor to the region did not work anymore and growth in the northern province halted. To reverse this process the Dutch government announced regional strategies that included the 'spread of government tasks' (Molema, 2015). Government-owned companies, such as the national postal company PTT, were to be moved to the north of the country to improve the local economy. Employees of the PTT resisted the 'deportation' to the north, but to no avail. Equity and efficiency were the drivers behind these regional strategies, but again reality did not conform to the plan. Motivation to redistribute government tasks faded and over time the PTT split up into two companies (KPN and TPG) and moved back to the west of the country (van Witteloostuijn & Oosterhaven, 2006).

After spreading of government tasks failed, new negotiations in the Hague led to the 'Compass of the North' (Kompas van het Noorden in Dutch) in 1999 (Van Witteloostuijn & Oosterhaven, 2006). This so called compass resulted from a scenario-study by five Groninger economists. This study was based on the idea that 115.000 footloose jobs and almost 90.000 students, asylum seekers and pensioners, as well as transport- and space intensive companies and industries would move to the northern provinces. This move would be the result of high living costs and congestion in the western provinces. In total the number of jobs created would add up to 250.000 and the total number of people would be almost 700.000. As a result, an ambitious plan of policy measures, worth 4,5 billion euro, was introduced to facilitate this 'shift' between 2000 and 2010. The Compass of the North emphasizes the importance of development of the Northern provinces, however problems in financing impeded this development. The fund for the North, as well as the maglev train connection to the north, never materialized. Future developments are unsure, as the 2004 note 'Pieken in de Delta' seems to mark the definite transition from policies stimulating disadvantaged regions to policies stimulating 'promising regions with national economic interest' (van Witteloostuijn & Oosterhaven, 2006).

Overall, the biggest contributors to the current level of economic decline in Groningen appear to have been the result of several world-wide economic crises in the 19th and 20th century. The things that had been the economic driver in the region for centuries (agriculture and related industries) were not able to compete with the lower priced international competition, attempts to transform the economy of the region into an industrial or service based economy have faulted due to economic crises and the peripheral geography of the region. Without new economic impulses, younger people with a higher educational status left the area in search of better jobs and economic prospects. This trend has not been reversed up till now, and is not expected to change in the coming years.

Economic history of Parkstad Limburg

The province of Limburg was not part of the Netherlands until 1839 (Berkvens, 2008). Until that time the province belonged to Germany, Belgium, France and Austria, and the continuous time of war and occupation left the Province of Limburg poor. All throughout the 19th century Limburg was the poorest province of the Netherlands, with an average income

that was 40% lower than the rest of the country (Graetheidecomite, n.d.). Most people in Limburg lived of small scale farming and later in the 19th century from the emerging pottery industry. Poverty and child labour were wide spread, as wages were as low as 5 cents an hour, far below the minimum wage of f1,80 per day (Simons, n.d.). Change would come in the early 20th century when a growing demand for coal inspired the start of a new industry. Since the middle ages, coal has been mined in the south-east of Limburg, around the town of Kerkrade, in the mine Domaniale, but never on a very large scale (Demijnen.nl, n.d.). When in the late 19th century fuel demand grew, the interest in coal mining in South Limburg grew with it. In 1893 the concession for a new mine in Heerlen was given: the 'Oranje-Nassau I', which started operating in 1899 (Demijnen.nl, n.d.). After a relatively slow start a total of twelve mines were in operation by 1928 in Limburg and in about twenty years the mining industry turned the south of Limburg from the poorest region in the Netherlands to a flourishing industrial region (Demijnen.nl, n.d.)

The mining-era in south Limburg runs from 1900 to roughly 1965 and can be divided into 3 different time-periods: 1900 to 1930 (the start-up phase), 1931-1944 (crisis and war) and 1945-1965 (post-war to the end) (Langeweg, 2011). The first phase is characterized by rapid expansion of the mining industry, increasing the number of workers from around 600 in 1898 to almost 38.000 in 1930. The demand for workers was very high and drew a lot of foreign employees to Limburg. The demand for workers lowered during years of crisis, allowing the mines to be selective about the personnel they hired. Where the share of foreign workers decreased, societies in Limburg lived completely of the mining industry. Right after the second world war, the demand for coal was very high and South Limburg thrived. Coal miners were paid a good salary, they earned 10% more than an average worker, 25% more than a factory worker and an incredible 75% more than a construction worker (Andere tijden, 2006 & Andere tijden, 2015). Because of these high wages the town of Heerlen grew to be the second richest city in the Netherlands, after Rotterdam. Heerlen was known for its abundance of shops and malls.

To ensure a constant accretion of workers, special mining schools were set up run by the Dutch State Mines (DSM) (Andere tijden, 2006 & Andere tijden, 2015). These schools were called underground trade schools ('de Ondergrondse Vakschool'), and were meant for boys aged 14-18 to learn the trade of coal mining. For the mines it meant a constant flow of trained miners, for society it meant a very strong sense of social cohesion and comradery. Fathers, grandfathers, sons and uncles, everyone worked at the mines. DSM produced a lot of propaganda about work in the mines, the heroic image of the coal miner was emphasized, but very little was told about the risks, danger and filthy nature of the work underground. The negative effects of the work underground, mainly silicosis ('stoflongen' in Dutch) were ignored and compensation was very rarely granted (Andere tijden, 2015). Despite this, the sense of community in the mining region remained high. Also important was the fact that the mines created a mono-economy: there were hardly any other types of employment.

This mono-economy was not a problem until the 1960's. Around this time the first rumors concerning the closing of the mines popped up (Andere tijden, 2006 & Andere tijden, 2015). On December 17th 1965 the minister of economic affairs Joop den Uyl announced the closing of state mine Maurits on April first 1966. All the other mines in the area would also close within 10 years, the last bit of coal was mined on December 31st 1974. In his speech the

minister promised that no job would go lost without replacement, however a plan on how to replace 75.000 jobs was not given. The coal from Limburg had lost to oil, gas and cheap coal from China and Poland. The mines were no longer able to generate a profit and the economic motor of the mining area in Limburg stopped.

The unemployment following the closing of the mines was enormous, as the whole society in Parkstad Limburg was built around the mines. Almost 6 billion guilders, (3 billion euros) of compensation money were promised to the region to create new jobs, inspire investment and rebuilt the area (Dohmen, 2014). To compensate for the loss of jobs in the mines several governmental services were transferred to Heerlen, but the transition from mining to office work was too big. Underground miners were asked to work in the newly built DAF car factory (Andere tijden, 2012). DAF had grown as a company during the second world war by building trucks and military vehicles, and after that economic prosperity inspired the company to start producing a passenger car. The new DAF factory was built in Born, close to the state mine Maurits, so miners could easily transfer to the new factory. At the time of the opening, 70% of the employees of DAF in Born were former miners. However, the old miners were not satisfied. As miners they were used to a lot more freedom, autonomous work and a higher salary. Standing in a production line all day was too big of a change for most and after a few years only 30% of DAF employees were old miners. DAF also had problems with the image of their new car, as it was presented as a simple and easy car, a car anyone could drive. Despite a lot of effort to improve the image of the DAF, the car could not compete with other cheap cars from Asia and in 1975 DAF was taken over by Volvo. DAF had not brought the employment the region needed (Andere tijden, 2012).

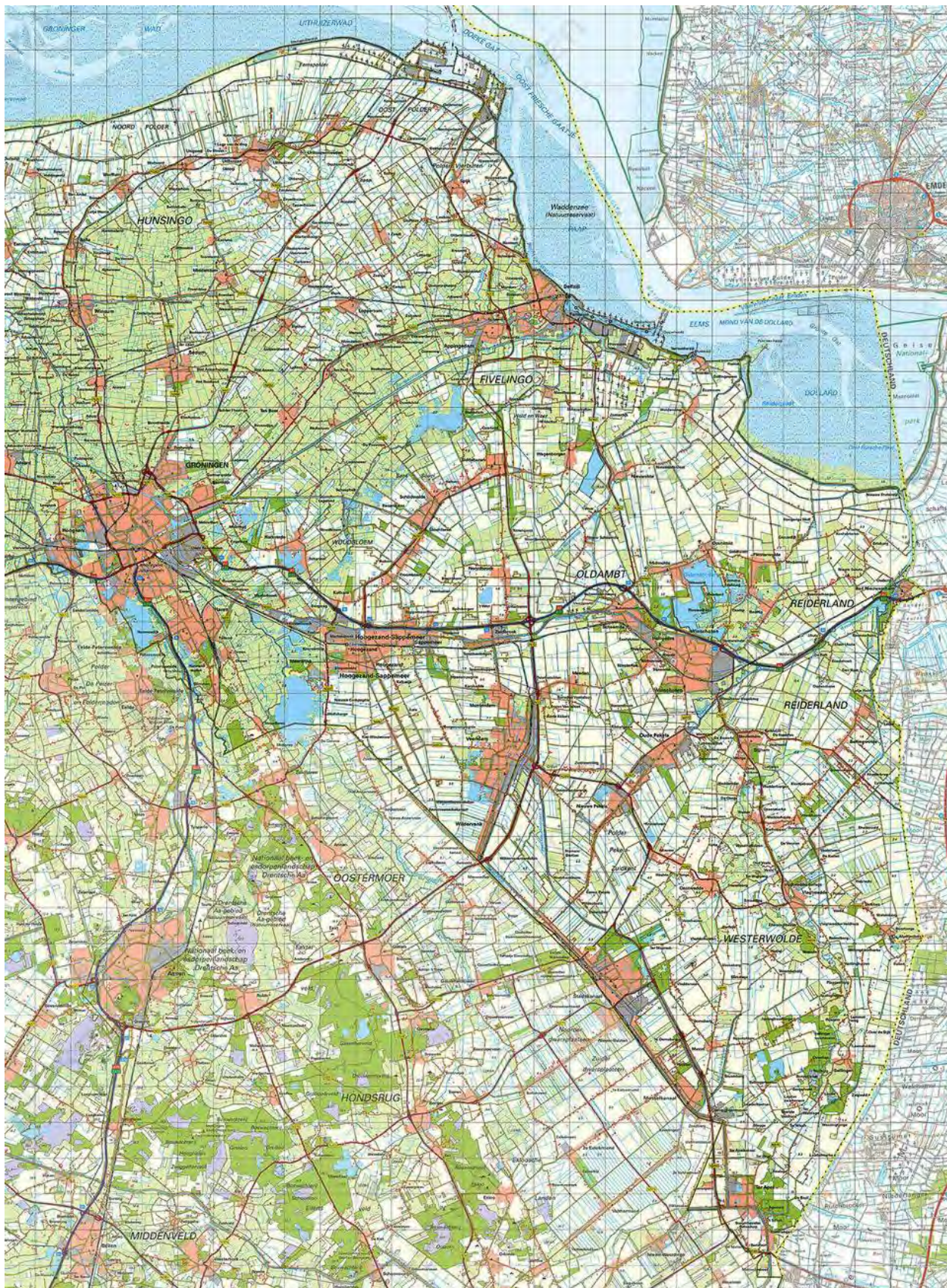
What about the compensation money? Shortly after his speech, Den Uyl left as minister of economic affairs, so a lot of promises made to the mining region were not kept. The slow breakdown of the mining region did not happen (a rapid demolition was applied), bringing large waves of unemployment in a short time. A lot of the money meant for the region did not reach its destination due to corruption or failed business practices. The city of Maastricht also took up a lot of the money meant for the mining regions as a result of a very good lobby. The city flourished while the mining region, and especially the city of Heerlen, landed in freefall (Dohmen, 2014). With the freefall of the economy in the region and the loss of jobs also came the disassembling of society. A society that was built and had grown around the mining industry fell apart when the mines closed.

The south of Limburg had been transformed from a very poor area into one of the most prosperous regions of the Netherlands relatively quickly because of the mining industry. However, this mono-economy in the south of the province left the region vulnerable. When the mines closed and unemployment increased dramatically, there was little left to keep the economy running. Perhaps as important, the society that existed over the mining industry collapsed, and new industries were unable to rebuilt that society. Compensation for the loss of economic activity never reached the places that needed it most. Till today, cohesion and economic prosperity have not found Parkstad, and average socio-economic status and health remain lower than the national average.

Changes in the built environment

The (economic) history of Groningen and Parkstad Limburg left its marks on the built environment. In Groningen the scattered structure of small towns and villages, alternated with large stretches of agricultural land is very visible on the topographic map. In this agricultural land, especially in the south-east of the province, you can clearly see the pattern left by the peat mining: the very distinct clustering of small strips of land. In the north-east the remainders of the industrial growth in Delfzijl is visible. A little further south-east we find the Dollardpolder, an area of reclaimed land which for centuries has been used its fertile soils. Nowadays it is one of the 'emptiest' parts of the Netherlands with very few inhabitants.

The topographic layout of Parkstad Limburg is very different: towns and villages in Parkstad have fused together into one large urban agglomeration, especially during the mining period. People lived in close proximity to the mines in very tight neighborhoods. The style of houses built for the working class is still very visible in many of the towns in the region. Some major changes in the built environment were initiated when the mines closed. The goal was to make that what was 'black' (from mining dust) green again. The historic mines and debris mountains were transformed into green areas and parks.



Map 1: Topographic map of North and East Groningen



Map 2: topographic map of Parkstad

The differences in topographic layout cause different issues in both regions. Especially the peripheral areas of Groningen are struggling with a serious lack of mobility ^{9.27, 9.28}. The urban areas are widespread so people are often left to motorized transportation. However, due to demographic decline public transport in this area is minimal (and continuing to minimize). If we take the example of Ganzedijk, the bus leaves only twice every day (In the direction of Finsterwolde at 8:07 and in the direction of Bad Nieuweschan at 15:14). Even at the main station of Winschoten, there are few options for public transport (Photos 15 and 16), with only three buses an hour in the weekends. Due to the close proximity of towns in Parkstad, the problem of mobility and public transportation is a lot less prominent. Most towns in the agglomeration have got a train station (with the exception of Brunssum and Hoensbroek), and most town are connected to one of the many bus lines. In Parkstad a total of 30 bus lines are in operation (Arriva, 2018), compared to only 16 bus lines in the province of Groningen (OV nieuws GD, 2019). This creates an issue with mobility for the inhabitants in Groningen, especially those who don't own a car. This creates barriers for people to visit amenities, especially since a lot of shops, health services and schools are closing ^{3.13, 9.15}. Photos 9, 10 and 14 show the disappearing of shops in Groningen. Although the closing of amenities seems to not be as urgent of a problem in Parkstad, the trend is being recognized.

A problem shared in both areas is the size and quality of the housing market. Because of demographic decline, both Parkstad and Groningen experience large housing vacancies. This problem has been recognized for a number of years and in many areas the process of demolition and restructuring of neighborhoods has started. Another feature both areas have in common is poor housing quality. Both areas experienced fast growth in the 1950's, after which large amounts of houses have been built. These houses were often of lower quality, something which is still very prominently visible today (photos 4, 5, 6, 8 & 11).



Photo 4: Council housing in Ganzedijk



Photo 5: Workers housing in Heerlen



Photo 6: Bad housing quality in Heerlen



Photo 7: Deserted, empty church in Heerlen



Photo 8: Workers housing in Oude Pekela, Groningen



Photo 9: Vacant shops in Oude Pekela, Groningen



Photo 10: Vacant shops in Oude Pekela, Groningen



Photo 11: Council housing in Oude Pekela



Photo 12: Restoration of a neighborhood in Spekholzerheide, Heerlen



Photo 13: Restauration of a neighborhood in Spekholzerheide, Heerlen



Photo 14: Vacant shops in Veendam, Groningen



Photo 15: The empty Winschoten central bus station



Photo 16: The departure screen at Winschoten central bus station



Photo 17: Boarded up deserted buildings in the center of Winschoten, Groningen



Photo 18: Demolition of a neighborhood in Schinnen, Limburg

The current situation - Socio-economic status and health statistics

Up until now, neither the North-East of Groningen nor Parkstad Limburg have succeeded in recovering from their economic and demographic decline, processes which are visible in the reported socio-economic status in the region. The chart below (chart 1) shows the socio-economic status score for the shrinking regions in Groningen and Parkstad Limburg over time (for the years 1998, 2002, 2006, 2010, 2014, 2016 & 2017), compared to the national average. The status-scores have been calculated using four indicators: the average income, the percentage of people with a low income, the percentage of people with a low education level and the percentage of jobless people. The average status score of the Netherlands is 0, every score above 0 shows a higher than average score, every score below shows a lower socio-economic standard. The Groningen region has been divided into three different regions (dependent on location: North-East (region 1), East (region 2) and North (region 3)), Parkstad has been given one region number (region 4) due to its municipalities being connected and in closer proximity. The status-score has been calculated for the years 1998 to 2017. The full dataset is available on CBS.nl

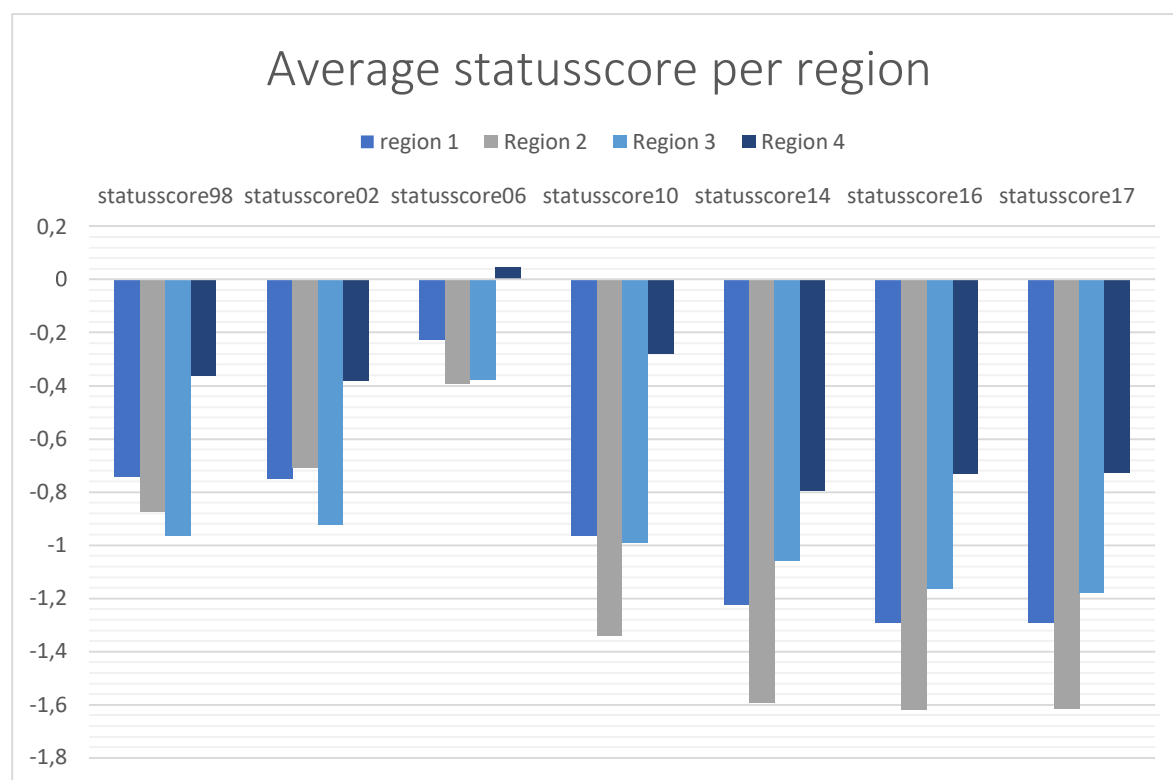


Chart 1: Average socio-economic status score per shrinking region, based on CBS data

This chart shows that, throughout the time series, the average SES of both regions has been below the national average, with the exception of Parkstad in 2006. Interesting to observe is the sharp decline in status-score after the economic crisis in 2008, without showing much improvement when the Netherlands as a whole started to grow out of the recession in 2014. What is also interesting is the continued decline of the average SES in Groningen, where Parkstad Limburg seems to show some improvement since 2014. This leads to the last

observation to point out, which is the relatively big difference between the status-scores in Groningen and Parkstad Limburg. The RIVM stated in their research that people of South Limburg experience the lowest average health, so it would be expected that the status-scores would reflect this. However, this is not the case as Parkstad continuously displays a higher SES than the regions in Groningen. This could be due to some historic or cultural heritage, but is not explained through the data or in the study.

The RIVM report states that people living in shrinking regions are generally less healthy than the national average. The following charts show the health statistics of the Netherlands and the shrinking regions North and East Groningen and Parkstad Limburg. The statistics have been calculated using the National Health Monitor 2016 (data retrieved from the CBS). To better show the difference between the Dutch average and the shrinking regions the average has also been calculated for the Netherlands as a whole, but without the provinces of Groningen and Limburg.

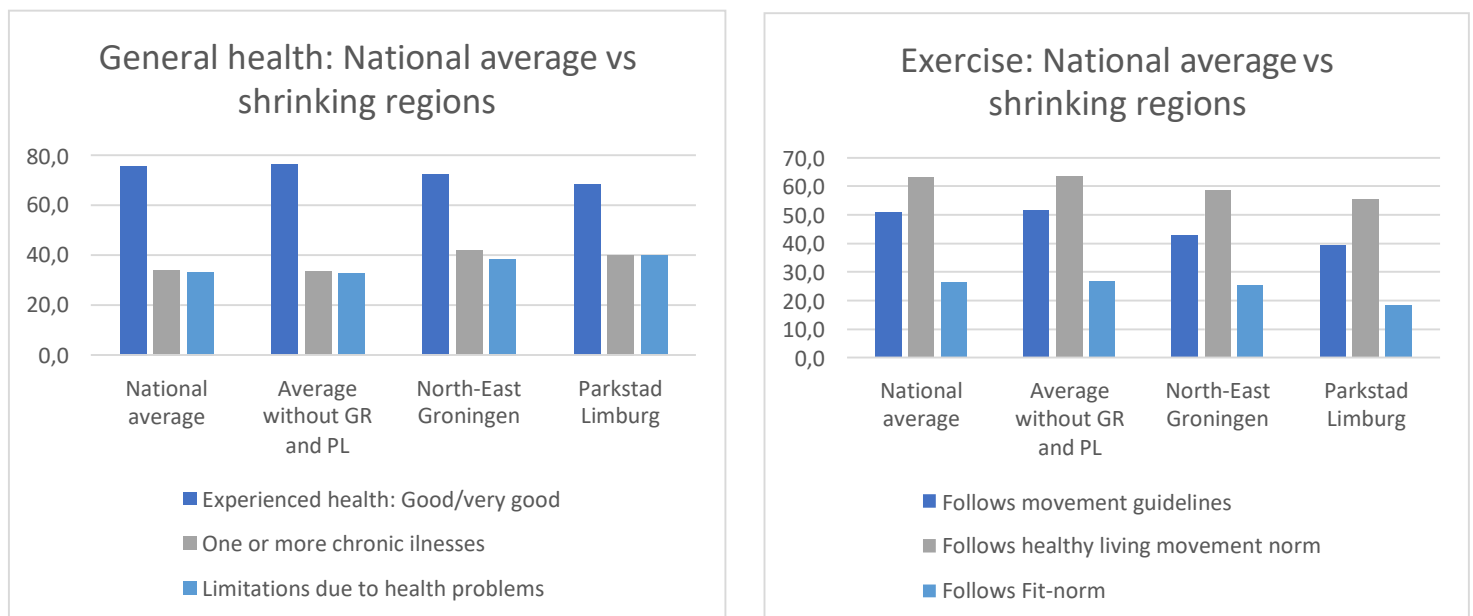


Chart 2&3: General health and exercise per region, based on CBS data

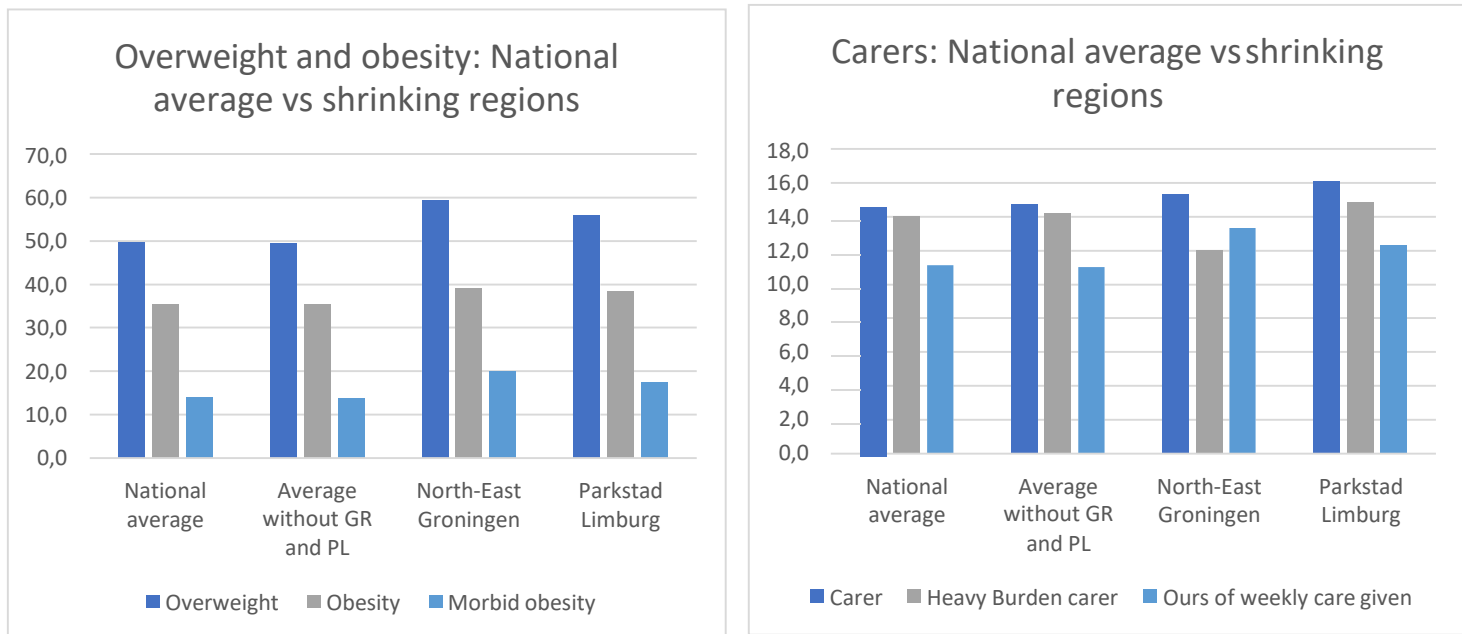


Chart 4&5: Overweight and obese individuals and percentages of care - takers, based on CBS data

The charts above highlight several different aspects of health: general reported health, weight, movement and the percentage of people giving care. The full dataset is available on CBS.nl.

These data support the conclusion of the RIVM report: people in shrinking regions have a lower reported general health, with the health of Parkstad Limburg being reportedly the lowest. The region of Parkstad also has the lowest reported percentage of people following national health guidelines on movement and sport, but interestingly not the highest percentages of overweight people and obesity. Parkstad does have a high percentage of both caregivers and heavily burdened caregivers. North-east Groningen has the highest reported percentage of overweight and obese people, but a higher percentage of the population follows the healthy movement guidelines. The percentage of heavily burdened caregiver is lower than the national average, but interestingly they give more hours of care.

The figures presented by the health monitor data are known and acknowledged by policy makers and researchers, as became clear throughout the interviews. It is known that people both in Groningen and South Limburg utilize more healthcare ^{2.7, 4.2}. The likely reason behind this could be attributed to the level of complexity of the problems and the lower socio-economic standard within the regions. The interviews generally confirmed that a lot of people within the regions face a multitude of complex problems ^{1.3, 1.11, 2.5, 3.10, 3.11, 3.12, 8.4, 8.5, 9.4}. A lot of these problems can be attributed to the lower socio-economic standard in the areas ^{1.4, 2.17, 2.23, 3.1, 3.2, 4.24}, and the lifestyle that often accompanies a low SES ^{1.68}. A big problem in both areas is the level of aging ('vergrijzing' in Dutch). Because of selective migration and a low birth rate the average age of the population rises, which means that simultaneously the level of health consumption increases ^{9.29}. This follows the conclusion by Grossman (1972), but it also creates a problem in the supply of healthcare. Workers in the healthcare sector are getting older and will retire without a new generation to take over ^{1.20, 1.21}. The level of aging

also creates a high rate of loneliness in the regions ^{1.54, 4.12, 8.7}, increasing the risk of (mental) health problems (Coyle & Dugan, 2012 and Gerts-Emerson & Jayawardhana, 2015). The current situation creates a risk of a poverty trap ^{3.24, 4.5}. The different problems build and amplify each other, as well as transfer from generation to generation (Martin et al., 2010).

Culture: heritage and change

An important factor in both the level of health and socio-economic status is culture and cultural heritage. People who are born in a family with a lower socio-economic status often have a lower education and experience more health problems. This in turn causes people to have a lower SES later in life as well ^{3.24, 4.5}. Children learn a certain behavior from their parents in terms of lifestyle and food choices and carry them over into their later lives. This generation effect has a large influence on how people behave as adults ^{3.24, 4.5}. Not only do children learn from their parents, the social circle in which people live also influences their lifestyle. This social influence, combined with cultural heritage, has a big influence on the way people live their lives. This is very visible in especially Parkstad Limburg ^{2.19, 4.4}. During the mining era the community was very close, people relied on each other and relied heavily on the mines during their entire lives. The mines would care for you from cot to grave, and outside the mines there was always the church to take care of everything else. This mentality seems to linger in Parkstad Limburg ^{2.19, 2.21, 4.4}. Although these social circles do no longer exist, the people in Parkstad still tend to look at the government to lead the way and solve the situation. This means that the transition from a welfare state into a participation society is going to be a large transformation ^{3.26}, but it also means that people might be more open to information and direction from governments or government related organizations.

It is difficult to motivate people to change something as personal as their lifestyle, without being moralizing ^{1.57, 3.40, 9.6}. Motivation has to be intrinsic, people will not change their lifestyle just because someone tells them to change it ^{1.63, 9.26}. Without a sense of urgency it is difficult to see why one should change ones' lifestyle, especially since people do not see the direct consequences of their actions. This is partly due to the system of health insurance. People do not experience the full cost and consequences of unhealthy lifestyles, as health insurance masks the real costs. People only see the monthly costs of their health insurance premium, which does not go up as a result of an unhealthy lifestyle. Society pays the rest^{3.39}. What does seem to be effective is to have people in a similar situation speak to them and motivate them to change their behavior ^{2.36, 8.13}.

Interviews from both regions indicated that in order to tackle this generational heritage, the focus of policy is shifting towards the youth ^{3.25, 4.8, 4.28, 5.26, 9.8}. The combination of health, lifestyle and education has been mentioned several times throughout the interviews, especially in the context of prevention. The goal is to prevent the new generation from smoking, drinking or live unhealthy lifestyles. The topic of prevention however is a little more complex than it seems. Even though most interviewees would agree that prevention is important ^{4.31, 5.26, 8.20}, there are some hurdles to be overcome. The biggest hurdle seems to be deciding who is responsible for the prevention programs and most importantly who is going to pay for them. Currently, municipalities or provinces are not legally obliged to provide

sickness prevention programs, which causes an issue in deciding who is responsible. The main problem is, that if municipalities are to provide prevention programs and spend money on the youth, there is no guarantee that these young people will stay living within the municipality and participate and contribute to the local community. Municipalities do not want to pay for prevention if they will not reek the benefits ^{4.17, 5.27}. One could argue that health insurance companies are the ones that benefit the most from an elaborate prevention program. Health insurance companies have the legal obligation to execute the Dutch Care Insurance Act (Zorgverzekeringswet in Dutch) ^{9.16}, they are not legally obliged to set up healthcare prevention. Without this legal obligation, insurance companies will not likely engage in healthcare prevention, as prevention has been shown not to be profitable for them ^{9.2, 9.22}. In the end, the only result the insurance company sees, is that the moment people need intensive healthcare is postponed, as people use the most healthcare in the last stages of their life ^{9.29}. Apart from that, health insurance companies do not service everyone in a certain area, but only those insured with the company ^{9.20}. So, in spite of the fact that no organization is legally obliged to provide prevention programs, several interviewees state that these programs are necessary to get people to change their unhealthy lifestyle.

Improving the health standard

Health policy in South Limburg

The fact that people in the South of Limburg are generally less healthy than the national average is well known with municipal and provincial governments in the region. The aims for regional health policy for the time period 2016 to 2019 are being described in the report 'From signal red to bronze green' ('Van signaalrood naar bronsgroen' in Dutch (GGD Zuid Limburg, 2016)), where the signal red refers to the red colour when looking at maps showing the health status of South Limburg, and bronze green refers to the mention of a bronze green oak forest in the anthem of the province of Limburg (Limburg mijn Vaderland). The document states that despite efforts and successes from the previous governance cycle, the structural health disadvantage compared the national average has not been caught up as of yet. When looking at the figures from the national health monitor, it becomes clear that the gap has actually increased over the years. This does not mean that people in the South of Limburg have become less healthy, but it does mean that additional efforts are needed to decrease the gap. To achieve this, the new policy document has been created in co-production with several municipalities, the province, the GGD South Limburg and several health professionals (not specified).

An important aspect of this governance cycle concerning health is the term 'positive health'. Using the concept of positive health, the new policy strives to reach a level of health in which people have the ability to adapt to 'challenges of life' and self-manage their life and health. This stands in contrast to the widely used definition of health formulated by the World Health Organization in 1948, which focuses on the state of complete physical, mental and emotional wellbeing. The reason for adopting a positive health approach as stated in the document is the impossibility for complete wellbeing. Therefore the focus is shifted to

concepts like resilience, functioning and participation, and the approach is shifted to support and encourage people. The approach utilizes 6 pillars and ambitions:

- Body functions: *I feel physically healthy*
- Daily functioning: *I can take care of myself*
- Social and societal participation: *I have contact with other people*
- Quality of life: *I enjoy life*
- Mental wellbeing: *I feel happy*
- Spiritual/existential dimension: *I have faith in the future*

To achieve the stated ambitions, a regional three program approach has been aimed for. The regional approach allows for collaboration with local and regional partners. The three aimed programs are:

1) Healthy youth

- a) Prevention and early signs
- b) Safe and healthy upbringing
- c) Relation with education

Specified actions in this program include the realization of a safe and healthy upbringing through social inheritance in vulnerable groups, increase the talent development of children through the program 'healthy elementary school of the future' and prevent early leave from education of at risk students.

2) Healthy neighborhoods

- a) Labor and participation
- b) Prevention and health

Specified actions in this program includes defining the top 3 priorities in each neighborhood, setting up dialogue with people in the neighborhood and setting overlapping goals, actions and results. Another important part in this program is to focus on the concept of positive health, teach people about the concept and setting up a network of positive health in South Limburg

3) Attention to vulnerable groups

- a) Intensive cooperation with police and prosecution
- b) Domestic violence
- c) Diverse local care

Specified actions in this program include early signaling, proactive approach to vulnerable people and increasing the cooperation in care for these people.

Health policy in Groningen

The health policy for Groningen for the time period 2017 to 2020 is presented in the report 'Public health in the region of Groningen, development perspective 2017-2020' ('Publieke gezondheid in de regio Groningen, Ontwikkelingsperspectief 2017-2020' in Dutch (GGD Groningen, 2016)). The focus of this policy document is to present suggestions for

maintaining public health in the region of Groningen under several scenario's, present changes in the social, financial, organizational and material domain for municipalities and the GGD.

The document starts with presenting a framework concerning the domain of public health. It discusses the changes in discourse on health, again shifting focus from the absence of disease, to being able to regulate and self-manage ones' health and life. An important player in public health is the GGD, through monitoring and advise, health prevention, public health in case of crisis or disaster and as a supervisor. The GGD Groningen cooperates intensively with municipalities.

The report underlines the importance of the ever changing physical milieu and setting. A current topic in Groningen is the reorganization and reclassification of municipalities. This creates changes in the organizational domain, but also in the social domain, which is closely related to public health. In the domain of public health, one of the main tasks is prevention. However, a problem is the so called 'prevention paradox', meaning that prevention has certain costs and efforts, but its benefits are not directly visible. Because, as is stated earlier, neither the insurance companies nor the government are legally obliged to provide prevention programs, it is going to require a lot of effort to reach a next level in prevention (GGD Groningen, 2016). In order to reach this next level, the health policy in the Groningen region is based around the joined efforts in the public health and social domain. They suggest an integral approach, based on the following domains:

- Public health
- Education
- Youth aid
- Social Support Act
- Participation
- Safety

Again, an important pillar in the public health approach is the focus on youth and education (creating a 'healthy next generation'). A lot of focus is also placed on 'healthy lifestyles' (including the consumption of alcohol and tobacco and the influence of nutrition and BMI).

In the next section of the report, the four different scenarios are described. Each scenario sketches the size and efforts of the GGD, the monetary cost and tasks. For this thesis, the monetary costs are not investigated.

How the policies compare

The most noticeable difference between the two policy documents is the way the information is presented. Whereas the policy document of South Limburg mainly presents plans and aims, the policy document of Groningen first presents a current framework of the state of public health in Groningen and the state of the GGD. After this, based on the framework, four different scenarios are presented, including a financial breakdown and specification of tasks. The policy document of South Limburg is missing this, as it simply states that the plans and aims need to be further developed and explored. Because this document

was published in 2016, it is possible that the plans have been developed further, however these results don't seem to be available to the public online.

Another noticeable difference is found in the lens through which both regions look at health. Both documents of Groningen and Limburg state the distance they take from the WHO definition of health, but the subsequent approach is different. The region of South Limburg has got a strong focus on positive health and its domains, as it provides an alternative way of looking at public health. The Groningen region acknowledges that the WHO definition of health is lacking, but approaches this through including the social and physical domain with the domain of public health. Both policy documents do not provide specific steps or plans, but the discourse in the documents suggest a different style in approaching public health. Both documents emphasize the importance of participation, however they do not go into detail what participation entails.

What is missing in both policy documents is any mention of evaluation. Several interviews did mention the topic of evaluation. Every four years the national health monitor will evaluate the effectiveness of the current policy ^{1.23, 3.5}. The effectiveness of this method and frequency of evaluation is questioned ^{2.11, 4.22}. Besides the evaluation performed through the national health survey every four years, client satisfaction surveys are conducted more often ^{1.24}. However, the validation of this client satisfaction survey can be questioned as the response is often not a correct representation of the target audience. The target audience is often lonely, unable to read or write or unable to understand the asked questions, increasing the possibility of a skewed result of the survey ^{2.11}.

Finance and law

With the decentralization of healthcare in the Netherlands (as explained on page 21 of this thesis) a lot of things changed both in the demand and the supply side of healthcare. People demanding health have got more freedom in expressing their demand, in order to get the personalized care that fits them best. In order to meet this demand, a certain flexibility in supply would be best suitable. In the interviews with municipalities however, the interviewees indicated that there are legal boundaries to this flexibility in supply ^{1.16, 2.31}. These legal boundaries make meeting the flexible demand difficult, especially for municipalities with a declining population.

Another big change following the decentralization has been a financial one. Budgets for many different aspects of healthcare have been cut drastically. The idea behind this was that because municipalities are closer to the target audience and know better what problems are most prevalent, there is less money needed to fix them. However, especially in areas with a relatively low socio-economic status and high average age, there is an abundance of social and health problems. These areas with low socio-economic status often are unable to increase local tax rates, such as property taxes, to increase budget. People of low socio-economic status and low income often live in council housing and do not have money to spare ^{1.13, 2.32}. Dramatically increasing taxes would likely make problems worse. The cuts in budget have made it difficult to provide sufficient care to all that need it, especially due to legal limits on flexible supply.

Participation

Participation as a concept has gained a lot of popularity in governance discourse^{7.1} and is well represented in the policy documents from both the GGD Zuid Limburg and the GGD Groningen. The idea that people take control over their lives and neighborhoods, organize and take initiative sounds very positive. There is a lot to be gained by successful participation (Baker et al., 2007), including better understanding peoples' needs, values and preferences through conversation and using information to improve service and decision making processes, improving the legitimacy of the decisions made through people involvement, and public services becoming more effective through participation. Despite these possible benefits, the success of participation is not automatically a given. Although policymakers tend to look at the success stories, there are many examples of failed participation (Innes & Booher, 2004). Often the cause of failure can be found in the ambiguity of the term participation itself. Participation in the literal sense means simply 'participating in society'. Discussion can arise when debating the definition of participating. Participation can be passive, for example reading the (local) newspaper, or active, such as paid or volunteer work. Levasseur et al., (2010) have done extensive literature content analysis and presented an overview of forty-three different definitions of participation found in literature from 1980 to 2009. Based on this content analysis they present a taxonomy of social activity. This taxonomy allows for differentiation when discussing or applying participation, and makes addressing different levels of participation possible.

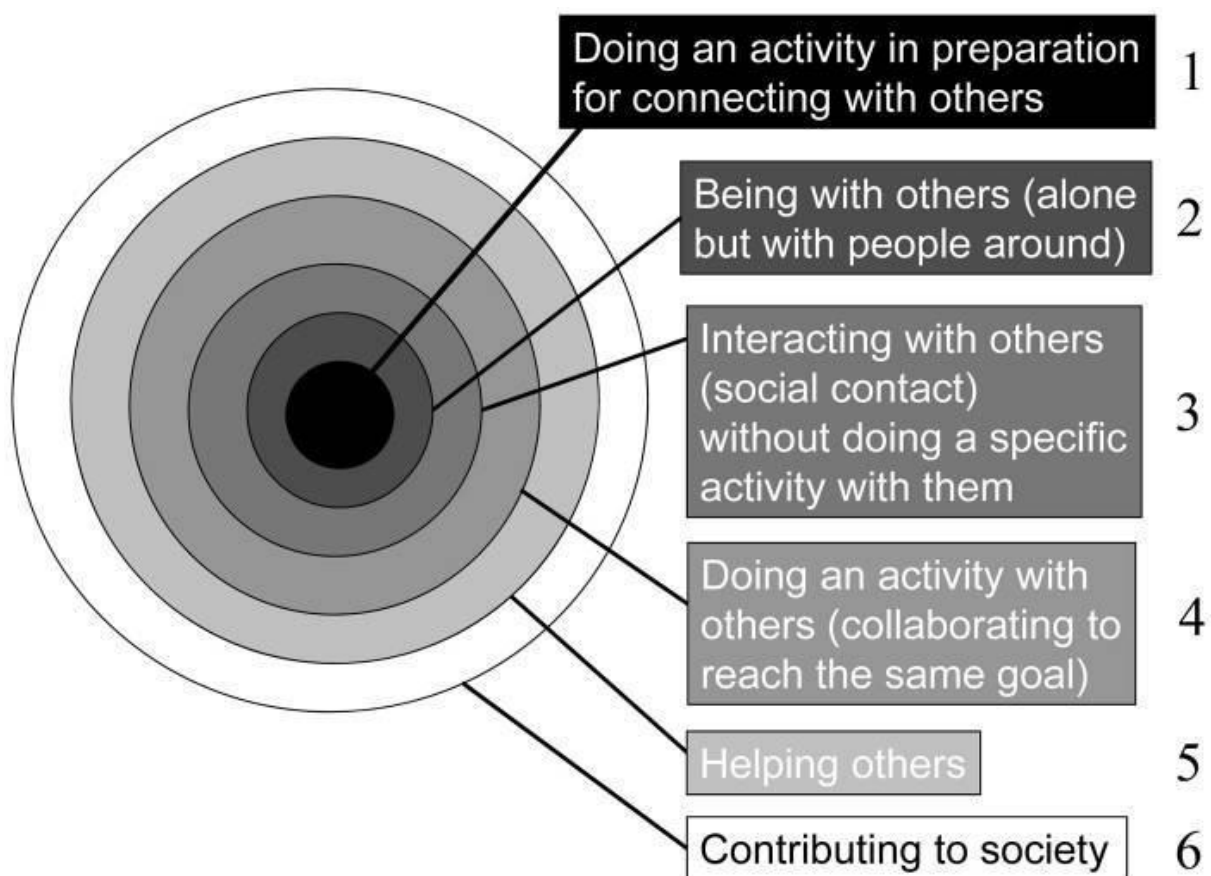


Figure 4: Taxonomy of social activity (Levasseur et al., 2010)

Participation is not only applicable on a societal level. Health and wellbeing are more and more interwoven with the concept of participation. Huber et al (2011) formulated a new definition of health: 'the ability to adapt and self-manage', stressing that health is the ability to adapt and take control of the physical, social and emotional challenges of life. This definition differs from the definition of the World Health Organization, which, as we have seen earlier, focuses on the total well-being as the basis of health.

A certain level of physical and mental wellbeing is necessary in order to function in and add value to society and participate. At the same time, participation can influence health and wellbeing, both positively as negatively. For example, social interaction and fulfilling (volunteer) work can aid health, poor working conditions on the other hand can have a negative effect on health. The relationship between health and participation is reciprocal: they influence each other and it is therefore important to address both health and participation in policy (Harbers & Hoeymans, 2013).

In 2012 the coalition agreement stated that everyone has to contribute to their best abilities, to pay the bill of the economic recession. Retirement-ages were increased to keep people working and adding to society longer and also in many aspects of healthcare a lot of changes meant a higher degree of self-management and participation. Decentralization of government tasks meant that people had to find healthcare closer to their social network, rely on volunteer and informal care from family and friends. The idea behind the decentralization is that when people formulate their own health-demands, they will get healthcare that meets their needs better. 'The human factor needs to return to healthcare', 'from systems to people' and other slogans illustrated the 'cultural and behavioral changes' that needed to happen in order to keep healthcare affordable whilst acknowledging that people have different needs and abilities. Due to an aging population and a higher demand for healthcare and medication, healthcare is getting more expensive. By letting people organize their own health and focusing on organizing certain types of healthcare in an informal setting through family and friends, people should only consume the paid healthcare they really need. 'People can do more than they think they can' was the thought process (Harbers & Hoeymans, 2013).

An important aspect of healthcare is prevention, in which participation plays an important role. In 2013 the National Prevention Program (NPP) was set up, with the goal to provide a healthy society that enables people to work and participate to the best of their abilities: 'everyone who can work, will work'. This means investing in health, education and mobility from a young age. Lack of participation is an important factor in social seclusion. It amplifies the risk of social seclusion for vulnerable groups in society, such as people with lack of education, people who are unable to work or people with chronic illness and disability.

Participation through life

The way participation is expected from people changes through the different phases of life. Children and adolescents participate mostly in preparation for their later life through education. By encouraging education the chance of a higher SES is stimulated, which in turn increases the chances of a healthy lifestyle later. There is a generational factor in the relationship between participation and education, as children from parents with a lower SES

(either through lower education or joblessness) tend to quit education before obtaining qualifications more often. Children from families with multiple problems show more behavioral problems hindering their education. This creates a cycle of a lower socio-economic status without intervention (Harbers & Hoeymans, 2013).

In adult life the focus shifts from educational participation to employment participation, either as paid work or volunteer work. The level of participation is strongly linked to health and socio-economic status. People who have enjoyed a higher level of education participate more, as well as people who are not hindered by physical or mental ailment. There is also a strong age factor involved, especially when looking at the number of people with paid work, as described by (Harbers & Hoeymans, 2013). Between the ages of 25 and 55, 80% of the people are employed. Between the ages of 55 and 65 this percentage drops to 68%. This could be caused by the fact that older people have a higher chance of illness, but the RIVM report by Harbers and Hoeymans does not elaborate on this. They do emphasize however, that the relationship between health and participation remains prominent for both people with a higher and a lower SES.

Working has a positive effect on self-perceived health. A study by Schuring et al. (2011) shows that re-integration in the labour market has a positive effect on self-perceived health (especially mental health), even in a short period of time. Respondents reported to have improved mental, emotional and physical stability and were able to function better in their social circle. The effect of employment on mental health has been substantiated by multiple literature sources (Claussen 1993 & 1999, Ross & Mirowsky, 1995). The relationship between physical health and employment appears less distinct. As discussed in the theoretical background, this relationship is highly dependent on the type of work and makes defining a relationship between physical health and employment more difficult. Those who work with chemicals, perform heavy physical labour or work under high psychosocial pressure, are more at risk of accidents and physical stress. Overall, employment participation has a greater positive effect on health than it has negative effects (Harbers & Hoeymans, 2013).

Employment participation quickly drops after the age of 60. In 2012, the employment percentage in the age groups 55-60 was 68%, compared to 38% for 60-65. A large percentage (30%) of the older employed group are also active in volunteer work. One in five gives one or more forms of informal care ('mantelzorg'). For the older generation, once unemployed they find it very difficult to reintegrate into the employment process, they find it five to eight times harder to find re-employment, compared to the younger generation.

Participation of the 55+ group decreases in all categories, not only employment. After the age of 75 only 17% of people do volunteer work, 15% provide informal care. The differentiation between high and low SES still exists in the older generation as it does in the younger generation. Older people with a higher educational status will continue to participate for a longer period of time compared to the lower educated in the same age groups.

Conditions for participation

The ability and willingness to participate depends on several different conditions. The relationship between health and participation has been mentioned before. People with a lower overall health are less able to participate (Cai, 2010). This result counts for men and women alike. The first condition for participation is therefore health. A second condition can

be expressed as the level of education. Gesthuizen (2005) has researched the role of the level of education in both the ability and the willingness to participate. His results show a large and consistent result between the social commitment of higher versus lower educated individuals. Not only are people with a lower education less able to participate, they are also less willing to participate according to this study. Gesthuizen attributes this difference to the likely fewer financial, educational and cultural resources throughout ones upbringing. Cultural inheritance seems to have a strong influence on later social commitment and participation. This also makes a later catch-up difficult, as political, legal and medical matter is often presented in a difficult way (through professional and technical language and often non-open source presentation). The combination of lower health and lower education often results in a lower socio-economic status. In general, people with a lower SES are less able to participate. They often lack the educational standard and financial means to self-manage (Uitermark, 2014), have a lower general health and are less able and willing to socially commit and participate.

There is no universal answer to what way of participation is optimal (Holdo, 2018). There are however ways to improve the effectiveness of participation policies, as described by Baker et al (2007). Ways to improve the success of participation and reduce possible barriers include:

- Reducing possible costs of participation, through for example providing childcare or providing compensation
- Make events enjoyable
- Make benefits of participation visible
- Make use of existing (local) networks to benefit coordination and cooperation in the community
- Accommodate meetings to all education levels or meet with people in the comfort of their own environment
- Work towards reducing suspicion within local communities, build trust with people
- Work towards involving the 'hard to reach groups' through facilitating community involvement and utilizing experienced workers

Interview statements corroborate that the suggestions made by Baker et al. may improve participation and make several more suggestions, including:

- Presenting multiple ways to partake in participation, from electronic options (internet or through an app), participation on paper (through questionnaires or responding through a letter) or participation in person (in meetings, discussions or information evenings). Presenting different forms of participation allows for people with different preferences to participate in ways they are comfortable with ^{7.7, 7.8}.
- Explaining what is required from participants and what is being done with the input from participants, and perhaps most important showing what has been done with their input ^{7.3, 7.4}.

Summarizing, barriers to participation need to be minimized, both by presenting multiple ways to participate and making meetings or events enjoyable. The other important point can be summarized in trust. Participants need to trust the organization (government, company

etc.) they interact with. They need to know what is expected of them, but more importantly they need to see that their input is appreciated and is being used in the way agreed upon. Trust between the participant and the organization is vital, it is hard to build and once broken it is rarely repaired^{7,3}.

Even though there are a lot of ways to lower barriers of participation, the general consensus seems to be that not everyone is able to participate, despite the current policy discourse. When asked the question 'Can everybody participate?' all but one respondents answered that expecting participation from everybody is unrealistic^{1.28, 3.28, 4.26, 5.15, 7.10, 8.10, 9.11, 9.25}. A lot of general barriers can be minimized, but people with multiple personal problems, from medical and health problems to financial, educational or emotional problems, might still not be able or willing to participate. As stated before, people with a low health standard are less able to participate, people with a lower education standard are both less able and less willing to participate. These personal barriers cannot be simply eliminated and require a personalized approach. Expecting that everybody participates can be considered not realistic. Especially in areas of demographic decline, which are often areas of low socio-economic status, these diverse personal problems are prevalent. Areas of low SES are often plagued by lower health and education status, financial problems and social problems, making participation in these areas problematic.

Participation summarized

Participation is an ambiguous term that has gained popularity in politics and policy over the last few years. There are many different definitions and levels of participation, which are rarely addressed by policymakers. The way participation is fulfilled changes throughout the different stages of life, making a generalized discourse on participation even more difficult. There seems to be a gap between how participation is described in policy and the ability for all to participate. There are many different ways to lower the barriers to participation, mostly focused on multiple ways of presenting participation and building trust, but these do not take away the many different personal barriers people may have. Participation presents opportunities for those able to take them, it allows them to voice their opinion and influence policies that affect them. However, expecting that everybody participates in society seems a utopia.

Results

This chapter will provide an answer to the sub-questions and aim of the thesis, based on the findings presented in the previous chapter. The results are presented in order of (sub) questions.

What are the predominant causes behind shrinkage, low socio-economic status and low self-rated health in North and East Groningen and Parkstad Limburg?

Both the north-east of Groningen and Parkstad Limburg are facing regional shrinkage. Since the 1970s there has been little economic development in both regions, which has caused 'brain drain'. People with a higher education and a higher socio-economic standard leave in search of academic, higher paid work, leaving behind a population with a lower socio-economic standard and educational level. This in turn hinders economic development in both regions. It is unlikely that businesses will settle in a region where finding an educated workforce is difficult.

The shared industrial history in both areas is visible in the urban built environment, as workers housing dominates the scenery. In both regions you find large numbers of small, lower quality houses that have been built very quickly in the 1950s and 1960s, to accommodate the workforce.

Both Groningen and Limburg experience an oversized housing market due to regional demographic decline. The percentage of houses for sale tends to be high and in multiple towns entire neighborhoods have been demolished to decrease the number of empty houses. A low quality built environment, combined with a low socio-economic status influences the general health in both regions. Lower quality houses, fewer options for safe walking and biking and less money to invest in the built environment influence both mental and physical health. But the biggest influence comes through a lower socio-economic status, as explained previously through the literature review. Especially the relationship between SES and health is strong, the low quality built environment prevents improvement in both SES and health standard.

Another very important influence of both socio-economic status and health is the cultural factor. Socio-economic status and especially lifestyle are passed on from generation to generation. Kids learn from their parents' behavior, the good but also the bad. A large part of peoples' health at a later age, is determined by what they have learned from their parents as a child. Especially in Parkstad Limburg this cultural factor seems to explain a great deal of the lacking health standard, due to the passing on of generally unhealthy behavior.

As a general conclusion to this research question, both areas share a similar historic background which led to the current situation of shrinkage and decline, although there are some important differences. Groningen had a long history of a flourishing agriculture, a result of the work of relatively independent landowners without much government interference, whereas Limburg grew wealthy in a relatively short time, under the influence of governmental bodies directing the mining industry. These differences mainly influence the way citizens and governments interact today: people in Groningen appear more independent and suspicious of governmental bodies. Due to its history of close communities and

dependency on governmental bodies in the mining era, citizens of Parkstad Limburg appear more open and dependent on the government.

How can local governments change the approach of providing healthcare, in order to meet the needs of people in shrinking regions?

People in shrinking regions often experience a multitude of problems. Therefore, their needs tend to be complex. The basis of these problems often comes down to a lower socio-economic status. A low socio-economic status is usually the result of a lower level of education and a low income. This low income brings on additional problems, like financial stress, debt and the inability to save. Whereas stress can cause both mental and physical health problems, a low level of education or illiteracy may obstruct the ability to understand medical instructions or prevent people from participating. In those cases focusing on the health problems alone is not the solution, as the focus should lay on the financial or educational situation. In general this means that in areas where people face a hierarchy of problems, the first step is finding out what the underlying problem is and how that problem can be solved. This calls for an individualistic approach for all cases.

This individualistic approach is difficult. There is often a certain level of distrust towards the government, as well as a strong feel of moralization. Especially speaking and educating about health and healthy lifestyles, can easily be seen as patronizing. There are however certain ways to keep this feeling at a minimum. The first way is to communicate with people on the same level, instead of from an ivory tower, or communicating through people in a similar situation. People seem to be more inclined to accept the message from others in a similar situation, and will be less distrusting than when spoken to by the local government directly. Another way of approaching people who are mistrusting of a government is through nudging: instead of imposing changes, gently trying to direct people into a certain behavior. This might give people the idea that they are more in control and are able to make their own decisions.

Not all people are alike. Therefore it is very important to keep the cultural background of a region in mind, as it may provide insights in how to approach people in that particular region. Because of their independent history, the people in Groningen tend to have a lower tolerance of being directed in what to do and how to behave. The people in Parkstad Limburg appear to be more awaiting as to what steps the government will take. This behavior is a remnant of the mining history, where the state mines directed their every move. Knowledge of what historical events created a place is very useful to improve communication and create trust. It can direct what type of communication yields most effective results, either keeping tighter control and direction or allowing for more freedom, depending on what lies best in line with regional preference. For the region of Groningen, a more open communication structure would be beneficial, for Limburg a more directing communication would work better.

Besides trust and the feeling of control, a certain feel of urgency is needed for people to change their behavior. If people do not feel that their lifestyle is harming them or anyone else, there is no need for change. However, if people feel a certain urgency, for instance when

they start to experience negative effects of an unhealthy lifestyle, it is more likely they will change their behavior.

In order to approach the provision of healthcare of people in shrinking regions, local governments need to acknowledge and address the complexity and multitude of problems people face. In order to do this, an individualistic approach is needed, based on trust and communication on a homogenous level. The way healthcare providers and governmental bodies communicate with their citizens efficiently is dependent on cultural and historic differences (as explained in the first sub-questions). People must also feel a certain need or urgency to change their behavior, so only focusing on prevention will not suffice. The last conclusion that can be drawn in this sub-question is that health problems can be the result of problems in other areas, such as finance or work-related. This is especially the case in shrinking regions where people often have a lower income or unstable jobs. A solution to these problems might therefore be more beneficial to the health of people in shrinking regions, than simply treating the health problem. An integrated approach is therefore essential, especially in shrinking regions where people often face a multitude of problems.

How do the need for self-management and participation influence the downward spiral of SES and health in shrinking regions?

Local and national governments expect a certain level of self-reliance and participation from all citizens. However, simply stating that participation is expected of everyone may create disarray.

Self-management, participation and health have a reciprocal relationship. Those who are healthy are more able to participate in society and self-manage their health, which in turn improves health or keeps it stable. Those who are less healthy, are usually less able to participate and for them self-managing their health is more difficult. This increases the possibility that their health will deteriorate, in turn amplifying the difficulties with participation and self-management they already had. Another important relationship exists between participation and self-management, health and socio-economic status. A higher socio-economic status is usually accompanied by a better overall health, as well as a higher ability and more willingness to participate and self-management. At the same time, people with a lower socio-economic status tend to have a lower overall health. Due to a lower income and educational status, their ability to self-manage is compromised. People may not be able to afford proper self-management or to understand medical instructions. People with a lower socio-economic status are generally also less able and less willing to participate. On top of that, there might be financial or educational hurdles, like access to a computer, preventing these people from participating in society. The inability to self-manage and participate has a negative effect on health, reinforcing the downward spiral.

Because of this reinforcing relationship between self-management, participation and health, it can be concluded that it is unrealistic to expect everyone in society to participate and to take control of their own lifestyle. If policies make no distinction between people who can, and people who cannot participate properly, the probability of a dichotomous society

increases. Those who are able to use the system to their advantage will prosper, those who cannot will fall behind and have no safety net to back them up. Especially in an increasingly complex society, providing a plan B for those who are not able, or not willing, to participate may be necessary to prevent a downward spiral. In shrinking regions, where the socio-economic status and health status tends to be lower than average, this downward spiral may appear steeper than in regions with a higher SES.

Intervening in the downward spiral

The aim of this thesis is to provide a framework of action to intervene in the downward spiral of health and shrinkage. In this section, the framework of action is presented. Firstly, the main points of improvement (in the current situation) are set out. These improvement points form the basis of the suggested interventions. The suggested interventions are divided into three different categories: a main intervention, additional interventions and supporting interventions. The division is based on the importance and expected impact of the interventions on the spiral of health and shrinkage.

Main points of improvement

In order to provide a framework of action to break the downward spiral between socio-economic status and health in shrinking regions, both the main points of improvement and suggestions for improvement are being presented. After analyzing various bodies of literature, policy documents and interviews, the following points of improvement have been identified. The suggested points of intervention are based on the improvement points below.

Participation Participation appears to be the Holy Grail in the studied policy documents, and also in the interviews the importance of participation has been emphasized. However, the policy documents do not specify the intended definition of participation, neither do they specify the required transparency in expectation and execution.

Integrated collaboration All interviewees agreed that collaboration between organizations and sectors is important in addressing health and socio-economic status. A start has been made in increasing collaboration, but there is a lot of room for improvement. Agreements between different municipalities (removing geographical differentiation), different bodies of government and health insurers, but also financial institutions for example, will improve effectiveness of policies.

Long term vision Improving health and socio-economic status is a long process that may take several generations. In order to do that, a long term vision is needed. Currently, policies are often planned for a governance cycle (about 4 years). Besides a plan for the governance cycle, a long term plan and vision that stretches beyond a single governance cycle could be beneficial. It would ensure less variation in policy over time and allow for better monitoring and evaluation of effectiveness of policies over time.

Motivation Motivating people to live healthily is important, however there seems to be no consensus on how to successfully motivate people without being moralizing or patronizing.

The next generation From the studied cases, the main focus seems to lay on getting the next generation healthy. However, the current generation has a large influence on this next generation, and should therefore be considered just as important as the next generation.

Prevention Healthcare prevention seems to be a difficult topic. As there is no successful case study as of yet to determine if prevention is actually profitable, it is hard to get parties to pay for prevention programs. Prevention is rarely economically profitable, and it is therefore hard to get parties to invest in prevention programs.

Evaluation Municipalities are required by law to evaluate their health policy once every four years (through the national health monitor).

Finance and law The decentralization of healthcare tasks has been accompanied by serious financial cuts. This makes it difficult for municipalities to properly execute their many healthcare tasks. Adding to this difficulty are legal boundaries, because of which municipalities can't be flexible in their supply of healthcare. This in turn leads to a lower quality or quantity of delivered healthcare, where a more flexible supply could have been better adjusted to the needs of clients.

Suggested interventions

Main intervention

Based on the reviewed policy documentation, the interviews and the studied literature, the main suggestion within the framework of action is based on improving the understanding and application of participation.

Improving participation

In the different interviews, participation has been mentioned as one of the most important aspects of health policies, whether the interviewee agreed with this or not. Both studied policy documents had a strong focus on the participation aspect as well. However, the documents failed to specify what exactly was meant by participation and how this desired level of participation was to be achieved. For participation to be successful, participation in that specific context must be clearly defined: what is the goal of participation, what do we expect from people, how does this benefit health? Only then goals can be set and ways to achieve these goals can be explicated. These goals will have to be identified for different age groups, but also for groups with different levels of SES. It must be clear for everyone what is expected of them and how they contribute. A relationship built on trust between (in this case) municipalities and its inhabitants must include at least a clearly defined expectation and explanation of what is required of people and what will be done with their input.

However, expecting that everyone in society can and will participate is unrealistic. The decision to not participate is a valid one, and for these people a plan B must be available to prevent isolation from society.

Additional interventions

Simply improving understanding and application of participation alone will not be sufficient to significantly improve the long term general health of residents in shrinking regions. Therefore suggestions for additional interventions will be presented. These interventions are based on the answers given by the interviewees, being either prevalent problems, methods that appear to have a positive effect or have been suggested as possible points of action.

Integrated and intersectoral approach

As we have seen, people in shrinking regions, on average, experience a lower overall health than people in other parts of the country. The causes behind this are complex, as they are the result of a multitude of problems. A multidimensional problem requires a multidisciplinary approach. In certain aspects municipalities have already started to work together with different organizations, but this cooperation can be further expanded and integrated. For example, if financial institutions recognize that clients are struggling with debts, the focus should be on resolving these debts as well as addressing the mental problems that can arise from having financial stress. A next step would be teaching people how to be financially responsible. To achieve this, multiple organizations will need to work together and share information to reach a common goal. However, there are many obstacles to overcome before this can be realized. Privacy laws, a lack of long term vision and a lack of common interests stand in the way of a fully integrated and intersectoral approach.

To make this integrated and intersectoral approach successful, both a long term vision and a party monitoring the process are needed. Currently, provincial governments do not have a legal obligation to organize healthcare, but their strategic position in between municipal and the national government, could very well prove to be a good starting point to explore a new role for provinces in health and healthcare. In a new role as an overarching and coordinating party the province could help reduce spatial differences in health care provision and integrate health policy in provincial policy programs. As an overarching party, the province can oversee local differences and connect municipalities in the progress to overcome these differences. Another way in which the province could play an important role is financial, as provinces tend to have more financial means than (small) municipalities. Together with municipalities, but also GGD's and financial institutions, agreements on long term health or educational programs or programs aimed at improving socio-economic status for the younger generations can benefit shrinking regions in the long term.

An important player in the debate on health and healthcare are the insurance companies, especially in the debate concerning prevention. With tight budgets, many municipalities and GGDs struggle with providing enough prevention programs. A reason not to spend more money on prevention programs is that the revenues of prevention (people not using healthcare services) do not flow back to the government, but are mainly enjoyed by the insurance companies. A popular belief is that health insurance companies should therefore be

the ones paying for prevention programs. These companies however only have a legal obligation to execute the Health Insurance Act and are not required to present prevention programs. Another difficulty in making health insurers responsible for prevention is the fact that they will only be able to provide this for those insured with that particular company. This prevents regional homogeneity. And overarching organization, such as provinces as described above, could increase homogeneity between municipalities.

Healthcare prevention programs are a difficult topic. It is a costly process and the payback is unsure. However, preventing people from getting sick is an important step in getting the average health standard of shrinking regions to improve. A combined effort from all involved parties, municipalities, GGDs and insurance companies, overseen and coordinated by provincial governments could help to improve regional homogeneity in healthcare prevention and a long term vision. Creating a fund in which all parties invest to pay for prevention programs could help with the difficult question of who pays and who benefits, as preventing people from getting sick will help society as a whole.

It is important to measure the effectiveness of your policies, both in the short and the long term. Currently the effectiveness of health policies is evaluated every four years through the national health survey and client satisfaction surveys. However, as most policies are in effect for no longer than four years, there is little time to actually adjust policies if necessary. Increasing the frequency in which policy effectiveness is measured and evaluated, as well as applying different ways to evaluate and analyze policies, efficiency can be improved. This in turn can lead to a healthier society and lower healthcare costs, as policies can be evaluated and adapted to suit the situation and achieve best results.

Active means of motivation

People must be motivated to change unhealthy habits into a healthy lifestyle. In order to do this, people need to both understand the reason why change is needed, as well as how to change their lifestyle. Governments can help people in both aspects, however they do need to be careful not to patronize. Often people do not like to be told they live an unhealthy lifestyle and need to change their behavior, especially when it comes to health. A helpful tool could be nudging, where people are being directed gently into healthy habits. As many shrinking regions have an oversized built environment and governments are actively working towards adapting this built environment, they could introduce aspects of nudging in this process. These adaptations could include, but are not limited to, improving the walkability or cycling-friendliness of streets, providing free outdoor workout equipment and providing safe outdoor play areas for children, all to improve physical exercise. As the health monitor shows that people in north and east Groningen, as well as in Parkstad Limburg do not meet national movement guidelines, directing people into moving more could help improve these figures.

Education is a significant component in both addressing the state of your own lifestyle and knowing how to transform it. The first step is for people to learn and understand what is meant by a healthy lifestyle (and understand the urgency of a good health standard), the second is teaching people how to change their unhealthy habits. An obvious starting point is the education of children about health and healthy lifestyles at school. Both GGD Groningen and GGD South Limburg have running projects about health at schools, which is a good start. However, if children learn about healthy habits at school but parents are not following that

up with action at home, the effectiveness of the lessons can be questioned. Again, parents may perceive the fact that their children learn about healthy lifestyles as moralizing and patronizing. Parents may see this sort of education as an insinuation that they are not doing a good job as a parent. Parents are the most important aspect in changing the habits of the next generation, as they decide what their children eat, how much activity they get and how they perceive unhealthy habits. It is therefore important to involve parents into health education, as much as the children. Ways to achieve this could be workshops for both children and parents, having parents involved in preparing the lessons and providing activities fit for both kids and adults.

For adults without children (including the elderly), involvement through the school system is obviously not possible. For these groups, education through social activity appears successful. Actively inviting people to social activities and providing information increases the attendance rate drastically. Many municipalities already organize some workshops and gatherings. Expanding these activities for wider audiences increases the chances of reaching all inhabitants, as well as increasing social cohesion between different groups within society. The way these activities are presented should also be considered, as multiple media are needed to reach all groups of people.

When organizing activities with the intent to educate, it is important to keep cultural heritage in mind. The way in which activities and information are presented may influence the acceptance and success rate, depending on the region. Because of local culture and history, some things that work in some neighborhoods, will not necessarily work in others. Active investment in small scale research may be needed to find out the character of a neighborhood. This one time investment can improve the long term effectiveness of local policies.

Supporting interventions

The following suggestions do not have a direct effect on health or health policy. They do help in creating an effective environment to aid health policy and increase the effectiveness of health policy.

SES and built environment

The average health standard is influenced heavily by the average socio-economic standard, as well as the built environment. Therefore in order to intervene in the downward spiral between SES and health, action perspectives in all fields need to cooperate to maximize results. When asked to focus either on improving health or socio-economic status, the results were mixed, accentuating the intricate relationship between these factors. Improving the average socio-economic standard in a region is not easy, but a good start appears to be focusing on education. Through a higher education standard, the next generation has a better chance of employment and a stable income. Together with education, a suitable and supporting built environment is essential. With this comes the important aspect of mobility: allowing people to easily move to and from work or education. All of these aspects must be arranged in such a way that they have a positive influence on each other, to enforce a positive reciprocal relationship. In the conceptual framework and literature review, the relationships between concepts have been explored. This conceptual framework can also be used to arrange

supporting measures to strengthen and improve regional health and socio-economic standards.

Finance and Law

This last point is not something municipalities in shrinking regions can influence by themselves, but it is very important in the debate concerning health, SES and shrinkage. Municipalities with a shrinking population have a diminishing tax income. Where regions with a relatively high socio-economic status can more easily increase for example property taxes (onroerendzaakbelasting in Dutch), this is often not an option in shrinking regions. Lower tax income means less money to spend to spend on healthcare, improvement of the built environment, education and research, and so on. Many municipalities have to work creatively with the budget they have in order to meet the demand. This however, has been met with legal resistance, making it harder for municipalities to work within budget. The legal issue has been mentioned above as well. It is important that in a rapidly changing playing field the rules change along with the game. As of now, the demand for healthcare has become much more flexible (as people can voice their own demands) but the supply has stayed rigid: municipalities are bound by legal obligations when it comes to the supply of healthcare. Changes in these laws are necessary to allow municipalities to be flexible in their supply.

It is a task for the national government to realize that in order to close the gap between the growing Randstad and the shrinking periphery, extra money for these fragile regions is needed. The decentralization of health tasks has up to now mostly been an austerity, and the national government needs to act upon this before the situation spirals out of control.

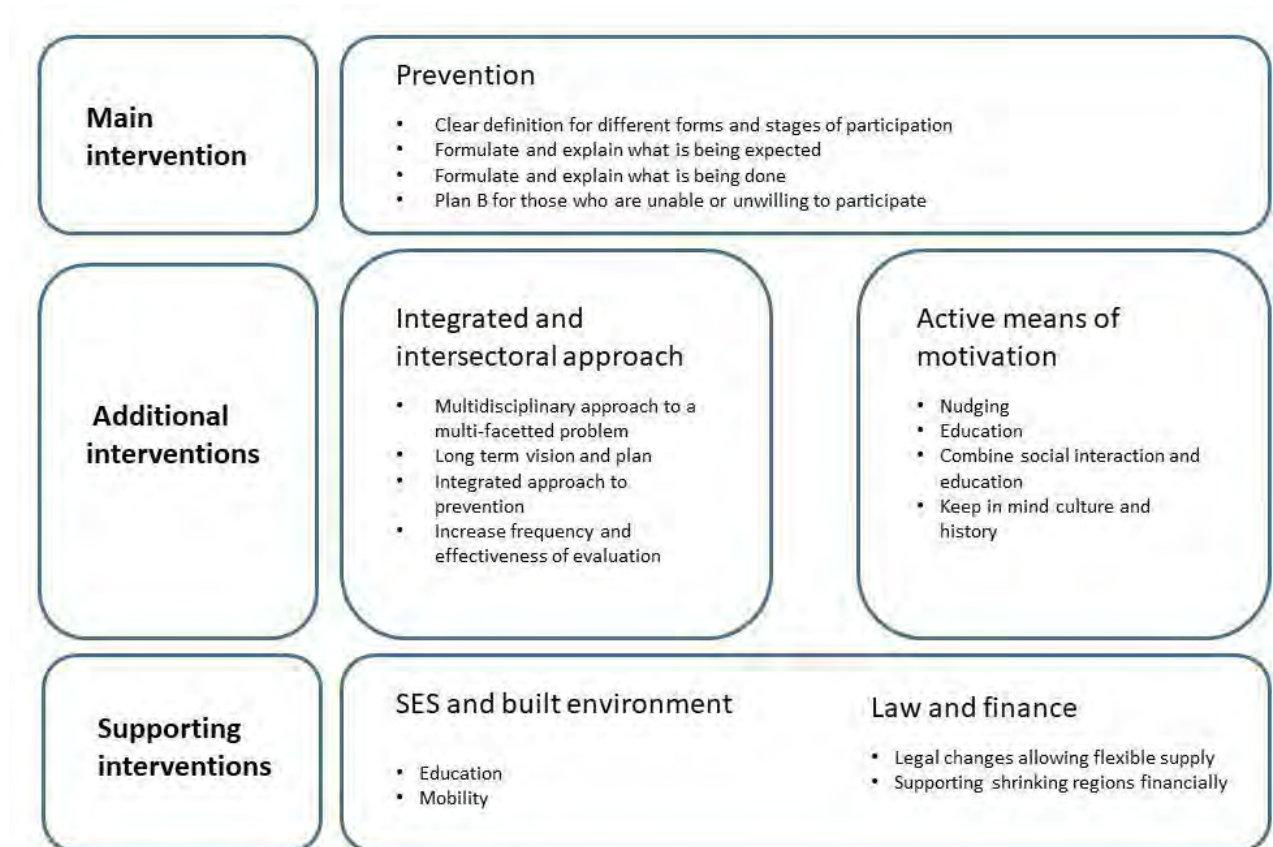


Figure 5: framework of action

Conclusion and discussion

Shrinking regions face the risk of a downward spiral, resulting in a low general health standard, an oversized built environment, often of poor quality, and a low socio- economic standard. This thesis aims to provide a framework of action with the intent of breaking this downward spiral and improving health in the region. Three sub-questions were used to support the aim. These questions were focused on revealing the predominant causes behind shrinkage, low socio-economic status and low self-rated health in North and East Groningen and Parkstad Limburg, different approaches to healthcare provision, and investigating the influence of the increased need for self-management and participation in shrinking regions.

Through qualitative research the following conclusions can be drawn: *the cause for shrinkage in North and East Groningen and in Parkstad is similar, but not identical*. Groningen had been a wealthier province for centuries, but as the economy in the rest of the Netherlands transformed into a service based economy, Groningen could not follow. International competition in the agricultural sector grew and attempts to boost the economy through industrial impulses only worked for a few decades. Limburg had been the poorest province of the Netherlands, until the demand for fuel helped grow the coal mining industry and the region quickly turned into one of the wealthiest of the country. A lack of economic diversification however meant that in the 1960s, when the price of Dutch coal could not

compete with other nations and the coal mines closed, large spread unemployment soared through the south of Limburg. Despite a slightly different cause behind the shrinkage, both regions followed a similar pattern of selective migration, lower socio-economic status and a lower average health. Perhaps the most important conclusion coming from this question is that the economic and cultural history is still present today, and should be considered in the developing of policies and interventions, as it shapes the mentality of a region.

With the decentralization of many healthcare tasks, municipalities were charged with a wide range of responsibilities. For municipalities with a declining demographic, this task is a little more complex due to a number of factors. Most important is to understand the complexity of the problems inhabitants face and track down the origin of the issues. As there is often a level of mistrust towards the government, it is important to try and minimize the amount of moralization. A way in which this can be achieved is through nudging, accompanied by a certain feel of urgency. People need to understand and acknowledge the need for change and be (subtly) directed towards a better lifestyle.

In many policies, health policies included, participation plays a central role. However, despite participation being an ambiguous term, few policies actually define what is meant with participation and how this is supposed to be achieved. Although many agree on the fact that not everyone is able to participate, policies rarely mention alternatives for those who are unable to participate. This inability to participate and lack of alternatives increases the risk of an enhanced downward spiral, as not being able to participate lowers ones' health and makes improving socio-economic status increasingly difficult.

In order to provide a framework of action to intervene in this downward spiral, the most important points of improvement were identified and followed with suggested interventions. In conclusion, *more focus should be placed upon active motivation without moralization and long term integrated collaboration*. Especially when it comes to healthcare prevention, a combined and coordinated effort is required to maximize potential. A combination between nudging (giving people the impression that they are not directed but choosing autonomously) and education through activity (teaching without preaching) could prove effective. Healthcare prevention is often focused on the younger generation, preventing them from adopting unhealthy lifestyles. Focusing on the next generation is important, although the current generation should not be forgotten (as children learn from their parents). In many health policies, participation plays a central role. Although participation can create opportunities for people who are able, not everyone has equal ability to participate. Providing an alternative for those who are not able to participate is essential to prevent worsening of the downward spiral. In order to successfully apply the suggested interventions, financial and legal changes are required to support shrinking regions.

Expected versus unexpected answers

During the interviews most answers to the question were expected and they were all relatively consistent throughout. Even when asking for more opinionated answers they seemed to be relatively uniform. Perhaps an interesting observation is that most interviewees answered that participation cannot be expected from everybody in society. However, none of

the interviewees or policies mentioned any means or measures to accommodate these people. Another unexpected result concerns the difficulty with healthcare prevention. The expectation before this research was that all parties involved would want to invest to the maximum capacity in healthcare prevention. The interviews with the different parties have shown that the topic of prevention is a little more complex. As of yet there is no business case to show that participation is actually profitable, making it difficult to find parties willing to invest without a legal obligation.

Challenges and points for further research

The set-up of this research has impacted the outcome. The way the literature review has been conducted, as well as the decision to adopt a qualitative research method and the choice of interviewees have all influenced the collected information. In this section a reflection of made choices is presented.

The first point of reflection is directed to the way in which the literature review has been set up. For the basis of this research it was important to connect different theories and studies to each other, to ensure a logical flow to the conceptual framework. This can cause bias in selected scientific works and theories, as theories with a very different view or approach do not fit into this flow. It also means that a different starting point could perhaps have created a different selection of literature. However, as all scientific works have been referenced many times by other scientists, the credibility of the work can be guaranteed.

This dissertation is based on qualitative research. This qualitative approach has allowed to investigate the complex nature of the relationships between socio-economic status, health and participation. Qualitative research also has advantages over quantitative research in terms of time and costs. Obtaining enough data would have taken more time than available. At the same time, a qualitative approach has some disadvantages. The lack of quantitative data makes it impossible to provide a statistical representation to substantiate the conclusions. Another disadvantage of qualitative research, especially research based on interviews, is that these types of research are vulnerable to bias. As the researcher decides on whom to interview and what questions to ask, there is a certain risk of bias. Some steps to minimize this bias have been implemented. Most importantly, the interview questions have been based on information collected in the theoretical framework, however it does steer the interview in a certain direction. Also the group of interviewees influenced the outcome of the research. To get a complete picture of the situation, interviews with different layers of governmental bodies and health care providers have been interviewed. Another measure to try and eliminate bias has been the (where possible) symmetric interviewing. In both Groningen and Limburg, people in the same position have been interviewed (where possible). It does not eliminate the fact however that if other people would have been interviewed or different questions would have been asked, the outcome of the research could have been very different.

A way in which this research could have been improved and strengthened is to get information from the inhabitants and clients affected by decisions and policies. The decision to not interview or questionnaire inhabitants was twofold. Firstly, the time constraint influenced the decision to not extend the research to clients and inhabitants. In order to collect sufficient data at both ends of the country would have taken too much time within this

thesis research. Secondly, this thesis research is mostly concerned with those who are not able to participate and at risk of social isolation. This increases the difficulty of collecting data from the target audience. Contacting inhabitants and clients will likely show a bias to those already able to participate. In follow-up research could shift the focus from the supply side of healthcare to the demand side of healthcare to strengthen the results and conclusions. In this follow-up research it will be important to focus on the difficult target audience who are at risk of social isolation and non-participation.

Epilogue

A critical note on participation as a neo-liberal ideology

One of the main points of this research is that participation, a very ambiguous term, is being used more and more without a clear grasp of the true meaning of the concept. Similar concepts, such as self-management but also positive health, are all quite common without much scientific back-up. They could be very well viewed as an ideology, an ideal view of how society and human kind should behave and interact. This ideology seems to be based on a specific view on humanity with a neoliberal basis. A consequential ethical question is: 'Can you base policies on an assumption, on an idealized, generalized view of humanity?' Peck et al., (2009) argue that this neoliberal ideology is rooted in the concept of competitive individualism and creates an aversion to institutional and social solidarity. However, the critique points out the disjuncture between the ideology and its real societal effects. The neoliberal ideology aspires to liberate society from state interference and rule, relying on market initiative and a high level of self-reliance. Where neo-liberal ideology aspires a utopia of self-regulated free markets and an optimal allocation of resources, neo-liberal practice seems to have created a system that has resulted in market failure, social polarization and increased unevenness in spatial development (Peck et al, 2009). On the basis of this thesis research, the root of this disjuncture lies in the incorrect assumption that all humans are rational, know what is best for them and are willing and capable of changing their situation. It assumes that all humans are capable of the same and willing to achieve the same, which is rather simplistic. The result of this is especially visible in shrinking regions, where the failure of the system is not disguised by successes of others.

Practical implications

Although the research has been qualitative and rather specific in nature, there are some practical implications to take away. These practical implications are not tied to this specific research topic and can be used for a wider range of applications. Firstly, it might be beneficial to investigate the influence of culture and history before planning and implementing projects and interventions. History and culture appear to have a strong

influence on how information and change are perceived and accepted by the public. Although it requires an investment both in terms of time and money, knowledge of the historical and cultural background of a region may improve the effectiveness of interventions or improve the acceptance of projects.

Secondly, this thesis shows the importance of defining the underlying origin of problems. Especially in shrinking regions there is often a multitude of problems going on at the same time. The solution to a problem may not present itself as easy and the obvious solution may only be a solution to a symptom. Additional investigation to figure out the primary reason behind a certain problem is advised to maximize the potential of projects and interventions.

The third practical implication is directed towards the topic of participation. Participation is not only an important aspect in health policy, but is also gaining popularity in the field of spatial planning. Especially with the new Environment and Planning act, participation is featured heavily. In order to make participation successful, there are a few steps to take. Firstly, as participation is a very ambiguous term, it is important to define the term itself, along with the goal of participation. If participation and goal are defined, it makes it easier to set out the target audience, as well as the expectations: what do we expect from our participants? This expectation must be shared beforehand with the target audience to be able to create a relationship of trust. In order to get the required level of participation and information a diverse range of methods and platforms are needed to prevent bias. A combination of online, real-time and paper based inquiry appears to be most effective, as it allows people to voice their opinion in a way they are comfortable with. In order to retain trust in the relationship, it is important to define and communicate beforehand how the information and participation is being processed, as well as sharing the results afterwards.

Lastly, especially in shrinking regions it is increasingly important to find ways in which projects and interventions can be multi-functional. Often shrinking regions might be financially compromised, and finding ways to utilize the maximum capacity of a tight budget can make a big difference. Being able to give buildings or programs a multifunctional purpose, combining facets of socio-economic standard, built environment and health can help break the downward spiral in shrinking regions, but is possibly as beneficial for growing regions.

This thesis opened with a headline from Trouw, stating that the town of Ganzedijk was to be demolished completely. Ten years later, a new headline featuring Ganzedijk appeared in Trouw: "Ganzedijk, the phoenix of East-Groningen". In the ten years before februari 2018 the people of Ganzedijk have been able to turn things around. Action committees were set up to send the plans of the housing corporation into the bin. Home owners were compensated to improve the state of their houses, council houses were improved. Instead of the whole town, just fourteen houses had to be demolished. Fewer people are unemployed and social cohesion has improved. An impressive result, although the outcome of Ganzedijk came with a hefty price-tag. Several million euros were spent in an attempt to get Ganzedijk living again, too expensive as a usable example for the rest of Groningen. Creativity and perseverance will be essential to turn around the story for the rest of the shrinking periphery of the Netherlands.

References

- Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health affairs*, 21(2), 60-76.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- Agyemang, C., Vrijkotte, T. G. M., Droomers, M., Van der Wal, M. F., Bonsel, G. J., & Stronks, K. (2009). The effect of neighbourhood income and deprivation on pregnancy outcomes in Amsterdam, The Netherlands. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(9), 755-760.
- Andere Tijden (2004) *Het drama van Delfzijl* Retrieved from:
<https://www.anderetijden.nl/aflevering/455/Het-drama-van-Delfzijl>
- Andere tijden (2006), Mijnsluiting
- Andere tijden (2012), Banen naar Born
- Andere tijden (2015), Glorie en verdriet in de Mijnstreek
- Arriva (2018). *Dienstregeling Bus & Trein Regio Parkstad 2018*. Retrieved from
<https://www.arriva.nl/web/file?uuid=3d64b57e-75b2-4f87-a54c-0e19b240bdf2&owner=af8aec32-6c73-47d5-af4d-f1553a2c3b77&contentid=1330>
- Baker, M., Coaffee, J., & Sherriff, G. (2007). Achieving successful participation in the new UK spatial planning system. *Planning, Practice & Research*, 22(1), 79-93.
- Batenburg, R., Wiegers, T., Ruizendaal, W., Verheij, R., & De Bakker, D. (2015). De NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden Resultaten van een quick scan en conceptueel monitorontwerp. *Utrecht: Nivel*.
- Baum II, C. L., & Ruhm, C. J. (2009). Age, socioeconomic status and obesity growth. *Journal of health economics*, 28(3), 635-648.
- Berkvens, A. M. J. A. (2008). Staatkundige geschiedenis van 'Limburg' 1794-1867. *Ars Aequi*, 57, 886-894.
- Berman, N (2017). *The 20 Most Expensive Cities to Buy a Home in the World*. MoneyInc. Retrieved from www.MoneyInc.com
- Bernt, M., Haase, A., Großmann, K., Cocks, M., Couch, C., Cortese, C., & Krzysztofik, R. (2014). How does (n't) Urban Shrinkage get onto the Agenda? Experiences from Leipzig, Liverpool, Genoa and ytom. *International Journal of Urban and Regional Research*, 38(5), 1749-1766.

Bircher, J., & Kuruvilla, S. (2014). Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *Journal of public health policy*, 35(3), 363-386.

Bongaarts, J. (1999). Fertility decline in the developed world: Where will it end?. *American Economic Review*, 89(2), 256-260.

Bonneux, L. G. A. (2011). *De gezonde levensloop: een geschenk van vele generaties*. Amsterdam University Press.

Boyle, P., & Norman, P. (2009). Migration and health. A companion to health and medical geography. Wiley-Blackwell.

Buursma, A. (2009). *'Dese bekommerlijke tijden': armenzorg, armen en armoede in de stad Groningen 1594-1795* (Doctoral dissertation, University of Groningen).

Cai, L. (2010). The relationship between health and labour force participation: Evidence from a panel data simultaneous equation model. *Labour Economics*, 17(1), 77-90.

Canning, D. (2011). The causes and consequences of demographic transition. *Population studies*, 65(3), 353-361.

Claussen, B. (1999). Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(2), 94-100.

Claussen, B., Bjørndal, A., & Hjort, P. F. (1993). Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 47(1), 14-18.

Clegg, L. X., Reichman, M. E., Miller, B. A., Hankey, B. F., Singh, G. K., Lin, Y. D., ... & Bernstein, L. (2009). Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer causes & control*, 20(4), 417-435.

Couzy, M & Damen, T (July 12th 2018). *Huizenprijzen Amsterdam in een jaar ruim 20 procent gestegen*. Het Parool. Retrieved from www.Parool.nl

Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of aging and health*, 24(8), 1346-1363.

Dam F van, Groot C de en Verwest F (2006). Krimp en ruimte. Bevolkingsafname, ruimtelijke gevolgen en beleid, Rotterdam/Den Haag: NAI Uitgevers/Ruimtelijk Planbureau.

- Dankmeyer, B. (1996). Long run opportunity-costs of children according to education of the mother in the Netherlands. *Journal of Population Economics*, 9(3), 349-361.
- De Jong, A., & Van Duin, C. (2010). Regionale prognose 2009–2040: vergrijzing en omslag van groei naar krimp. *Planbureau voor de leefomgeving*.
- De Meza, D. (1983). Health insurance and the demand for medical care. *Journal of Health Economics*, 2(1), 47-54.
- De Vries, S., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., & Spreeuwenberg, P. (2003). Natural environments—healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and planning A*, 35(10), 1717-1731.
- Demijnen.nl (n.d.) Van groen naar zwart, en weer terug. Retrieved from <https://www.demijnen.nl/van-groen-naar-zwart-en-weer-terug>
- Dohmen, J. (2014) De grootste sanering in de Nederlandse geschiedenis, NRC
- Farr, W. (1864). Supplement to the 25th Annual Report of the Registrar General. London: HMSO.
- Foster, C., Brown, J., Killen, M., & Brearley, S. (2007). The NCRI cancer experiences collaborative: defining self management. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 295-297.
- Fox, A. J., Goldblatt, P. O., & Jones, D. R. (1985). Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 39(1), 1-8.
- Frey, B. S., Savage, D. A., & Torgler, B. (2011). Who perished on the Titanic? The importance of social norms. *Rationality and society*, 23(1), 35-49.
- Gartner, A., Farewell, D., Greene, G., Trefan, L., Davies, A., Fone, D., & Paranjothy, S. (2018). Does selective migration alter socioeconomic inequalities in mortality in Wales?: a record-linked total population e-cohort study. *SSM-population health*, 5, 48-54.
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*, 105(5), 1013-1019.
- Gesthuizen, M. (2005). How socially committed are the Dutch low-educated? Historical trends, life-course changes, and two explanations for educational differences. *European Sociological Review*, 22(1), 91-105.
- Geurts, H. M. L. (2009). Groningen, achterland van Herman Derk Louwes. Ontwikkelingen op cultureel, politiek en landbouwkundig gebied. *Historia Agriculturae*, 32, 7-48.

GGD Groningen (2016). Publieke gezondheid in de regio Groningen, Ontwikkelingsperspectief 2017-2020

GGD Zuid Limburg (2016). Gezondheid in Zuid Limburg: van signaalrood naar bronsgroen!

Goldman, D. P., & Smith, J. P. (2002). Can patient self-management help explain the SES health gradient?. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(16), 10929-10934.

Graetheide Comite (n.d.) Armoede in Limburg rond 1850-1900. Retrieved from <https://www.graetheidecomite.nl/historie-graetheide/114-armoede-in-limburg-1850-1900>

Green, M. A., Subramanian, S. V., Vickers, D., & Dorling, D. (2015). Internal migration, area effects and health: Does where you move to impact upon your health? *Social Science Medicine*, 136, 27–34.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political economy*, 80(2), 223-255.

Großmann, K., Bontje, M., Haase, A., & Mykhnenko, V. (2013). Shrinking cities: Notes for the further research agenda. *Cities*, 35, 221-225.

Großmann, K., Haase, A., Rink, D., & Steinführer, A. (2008). Urban shrinkage in East Central Europe? Benefits and limits of a cross-national transfer of research approaches. *Declining cities/Developing cities: Polish and German perspectives*, 77-99.

Haan, M. N., Kaplan, G. A., & Syme, S. L. (1989). Socioeconomic status and health: old observations and new thoughts. Hentry J Kaiser Family Foundation.

Haartsen, A. & Brandt, N. (2009). *Ontgonnen verleden: Regiobeschrijving provincie Groningen*. Ede, Directie Kennis, Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit

Haase, A., Bernt, M., Großmann, K., Mykhnenko, V., & Rink, D. (2016). Varieties of shrinkage in European cities. *European Urban and Regional Studies*, 23(1), 86-102.

Haase, A., Nelle, A., & Mallach, A. (2017). Representing urban shrinkage—The importance of discourse as a frame for understanding conditions and policy. *Cities*, 69, 95-101.

Haase, A., Rink, D., Grossmann, K., Bernt, M., & Mykhnenko, V. (2014). Conceptualizing urban shrinkage. *Environment and Planning A*, 46(7), 1519-1534.

Ham, M. V. (2002). *Job access, workplace mobility, and occupational achievement* (Doctoral dissertation).

- Harbers, M. M., & Hoeymans, N. (2013). Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.
- Hemel, Z. (2016) *De toekomst van de stad: een pleidooi voor de metropool*, Amsterdam University Press
- Hemerijck, A. (2011). Een nieuwe richting voor een verzorgingsstaat: Nederland. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 53, 457-477.
- Hengstmengel, W. H. I. (2011). *Sociale duurzaamheid binnen herstructurering in krimpregio's. Naar een sociaal duurzaam Parkstad Limburg?* (Master's thesis).
- Hodge, T. R., McMillen, D. P., Sands, G., & Skidmore, M. (2017). Assessment inequity in a declining housing market: The case of Detroit. *Real Estate Economics*, 45(2), 237-258.
- Holdo, M. (2018). The Virtuous, the Critical and the Trustworthy: Citizen Ideals and Forms of Democratic Participation. *Scandinavian Political Studies*, 41(1), 1-21.
- Hollander, J. B., Pallagst, K., Schwarz, T., & Popper, F. J. (2009). Planning shrinking cities. *Progress in planning*, 72(4), 223-232.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343, d4163.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J. K., Borrell, C., ... & Gadeyne, S. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(6), 468-475.
- Innes, J. E., & Booher, D. E. (2004). Reframing public participation: strategies for the 21st century. *Planning theory & practice*, 5(4), 419-436.
- Jackson, R. J., & Kochtitzky, C. (2001). Creating a healthy environment. The Impact of the Built Environment on Public Health. Washington, DC: Sprawl Watch Clearinghouse.
- Jong de, A., & Duin van, C. (2010). Regionale prognose 2009–2040: vergrijzing en omslag van groei naar krimp. Planbureau voor de leefomgeving.
- Jong de, A., & Van Duin, C. (2010). *Regionale prognose 2009–2040: vergrijzing en omslag van groei naar krimp*. Planbureau voor de leefomgeving.
- Kalwij, A., & Vermeulen, F. (2008). Health and labour force participation of older people in Europe: what do objective health indicators add to the analysis?. *Health economics*, 17(5), 619-638.

- Knol, F. (2012). Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010.
- Koch, T., Jenkin, P., & Kralik, D. (2004). Chronic illness self-management: locating the 'self'. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 484-492.
- Kort, H. S. M. (2012). Bouwen voor zorg en gezondheid. Intreerede Technische Universiteit Eindhoven
- Kort, H. S. M. (2012). *Bouwen voor zorg en gezondheid*. Intreerede Technische Universiteit Eindhoven.
- Kunst, A. E. (2010). Een overzicht van sociaal-economische verschillen in gezondheid in Europa. *De gezonde levensloop*.
- Langeweg, S. (2011). Mijnbouw en arbeidsmarkt in Nederlands-Limburg: Herkomst, werving, mobiliteit en binding van mijnwerkers tussen 1900 en 1965. Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Lawrence, D. L., & Low, S. M. (1990). The built environment and spatial form. *Annual review of anthropology*, 19(1), 453-505.
- Lesthaeghe, R. (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and development review*, 36(2), 211-251.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile*. Produced by COI for the Department of Health.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., ... & Kunst, A. E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International journal of epidemiology*, 32(5), 830-837.
- Mallach, A., Haase, A., & Hattori, K. (2017). *The shrinking city in comparative perspective: Contrasting dynamics and responses to urban shrinkage*. *Cities*, 69, 102-108.
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., & Leibowitz, A. (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *The American economic review*, 251-277.
- Martin, M. J., Conger, R. D., Schofield, T. J., Dogan, S. J., Widaman, K. F., Donnellan, M. B., &

- Neppl, T. K. (2010). Evaluation of the interactionist model of socioeconomic status and problem behavior: A developmental cascade across generations. *Development and psychopathology*, 22(3), 695-713.
- Miech, R. A., & Hauser, R. M. (2001). Socioeconomic status and health at midlife: a comparison of educational attainment with occupation-based indicators. *Annals of epidemiology*, 11(2), 75-84.
- Ministerie van Algemene Zaken. (2018). Krimpgebieden en anticipeergebieden. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bevolkingskrimp/krimpgebieden-en-anticipeergebieden>
- Mitchell, R., & Popham, F. (2007). Greenspace, urbanity and health: relationships in England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(8), 681-683.
- Molema, M. (2015). Een arendsoog op Noord-Nederland. Het nut van geschiedenis voor regionaal-economisch beleid. *It Beaken*, 76(4), 286-310.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health policy and planning*, 16(3), 221-230.
- Mueller, C. W., & Parcel, T. L. (1981). Measures of socioeconomic status: Alternatives and recommendations. *Child Development*, 13-30.
- Norman, P., Boyle, P., & Rees, P. (2005). Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Social science & medicine*, 60(12), 2755-2771.
- Northridge, M. E., Sclar, E. D., & Biswas, P. (2003). Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *Journal of Urban Health*, 80(4), 556-568.
- NVM, 2010, "Krimpgebied = Kansgebied. Visie Bevolkingskrimp", NVM i.s.m. Bureau Stedelijke Planning bv.
- OV Nieuws GD (2019). *Dienstregeling 2019 Bus*. Retrieved from <https://www.ovnieuwsuit groningen.nl/dienstregeling-2019-bus/>
- Ozdenerol, E. (2017). *Spatial health inequalities: Adapting GIS tools and data analysis*. Boca Raton: CRC Press.
- Panagopoulos, T., & Barreira, A. P. (2012). Shrinkage perceptions and smart growth strategies for the municipalities of Portugal. *Built Environment*, 38(2), 276-292.

- Panagopoulos, T., & Barreira, A. P. (2012). *Shrinkage perceptions and smart growth strategies for the municipalities of Portugal*. *Built Environment*, 38(2), 276-292.
- Pearce, J. R., & Dorling, D. (2010). The influence of selective migration patterns among smokers and nonsmokers on geographical inequalities in health. *Annals of the Association of American Geographers*, 100, 393–408.
- Peck, Jamie, Nik Theodore, and Neil Brenner. "Neoliberal urbanism: Models, moments, mutations." *SAIS Review of International Affairs* 29.1 (2009): 49-66.
- Popham, F., Boyle, P. J., O'Reilly, D., & Leyland, A. H. (2011). Selective internal migration. Does it explain Glasgow's worsening mortality record? *Health Place*, 17, 1212–1217.
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: America's declining social capital. In *Culture and politics* (pp. 223-234). Palgrave Macmillan, New York.
- Putnam, R. D. (2007). E pluribus unum: Diversity and community in the twenty-first century the 2006 Johan Skytte Prize Lecture. *Scandinavian political studies*, 30(2), 137-174.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1994). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton university press.
- Reed, M. S., Graves, A., Dandy, N., Posthumus, H., Hubacek, K., Morris, J., ... & Stringer, L. C. (2009). Who's in and why? A typology of stakeholder analysis methods for natural resource management. *Journal of environmental management*, 90(5), 1933-1949.
- Renalds, A., Smith, T. H., & Hale, P. J. (2010). A systematic review of built environment and health. *Family & community health*, 33(1), 68-78.
- Renooy, P.H. Groen, M. D. & Klaver, J. F. (2009). *Verkenning Rijksagenda Krimp en Ruimte*.
- Rhodes, J., & Russo, J. (2013). Shrinking 'smart'? Urban redevelopment and shrinkage in Youngstown, Ohio. *Urban Geography*, 34(3), 305-326.
- Rosett, R. N., & Huang, L. F. (1973). The effect of health insurance on the demand for medical care. *Journal of Political Economy*, 81(2, Part 1), 281-305.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health?. *Journal of Health and social Behavior*, 230-243.
- Schetke, S., & Haase, D. (2008). *Multi-criteria assessment of socio-environmental aspects in shrinking cities. Experiences from eastern Germany*. *Environmental Impact Assessment Review*, 28(7), 483-503.

Schuring, M., Mackenbach, J., Voorham, T., & Burdorf, A. (2011). The effect of re-employment on perceived health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7), 639-644.

Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the national medical association*, 99(9), 1013.

Siko, J. P. (2013). Using the I² Intervention Matrix to Select the Best Course of Action. *Performance Improvement*, 52(10), 23-26.

Simons, (N.d.), Limburg 1800-1900. Retrieved from <https://www.ppsimons.nl/stamboom/historie1800.htm>

Sky News (2018) *Line 18: UK's housing crisis won't be solved by more homes*. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=ap5dcnbRWvY>

Stewart J. (2009) Research Network on Socioeconomic Status and Health. San Francisco: MacArthur

Stoeldraijer, L., van Duin, C., & Huisman, C. (2017). *Bevolkingsprognose 2017-2060: 18.4 miljoen inwoners in 2060*. Technical Report December, CBS Centraal Bureau voor de Statistiek.

Stryjakiewicz, T., & Jaroszewska, E. (2016). The process of shrinkage as a challenge to urban governance. *Quaestiones Geographicae*, 35(2), 27-37.

Thomas, B., Dorling, D., & Smith, G. D. (2010). Inequalities in premature mortality in Britain: observational study from 1921 to 2007. *Bmj*, 341, c3639.

Uitermark, J. J. (2014). Verlangen naar wikipopia.

United Nations (2018). World Urbanization Prospects: the 2018 revision

United Nations, D. o. E. a. SA, Population Division. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables".

United Nations, D. o. E. a. SA, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*".

Verweij, A., & Van der Lucht, F. (2011). Gezondheid in krimpregio's.

Verweij, A., & van der Lucht, F. (2014). Gezondheid in krimpregio's: Verdiepingsstudie.

Ward, E., Jemal, A., Cokkinides, V., Singh, G. K., Cardinez, C., Ghafoor, A., & Thun, M. (2004). Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA: a cancer journal for clinicians*, 54(2), 78-93.

Welton, T. A. (1872). On the effect of migrations in disturbing local rates of mortality, as exemplified in the statistics of London and the surrounding country, for the years 1851–1860. *Journal of the Institute of Actuaries*, 16, 153.

West, P., & Sweeting, H. (2004). Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Social science & medicine*, 59(1), 13-27.

Wiechmann, T., & Pallagst, K. M. (2012). Urban shrinkage in Germany and the USA: A comparison of transformation patterns and local strategies. *International journal of urban and regional research*, 36(2), 261-280.

Witteloostuijn van, A., & Oosterhaven, J. (2006). Van Eigenwijsheid naar eigen wijsheid: Over de economische toekomst van het Noorden.

World Bank Data (2019). Fertility rate, Total (Births per Women). Retrieved from https://data-worldbank-org.ru.idm.oclc.org/indicator/sp.dyn.tfrt.in?year_high_desc=false

World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.

Zaninetti, J. M., & Colten, C. E. (2012). Shrinking New Orleans: Post-Katrina population adjustments. *Urban geography*, 33(5), 675-699.

Maps

1. Kaarten en Atlassen (website). N.D. *Topografische kaart 7 Oost Groningen*. Retrieved from <https://www.kaartenenatlassen.nl/wandkaarten/topografische-kaarten/7%20Oost>
2. Topotijdreis (website). N.D. Retrieved from <https://www.topotijdreis.nl/>

Graphs

1. United Nations. 2019. *World Populations Prospects, 2019*. Retrieved from <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/TOT/900>

Photos

1. Thunderkiss Photography (Photographer). 14-01-2010. *The Ruins of Detroit*. Retrieved from <https://www.flickr.com/photos/treycampbell/4282908229/>
2. Annegret Haase (Photographer). n.d. *Impressions of Bytom*. Retrieved from <https://www.ufz.de/shrinksmart/index.php?en=21269>
3. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019. *Ganzedijk*.

4. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Council housing in Ganzedijk*
5. Josien Muns (Photographer). 26-05-2019 *Working class housing in Heerlen*
6. Josien Muns (Photographer). 26-05-2019 *Bad housing quality in Heerlen*
7. Josien Muns (Photographer). 26-05-2019 *Deserted, empty church in Heerlen*
8. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Working class housing in Oude Pekela*
9. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Vacant shops in Oude Pekela*
10. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Vacant shops in Oude Pekela*
11. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Bad housing quality in Oude Pekela*
12. Josien Muns (Photographer). 26-05-2019 *Restoration of a neighborhood in Spekholzerheide*
13. Josien Muns (Photographer). 26-05-2019 *Restoration of a neighborhood in Spekholzerheide*
14. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Vacant shops in Veendam*
15. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *The emptiness of Winschoten Centraal*
16. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Not much choice at Winschoten Centraal*
17. Josien Muns (Photographer). 28-04-2019 *Boarded up deserted buildings in the city center of Winschoten*
18. Josien Muns (Photographer). 26-05-2019 *Demolition of a neighborhood in Schinnen*

Appendix I

Interview nr 1 Gemeente Delfzijl

Groningen, 30-04-2019, Interview met Monique Veldt

Mag ik dit interview opnemen?

Ja, dat is geen probleem

Wie ben ik

Ik ben Josien Muns, student economische geografie in Nijmegen en ik ben bezig met mijn afstudeerstage bij Witteveen en Bos. Ik doe dit onderzoek voor de groep omgevingsmanagement en omgevingskwaliteit. Het onderwerp waar ik mee geconfronteerd werd was 'de gezonde omgeving'. Ik had mij zojuist verdiept in het rapport van het RIVM dat de gerapporteerde gezondheid van mensen in Krimpregio's minder is dan het gemiddelde. Dus nu ben ik hier!

Wie bent u?

Ik ben Monique Veldt. Ik werk al sinds 1 januari 2008 bij de gemeente Delfzijl, dus dat is al dik 11 jaar, als beleidsmedewerker WMO. Er zijn af en toe wat klussen bijgekomen en weer weg gegaan, maar alles rondom de WMO hoort bij mijn vaste takenpakket. Ik heb de laatste twee jaar ook het onderwerp dementie-vriendelijke gemeente in mijn portefeuille. Ik ben bezig met een algemene voorziening op te zetten, je kunt het zien als een soort buurthuis waar mensen zonder indicatie binnen kunnen komen, in de hoop dat als de mensen daar komen dat de zwaardere zorg eerder wordt uitgesteld of dat ze eerder hulp krijgen als dat nodig blijkt te zijn.¹ Dus dat is een beetje wat ik nu doe bij de gemeente Delfzijl

Hoe is zorg en welzijn geregeld in Delfzijl? Stel ik heb zorg nodig, waar moet ik heen?

In de gemeente Delfzijl hebben zij een sociaal plein² georganiseerd. Het sociaal plein is een algemene naam voor de plaats waar je als inwoner met vragen naar toe kunt. Of dat nu gaat over de WMO of de jeugdwet, dat maakt niet uit, of als je een bijstandsuitkering nodig hebt. De WLZ wordt door het zorgkantoor gedaan, die financiering loopt via het rijk. Maar iemand van de WMO kan je wel doorverwijzen, want het is vaak een professional die een WLZ aanvraag regelt. Dus als je naar het verzorgingshuis of verpleeghuis moet, of als je een dusdanige verstandelijke beperking hebt dat je niet voor je zelf kunt zorgen, daar helpen we dan mee. Maar meestal als mensen WMO nodig hebben ben je 18 jaar of ouder. Je krijgt eerst een gesprek met de gemeente, goh, waar loop je tegen aan, wat zijn de problemen en waarom kun je niet meedoen, maar ook wat heb je zelf al regelt, wat kun je zelf doen, kunnen vrienden, familie of vrijwilligers nog wat doen?. Als er dan nog eens tuk over blijft

dan gaan we als gemeente aan de slag. Dit klinkt heel simpel, maar we zien heel veel doelgroepen met zulke verstandelijke beperkingen, schulden, psychiatrische problemen dat de vraag wat is nou eigenlijk het probleem,³ soms zijn er al 2 of 3 gesprekken nodig om dit boven tafel te krijgen. Mensen zijn soms teleur gesteld in instanties en vertrouwen je niet meteen⁴, als je van de gemeente komt zijn mensen sowieso al 'wat kom je doen?'⁵ Dus om ene goed plan te krijgen is al 1. De WMO consultant probeert met de client doelen af te spreken⁶, waarom krijg je deze hulp bijv. begeleiding of hulp in het huishouden en dit wordt dan in een plan vast gelegd. Als mensen kiezen voor zorg in natura dan kunnen ze uit partijen kiezen die de gemeente gecontracteerd heeft. Je kiest dan iemand waarvan je denkt dat ik wel wat. De hulpverlener gaat dan aan de hand van de doelen die gesteld zijn kijken hoe de doelen gerealiseerd worden⁷. Het kan ook zijn dat mensen zeggen ik wil geen hulp in natura, ik heb al iemand op het oog die niet gecontracteerd is. Dan kunnen mensen een PGB aanvragen. We kijken wel altijd is iemand geschikt om dit te doen? Het is niet altijd mogelijk voor mensen om als een soort werkgeversrelatie te opereren⁸. Mensen moeten wel zelf beoordelen of iemand zijn/haar werk goed doet. Om er voor te zorgen dat er niet zomaar wat wordt ingekocht of dat er misbruik van de situatie ontstaat beoordelen we wel altijd of iemand in staat is om een PGB te beheren.

Welke veranderingen hebben er plaats gevonden na de invoering van de nieuwe WMO/WLZ in 2015? Wat heeft de gemeente Delfzijl hiervan gemerkt?

Heel erg veel. Het gekke is dat het voor de WMO nog niet eens zo spectaculair was. De WMO is eigenlijk ontstaan omdat de algemene wet bijzondere ziektekosten afgebouwd werd. De eerste stap is al in 2007 gezet. De WMO 2007 werd hulp in het huishouden van het AWBZ naar de gemeente overgezet. We konden relatief lang oefenen met een hele simpele taak, we konden al goed kijken wat voor hulp is er nodig, maar ook het ambtelijke deel. Je moet een beschikking verlenen en een verordening hoort daar bij, dus er zit ook een ambtelijke proces. Dus wat er gebeurde toen we in 2015 begeleiding er bij kregen, was dat we eigenlijk een nieuw product moesten toevoegen. Alleen de ambtenaren die dit soort vragen moeten stellen en bepalen of mensen hulp nodig hebben moesten natuurlijk wel getraind worden.⁹ De groep verstandelijk beperkten, psychiatrie en ouderen dat was wel echt een nieuwe doelgroep als het ging om dit soort zaken. Ze wisten al wel hoe moet ik een beschikking maken, hoe moet ik een verordening lezen, maar voor de jeugdwet was het helemaal nieuw. Die mensen hadden bijvoorbeeld bij bureau jeugdzorg gewerkt en verleenden hulp, maar snapten niet hoe ze dingen in een beschikking moesten opschrijven of dat je je aan een verordening te houden had. Je zag hele nieuwe dingen gebeuren en het is nog steeds wel wennen voor die mensen. Maar zo zijn we wel verder gegaan en hebben wij hulp ingekocht. In 2015 heeft de gemeente Groningen namens alle gemeenten in de provincie het overgangsrecht gewaarborgd. Dit wil zeggen dat als instellingen in 2014 een contract hadden met het toenmalige zorgkantoor en ze hadden actieve cliënten, dan mochten ze ook in 2015 gewoon een contract krijgen. Dit is voor 1 jaar gebeurd en we hebben met toen 12 gemeenten een aanbesteding gedaan en hebben we begeleiding, groepen, dagbesteding en individuele begeleiding ingekocht en dat contract loopt nu nog steeds.

Ik neem aan dat de werklast voor de gemeente sinds 2015 behoorlijk is toegenomen, hebben jullie vanuit de gemeente genoeg middelen, mankracht en budget voor het realiseren van het beleid?

Financiële problemen lopen we tegenaan, vooral doordat er in de jeugdwet heel veel gedoe is. Binnen de WMO weten we het nog net rond te breien, maar dit wordt wel steeds lastiger.¹⁰ De werkdruk neemt toe omdat de problematiek gewoon veel ernstiger is.¹¹ Het is niet meer dat je met 1 gesprek weet wat er aan de hand is en met een beschikking er bij is de cliënt geholpen. Je moet vaak cliënten blijven motiveren om die hulp te nemen,¹² en dat maakt het lastig. Qua budget wat het lastig maakt in de Gemeente Delfzijl in de WMO, zijn een aantal wetten van het rijk. Die maken het ons lastiger om rond te komen¹³. Je hebt een algemene maatregelen van bestuur, die heten WMO reële tarieven, en die zegt dat je CAO moet betalen en dat er een aantal componenten in zitten zoals het betalen van een reële kostprijs. Dit betekent in de praktijk dat deze kostprijs veel hoger ligt dan wat er vergoed wordt vanuit het gemeente fonds. Dat maakt het wel heel lastig, want het rijk zegt we hebben de algemene maatregel van bestuur en we zien wel even hoe het loopt, dus als je in de financiële probleem komt dan kijken we dat eerst aan voordat er een besluit over genomen wordt. Het rijk heeft het abonnementstarief ingevoerd, dit jaar is het een voorloper, volgend jaar wordt het echt ingevoerd. Dit betekent dat het voor 2019 betaalde iedereen naar rato van inkomen¹⁴, hoe hoger je inkomen hoe meer je eigen bedragen was. Nu heeft het rijk betaald dat is niet eerlijk, dus iedereen betaald ongeacht je afname 17,50 per vier weken,¹⁴ volgend jaar wordt het 19 euro per maand. Dat betekent eigenlijk als je je realiseert dat het goedkoopste product hulp in het huishouden is, en dat kost 27,50 per uur, als je een gemiddelde indicatie hebt van 2 uur per week of 8 uur per 4 weken. Dat zit je al op meer dan 200 euro dat de gemeente aan de zorgaanbieder moet betalen, en de client betaald maar 17,50. Mensen die eerst op basis van hun inkomen dachten, ik betaal niet zo veel dus ik regel zelf wel iets, maar mensen zeggen nu van 'oeh dat is lekker goedkoop!'¹⁵, en ook hier zegt het rijk van we kijken wel even hoe het loopt. Ook uitspraken van de rechter die beleidsvrijheid wegnemen¹⁶, heel veel partijen en gemeenten hebben geprobeerd om resultaat gericht te indiceren, dus niet dat er concreet staat u krijgt zo veel uur maar u krijgt een schoon huis en dat betekent ongeveer dit en dat. Hiervan het de centrale raad van beroep van gezegd, dit mag niet.¹⁷ Voor de rechtszekerheid moeten cliënten weten hoeveel minuten of uren ze krijgen en welke taken daarvoor gedaan worden. Maar als je minuten gaat optellen met de algemene maatregel van bestuur voor de kostprijs, is dit altijd kostprijs verhogend. Dus je wordt vanuit verschillende kanten klem gezet.¹⁸ Nu is er de laatste tijd veel in het nieuws over de jeugdzorg, 'hoe kan dit nou allemaal, moet er bij betaald worden door het rijk of niet, want alles is wel vanuit het rijk naar de gemeente doorgezeten met het idee at de gemeente de burger beter kent en jullie kunnen beter combineren, dus dit kan met 25 tot 40 procent minder budget. Dit is natuurlijk een verkeerde aanname geweest en dit zie je terug in de discussie. En de problematiek verergert¹⁹. De vergrijzing slaat bij ons ook enorm toe.²⁰ Dit heeft nog een andere component die ik even kort toe zal lichte. Ik heb voor de gemeente Delfzijl, Appingedam, Loppersum en Het Hogeland berekend wat gebeurd er nu voor de hulp in het huishouden. Wij hebben 3 aanbieders en die moeten in de komende 5 tot 7 jaar 500 meer indicaties gaan komen per jaar puur door vergrijzing. Dit is duizend uur

per week dat je aan mankracht nodig hebt, maar de zorgorganisaties zitten natuurlijk ook met ouder personeel dat over 5 jaar ook met pensioen gaan²¹. De mensen die in dienst komen nemen af en de mensen die geholpen nemen alleen maar toe, dus er ontstaat een gat dat alsmaar groter word, en hoe gaan we dat oplossen. Je kunt al het geld in de wereld hebben, maar als je geen handen hebt om het werk te doen heb je ook een probleem.²² Dit gaat dus ook spelen, en dat heeft voor een deel met krimp te maken maar ook gewoon met vergrijzing.

Hoe monitoren jullie de effectiviteit van beleid in de gemeente?

De monitor van iedere 4 jaar, die moet iedere 4 jaar de effectiviteit toetsen²³, maar we proberen daar wel stuurinstrumenten voor in te stellen, maar het blijft wel heel erg lastig. In de aanloopfase word er verschillend geregistreerd, dus je kunt alleen sturen op hoeveel indicaties heb je, hoeveel heb je uitgegeven. Hoe stom het ook klinkt, voor 2015 is het nog steeds diffuus, dus we krijgen wel steeds beter de informatie op orde, maar het blijft lastig te monitoring. Ik vind cliënt-tevredenheids-onderzoeken belangrijk, die moeten jaarlijks worden uitgevoerd, daar worden steeds betere cijfers gescoord²⁴. Mensen zijn tevreden met de hulp en hoe de WMO consulent ze te woord staat. Vaak zie je dat gecontracteerde aanbieders in verband met het hun certificeren ook tevredenheidsonderzoeken moeten doen, dus dat soort cijfers worden ook wel bekend. We kijken bijvoorbeeld naar hoe vaak komen cliënten terug, alleen je ziet wel een spanning (voor het WMO loket) de hoeveelheid nieuwe mensen die er bij komt en de complexiteit van de problemen²⁵ zorgt er voor dat als je eenmaal een indicatie hebt ingezet, betekend het dat je de cliënt niet al te vaak meer ziet. Het liefst zou je ze 1x per jaar of vaker zien, maar als de workload met nieuwe aanvragen steeds meer toe neemt heb je daar steeds minder tijd voor. Maar het is wel het ideale moment om te kijken wat werk voor die cliënt.

In veel decentralisatie processen van de overheid (Zoals de WMO/WLZ, maar ook de nieuwe omgevingswet) staat participatie centraal: hoe ziet de gemeente Participatie?

Hoe moet ik dat eens zetten. De gemeente Delfzijl heeft een mening, maar ik heb zelf ook een mening. Kijk, wat de gemeente Delfzijl zegt en dat is natuurlijk een open afgeleide van toen met de decentralisatie iedereen dacht 'shit, wat moeten we nu weer eens doen', en dan zie je in 2014 het jaar voor invoering de VIG kwam met allemaal mooie vergezichten en iedereen is elkaar gaan napraten²⁶. Iedereen wilde een wijkteam, wat dat zou beter werken en iedereen moest participeren, iedereen moet meedoen, er is genoeg voor iedereen. Die visies kun je nou eenmaal in de politiek veel beter verkopen om daar geld voor vrij te maken dan te zeggen het wordt gewoon lastig om iedereen te helpen²⁷. We willen wel dat iedereen mee doet, maar we hebben gewoon zo veel mensen in de gemeente met zo veel psychische problemen, die vinden het al prima als ze überhaupt een keer boodschappen weten te doen, dat is dan al een hele prestatie²⁸. Dat is ook een stukje in wat we in NL heel erg geloven over het maakbare van de samenleving: als je maar genoeg je best doet dan kom je er wel²⁹. Als je nergens beland, dan had je maar beter je best moeten doen, maar dat zijn aannames die naar mijn mening niet kloppen en daarin verschilt mijn mening met hoe het in

beleidsteksten van de gemeente Delfzijl staat. Wij hebben bijvoorbeeld een sociaal makelaar in dienst genomen en eigenlijk wordt de **doelgroep van de participatiewet in 3 stukken opgedeeld**³⁰. Je hebt een groep die net in de bijstandsuitkering terecht komt, voor wat voor rede dan ook, maar die **weet zich wel weer naar werk te redden**³⁰. Ze hebben een goede opleiding en moeten gewoon wat brieven schrijven en dan is het klaar, je hoeft er eigenlijk vrij weinig aan te doen. Je hebt ook een midden categorie, **die moeten nog een opleiding doen en hebben eens steuntje in de rug nodig**³⁰. Daar moet je mee helpen en daar wordt de meeste inzet op gedaan. Je hebt ook nog een groep die oneerbiedig het **'granieten bestand'**³⁰ wordt genoemd. Dit zijn bijvoorbeeld mensen boven de 50 en die dus vanwege leeftijd steeds worden afgewezen, maar bijv., ook mensen met behoorlijke diabetes of psychische problemen en die dus veel ups en downs kennen. Daarvan is op een gegeven moment, ook vanwege minder financiële middelen van het rijk, hier zouden we onze sociale dienst niet meer in moeten investeren. We hebben wel gezegd via de gemeente dat we iets voor deze doelgroep moeten doen, we stellen een persoon aan die iedereen in dat granieten bestand gaat interviewen om te kijken of er nog een weg naar vrijwilligerswerk beschikbaar is. Nou, dan krijg je gewoon dat **mensen niet komen opdagen**,³¹ **mensen krijgen een brief van de gemeente en slapen een week voor de afspraak niet omdat ze bang zijn**³², **of mensen die al 100x zijn benaderd en er helemaal klaar mee** **Uiteindelijk is van de hele grote groep die we hebben benaderd, de mensen die nog eens vrijwilligerswerk zijn gaan doen, dan hebben we het over 5/6%**.³⁴ En dan moet je je gaan afvragen, **in tijden dat je minder budget hebt, hoe lang moet je met mensen in gesprek blijven of ze te bewegen, wat mag het kosten**.³⁵ Alleen als je in je beleidstekst hebt staan 'iedereen doet mee', dan wil je alleen maar achter je beleidsdoel aan, en dat vind ik persoonlijk nog wel eens lastig, omdat je ook keuzes moet maken, **in alle maatschappijen heb je mensen die het zelf niet redden**. Je moet wel zorgen dat mensen een basis voorziening hebben waar ze op terug kunnen vallen, maar ga niet steeds proberen 'kom ga aan het werk, we hebben hier vrijwilligerswerk, het gaat zo goed', het is gewoon niet voor iedereen weg gelegd. Maar dit past niet zo goed bij de Nederlandse cultuur ben ik bang.

Denkt u dat een krimp gemeente als Delfzijl hier meer problemen mee heeft dan een groeiende gemeente?

Ik denk wel dat het bij ons **relatief wat erger is**³⁶, maar ik denk dat alle gemeenten, kijk bijvoorbeeld naar een Rotterdam, die hebben gewoon problemen mensen te laten participeren zeg maar. **Er zitten ook weer zo veel regels aan, je kunt ook niet zomaar iedereen laten participeren, als het bijvoorbeeld arbeidsverdringing is dan mag het al weer niet**.³⁷ Je mag iemand ook niet 40u voor z'n uitkering laten werken, want dat gaan weer tegen de rechten van de mens in, want daar zijn ook bepaalde standaarden in, dat de standaard rond de 20u ligt. **Er zitten heel veel discussie in, en je krijgt een stukje concurrentie**.³⁸ Bij ons is bijvoorbeeld onderhoud openbare ruimten, grasvelden maaien en dat soort dingen, je hebt reguliere bedrijven die dat willen doen, je hebt mensen van de sociale dienst en het sociale werkvoorziening voor wie dat een hele goede dagbesteding zou zijn, je hebt ook mensen die een WMO indicatie hebben voor wie dat een hele goede dagbesteding zou zijn. Maar weet je, **als het gras eenmaal een keer gemaaid is, dan hoeft je**

een tijdje niet weer te komen. Je hebt soms heel veel mensen die dezelfde typen klusjes leuk vinden, en dat maakt het wel eens lastig. Ik denk wel dat wij als Delfzijl, omdat wij een wat armere bevolking hebben en meer vergrijzing dat we relatief meer mensen hebben die niet geholpen kunnen worden,⁴⁰ maar ik denk wel dat in bijna alle gemeenten de problematiek herkend word. Investeren in mensen waarvan je denk 'die hebben al genoeg aan zichzelf'.

Ziet u dit probleem groter worden in de toekomst?

Hmmm... Ik heb er geen wetenschappelijke onderbouwing voor, maar mijn gevoel zegt wel dat dit erger gaat worden,⁴¹ ik zie dit meer in de politiek, en de ontevredenheid van de mensen met weinig opleiding hebben en die zich niet gehoord voelen. En als ik kijk naar als je in de jaren 50 een licht verstandelijke beperking had dan kon je best nog aardig mee komen want het leven was veel eenvoudiger. Als je nu met hetzelfde IQ hier zit, dan ben je gewoon reddeloos verloren als je geen ouders hebt, of een broer of zus of wie dan ook die dit voor jou regels. De verlokkingen zijn ook veel groter geworden.⁴² In de jaren 50-60 waren er geen jongens die mobiele abonnementen verkochten met het doen om jou in de schulden te steken. Nu zie je soms hele kwetsbare jongeren met een verstandelijke beperking die er wel bij willen horen en niet snappen dat ze er in geluisd worden. Ik denk dat dat soort zaken gaan toenemen.⁴³

Ik heb laatst een boek gelezen, 21 lessen voor de 21^e eeuw, en die schrijft over de uitdagingen. Je zou zomaar een 2 lagen maatschappij kunnen krijgen van mensen die goed geleerd hebben en toegang hebben tot middelen en mensen die gewoon geen toegang hebben tot middelen⁴⁴, maar wel op tv zien wat er beschikbaar is en dat ook willen. En daarom maak ik mij wel zorgen dat het erger wordt als we geen andere dingen gaan verzinnen, zoals bijvoorbeeld een basisinkomen.

Zou een basisinkomen een manier zijn volgens u om te problemen, misschien niet op te lossen, maar wel te verzachten?

Ja, klopt. Ik denk wel dat je iets moet met mensen, maar bezig houden is nog al wat, maar ik denk dat het mooiste voorbeeld is dat wij een dagbesteding hebben voor mensen met een verstandelijke beperking. Wat die professionals daar zeggen is dat de grootste concurrent van mensen naar de dagbesteding krijgen is netflix⁴⁵. Want als je naar de dagbesteding moet, ook al is dat maar heel weinig, je moet 17,50 betalen per maand, netflix is maar 10 euro per maand.⁴⁶ Dus er moet wel iets magisch gebeuren op die dagbesteding, willen mensen van die netflix bank af komen. En dat denk ik dus ook met een basisinkomen, want van een basisinkomen word altijd gedacht dat mensen vrij zijn om dingen te doen, ik heb collega's die daar heel optimistisch over zijn, ik ben daar zelf pessimistisch over.⁴⁷ Ik heb lang voordat ik bij de gemeente Delfzijl ging werken, ik heb toen door een frozen shoulder door het vakken vullen bij de ah gekregen, waardoor ik een half jaar thuis zat. Eerst denk je joh, ik heb vakantie, maar na een week of 4 denk je 'ik wil wel afspreken, maar al mijn vrienden werken wel'. Dus op een punt kom je in de cyclus dat als je voor volgende week maar 1 afspraak in je agenda hebt staan, dan voelt het al alsof je week vol is. Het lastige is dus dat je wel heel veel innerlijke motivatie en kracht hebben om te zeggen ik ga de deur uit en

vrijwilligerswerk doen.⁴⁸ Ik maak me zorgen dat mensen met een basis inkomen steeds gedemotiveerder raken omdat er toch niks van hen gevraagd wordt, en dan maar netflix gaan kijken. Wat tref je dan over een paar jaar aan, of als de kinderen van die kinderen van die mensen dit gedrag zien, generatiewerkloosheid, wat gaat er dan gebeuren. **Naast een basisinkomen moeten we wel lijven zorgen dat mensen een doel hebben waardoor mensen ergens naar toe moeten, of ze er nou zin in hebben of niet.**⁴⁹ Niet iedereen heeft elke dag zin om naar z'n werk te gaan, maar er word iets van je verwacht. Ik denk dat het wel helpt om het leven vorm te geven, als je 7 dagen in de week thuis zit en niemand zegt kom we gaan iets doen. Mijn ervaring zegt dat die motivatie om iets te gaan doen steeds lager wordt en de drempel wordt steeds hoger naar dat de tijd verstrijkt.

Dit raakt een beetje het stukje motivatie en initiatieven, in 2021 gaat die nieuwe omgevingswet in, weer een ding met participatie en zelf-organisatie en een groot deel initiatieven. Wat is de ervaring binnen in de gemeente?

Ik moet eerlijk zeggen ik weet te weinig over de omgevingswet, het ligt ook aan oer het binnen de gemeente wordt aangevlogen. Wij hebben in onze volksgezondheidsnota wel gezegd dat er een **koppeling gelegd moet worden met de omgevingswet,**⁵⁰ alleen bij ons wordt dat **momenteel zo ruimtelijk aangepakt vanuit dat domein, dat wij van onze sociale afdeling daar nog bijna niks over hebben gehoord.**⁵¹ In het ideale geval wil je wel dat het samen valt, want als je de **openbare ruimte zo kan inrichten dan kun je er ook voor zorgen dat mensen meer bewegen en leuker kunnen wonen**⁵². Als je eenmaal zo'n straat hebt aangelegd kun je er weinig meer aan veranderen. Ik weet eerlijk gezegd niet of er allerlei initiatieven binnen komen en ik weet dat er bij ons ook iets speelt van uitstel van invoeren omdat wij gaan herindelen met Appingedam en Loppersum, dus dan valt alles samen. We hebben dus gekeken naar uitstel, maar ik weet niet wat de stand van zaken nu is.

Het rapport van het RIVM stelt dat inwoners van krimpregio's minder gezond zijn het landelijk gemiddelde. Wat zijn uw gedachten hierover?

Ja, ik vind dat lastig om te zeggen. Mijn collega van de GGD, ik kan je zo wel even de gegevens geven. Je ziet wel een verspreiding in de verschillende gezondheidsfactoren, als je kijkt naar Delfzijl, je kunt zien dat mensen wel meer drinken, maar bijvoorbeeld minder drinken. De relatie hierin is dat mensen met een hoger opleidingsniveau gek genoeg meer drinken, en dat roken toch iets is voor lagere klassen. En wij hebben ook wel redelijk wat met overgewicht te maken, maar er zijn ook studies **dat eenzaamheid een enorme prognose is voor een ongezonde leefstijl, of stress.**⁵³ **Eenzaamheid is ook best wel groot hier**⁵⁴. Dus ik vind het lastig om daar echt wat over te zeggen, maar in ons gebied is het wel zo dat als je de kaart van de GGD er bij pakt, dan zie je wel veel rood gekleurde banden in de gemeente Delfzijl zitten. **Het is voor mensen ook gewoon heel lastig om gezonde keuzes te maken als je financiële basis niet op orde is.**⁵⁵ Zolang broccoli nog altijd duurder is dan frikadellen en je wilt wel je kinderen helpen, dan maar liever wat ongezonds eten dan honger lijden... dat zie ik ook wel als je kijkt naar de financiële problemen die mensen hebben. Dan denk ik dat **goedkopere keuzes worden gemaakt**⁵⁶. Dan zit er aan de andere kant ook wel **iets**

moraliserends aan⁵⁷, het ligt er natuurlijk wel aan hoe je het brengt, hoe de overheid een gezonde leefstijl gaat. We hadden een training bij onze sociale dienst over budget beheer en een gezonde leefstijl, maar ze hadden het niet zo handig aangepakt. Ze gingen met de doelgroep van de sociale dienst naar de Lidl en hebben iedereen een karretje. In de Lidl moest iedereen gezonde en minder gezonde dingen in het karretje doen, maar het werd aan het eind niet afgerekend. Iedereen moest alles weer terug zetten en het werd ervaren als heel moraliserend. Wij gaan jullie voor schut zetten, zo werd het ervaren door de doelgroep, al was het niet de intentie van de training. Omdat ze een uitkering hadden werden ze verplicht om mee te doen, en werden naar hun idee te kakken gezet bij de Lidl. Ze krijg je dat als mensen echt willen veranderen moet er ook een interne motivatie zijn en dan help geld enorm.⁵⁸ Je ziet het ook bij laaggeletterdheid, heel veel mensen redden zich nog wel of maken er geen probleem van, dan komt er op eens een kleinkind en kunnen ze het kleinkind niet voorlezen. Dan zie je vaak dat mensen zich over hun schroom heen zetten om zich aan te melden omdat ze het kleinkind willen voorlezen. Dat soort zaken moet je uit de omgeving hebben, want als de overheid zegt stop eens met cola drinken, dat gaat niet werken. Wat de overheid kan doen zijn dingen als een suikertaks, afspraken met de industrie en regels over alcohol en sigaretten gebruik. Maar je ziet wel vaak dat er gelobbyd wordt om maatregelen te verzachten door de industrie⁵⁹. Ook hoor je vaak wie zijn jullie van de overheid om te bepalen wat mij mogen en moeten doen. Nudging zou een optie zijn, maar dan moet je bijvoorbeeld supermarkten hebben die mee willen werken door bijvoorbeeld geen drop meer bij de kassa te zetten.⁶⁰ Maar dat is ook weer een afwegen, aan de ene kant willen ze wel gezonde dingen verkopen, maar ze moeten ook de tent laten draaien. En hier moet de overheid dan afspraken over maken, want wij als gemeente kunnen natuurlijk niet met de lokale supermarkt afspreken om bepaalde dingen te doen. Nederlanders vinden als snel dat er te veel met ze bemoeid of betutteld worden, en dat helpt niet echt met gezond gedrag beïnvloeden.

Wat zijn volgens u de belangrijkste lessen die er geleerd zijn in de afgelopen 5 jaar betreffende dingen als de decentralisatie, WMO, maar ook trends die momenteel gaande zijn?

Ik denk vooral met decentralisatie, en dat is dan meer richting het rijk, ga nou niet meteen bezuinigen op budget⁶², wij kunnen als gemeente met een knop niet het beste voor de cliënt realiseren met minder geld. Maar ook zorg dat je in gesprek bent met je cliënt want daar moet ergens de motivatie gaan vinden om zorg te ontvangen of verandering teweeg te brengen hoe lastig dat ook is.⁶³ En richt je vooral ook op armoede problematiek⁶⁴, want we hebben te vaak situaties, ook bij bijvoorbeeld gezinnen. Dan gaat het fout in de opvoeding en zou de opvoeding positieve aspecten gebruiken, maar als de ouders in armoede leven en steeds een deurwaarder hebben of uit hun huis worden gezet, dan kun je wel elke keer zeggen we moeten het kind beter gaan opvoeden maar er zit een hiërarchie in problemen die ervaren worden⁶⁵. Ik denk wel dat je daar moet gaan beginnen, dus eerst zorgen dat zaken als armoede en basisbehoeften beter worden geregeld, en dan denk ik wel dat je met mensen afspraken kunt maken over hoe we het volgende gaan aanpakken. En ook dingen als integrale afwegingen, zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeringswet, die vooral medisch gericht

is, en de WMO, die meer preventie en meedoen georiënteerd is, als je als gemeente heel goed je werk doet in de WMO en veel geld investeert, dan worden mensen vanzelf gezonder en dat vinden zorgverzekeraars natuurlijk prachtig. Dus je zou verwachten dat zorgverzekeraars veel moeite doen in investeren in die WMO, maar dat is dus niet zo,⁶⁶ of in elk geval niet zo veel als ik had gehoopt. Zorgverzekeraars die denkt 'ik ik wel even wat de gemeente in de WMO doet, want jullie moeten preventief werken, terwijl je dat meer samen zou moeten doen. Nou weet ik wel dat dit per verzekeraar verschilt, want je hebt verzekeraars die hartstikke goede zaken doen, maar je hebt ook verzekeraars die kijken wel wat er gebeurt, en daar zou je toch wel veel meer winst in kunnen behalen als iedereen op gelijke wijze zou moeten investeren.

Waar zitten volgens u de meeste kansen voor een gezonde samenleving in krimpende gemeenten?

Hmm... Dat vind ik een lastige. Ik zou zelf vooral goed kijken naar wat is er per gezin nodig, en eerst gaan investeren in armoede problematiek en dat soort zaken⁶⁷. Dan vooral gaan kijken naar of je iets met leefstijl⁶⁸ kunt doen. Ik zie zelf ook wel kansen in de omgevingswet⁶⁹. Wij hebben natuurlijk heel erg met aardbevingen te maken, in Delfzijl moet er zelfs een hele wijk gesloopt worden. Dan is het heel verleidelijk om heel snel die huizen terug te zetten en niet te denken over de openbare inrichting. We krijgen straks veel meer oudere mensen, als je nou iets bredere voetpaden te gaat maken en iedereen 300 of 400 meter een bankje neerzet en het op die manier aantrekkelijker maakt om door de wijk te bewegen,⁷⁰ dan krijg je vanzelf die gezondheidswinst. En ik denk dat je dat moet inbouwen door een soort automatisme, want je kunt niemand dwingen om op de fiets te gaan,⁷¹ alleen als het makkelijker wordt gemaakt denk ik wel dat mensen zelf die keuze maken. Je hebt speels gedrag nodig om beweging uit te lokken, en dat dat heel erg helpt. Daar zou je de omgevingswet heel goed voor kunnen gebruiken⁷², om gezond gedrag normaler te maken, dus zonder dat je doorhebt dat je er mee bezig bent. Of zoals bijvoorbeeld toen met de pokémon app, iedereen ging toen naar buiten en kwam in beweging. Dat zijn meer die toevalligheden die je probeert te stimuleren.

Dus samenvattend, stimuleren, bruggen slaan tussen verschillende onderdelen van beleid en lange termijn denken?

Ja klopt, want het gaat echt niet vanzelf gebeuren. Als je denk van, 'ik ga niks doen en het komt wel goed', dan is mijn ervaring dat het niet gebeurt. De overheid zal op zo'n manier moeten helpen dat mensen niet doorhebben dat ze geholpen worden, want niemand wil actief geholpen worden door de overheid.⁷³ Maar hoe kun je omgeving beter maken zonder dat je het zelf door hebt.

Mensen het idee geven dat ze het zelf bedacht hebben?

Ja!

Mag ik dit interview opnemen?

Ja, geen probleem

Ik wilde graag beginnen met wie ik ben: Ik ben Josien Muns, student economische geografie in Nijmegen en ik ben bezig met mijn afstudeerstage bij Witteveen en Bos. Ik doe dit onderzoek voor de groep omgevingsmanagement en omgevingskwaliteit. Het onderwerp waar ik mee geconfronteerd werd was 'de gezonde omgeving'. Ik had mij zojuist verdiept in het rapport van het RIVM dat de gerapporteerde gezondheid van mensen in Krimpregio's minder is dan het landelijk gemiddelde. Dus nu ben ik hier! En nou zijn mijn eerste vragen voor u: wie bent u, wat doet u precies en hoe lang werkt u al voor de gemeente Heerlen?

Mijn naam is Ank Jacobs, ik werk sinds 2000 voor de gemeente Heerlen, en ik heb heel lang in het ruimtelijk-economische domein gezeten en vandaar dat ik Witteveen ook ken, en ik geloof dat wij zelfs een keer een opdracht met hen hebben gedaan. Het beleidsterrein economie is bijna onlosmakelijk verbonden met ruimte. Dus ik heb daar heel lang gezeten en veel verschillende terreinen van economie gezien. En nu sinds 2 jaar zit ik bij de afdeling welzijn. Vanaf 1 juli gaat het domein welzijn maatschappij heten en dan ben ik strategisch beleidsadviseur op welzijn breed, en dat is dan eigenlijk WMO en alle zorg die daar mee samen gaat, en een deel van de jeugdwet, maar dat thema weet ik dan wat minder van. Maar ik houd me met allerlei beleids-overstijgende en strategische zaken bezig binnen het bureau. En voordat ik die functie heb gekregen, heb ik bij gedragen aan Heerlen Standby. Gemeentes zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de WMO, en heel veel gemeenten hebben dat in de eigen hand, dus de burger komt bij de gemeente met de vraag voor ondersteuning, dan wordt dat gecheckt. Je krijgt uiteindelijk een beschikking met het aantal uren, en wij hebben het hele proces buiten de deur gelegd bij een coöperatie van 9 zorg- en welzijnsinstellingen en die doen voor ons nu het hele welzijnswerk. Dus het opbouwwerk in de wijken, het buurtpunt met de koffiekopjes en noem maar op, tot en met de ambulante zorg en dag-begeleiding, dat wordt allemaal door een coöperatie in Heerlen uitgevoerd. Daar zijn we redelijk uniek mee in Nederland, alleen Alphen aan den Rijn, Hollands Kroon en Utrecht hebben iets dergelijks geloof ik, ze zijn niet helemaal vergelijkbaar maar zoiets, en voor de rest is er nog niks vergelijkbaars in Nederland.

Mijn volgende vraag ging een beetje die richting in, hoe is zorg en welzijn geregeld hier in Heerlen? Stel, ik heb zorg nodig, waar ga ik heen? Wat moet ik doen?

Ik neem aan dat dit over WMO zorg gaat? Dan hebben we een aantal manieren, je kunt bellen, we hebben een telefoonnummer en dan wordt je verbonden met het sociaal portaal, daar leg jij je vraag neer, **niet iedereen kan die vraag altijd helder formuleren dus daar zitten mensen die echt kunnen doorvragen¹ en het kan ook best zijn dat iemand echt op tig gebieden vragen heeft²**, maar dan wordt daar in ieder geval gedistilleerd waarvoor is de

vraag bedoelt. Als het echt een vraag voor de WMO wet is, dan wordt het doorgeleid naar Heerlen StandBy en dan nemen die met jou contact op voor het keukentafelgesprek. Maar ook op het moment dat jij schulden hebt dan hoef je niet per se bij Heerlen StandBy te zijn, dan kun je ook ons eigen schuldhulp loket bellen, maar ook dan kun je hetzelfde nummer bellen. Daarnaast hebben we 14 sociale buurtteams, soms heten ze wijkteams, die worden ook door StandBy aangestuurd, en die zitten in 14 buurten, ook echt fysiek³. Ze hebben ook spreekuur dus je kunt er ook echt naar binnen wandelen op het moment dat de SWT daar vergadert. Daarnaast heeft StandBy buurtpunten, vaak is dat het punt waar de SWT vergadert maar dat hoeft niet altijd zo te zijn, en daar worden allerlei activiteiten georganiseerd, zoals de yoga, de lunch of de kinderbijeenkomst, en op die punten zijn altijd professionals aanwezig, dus ook daar kun je terecht met hulpvragen⁴.

Ik heb eenzelfde interview als deze gehad in het noorden van het land, in Delfzijl, een andere krimpregio, en in het gesprek daar kwam naar voren dat ze zien dat de problematiek steeds erger en complexer wordt. Is dat een trend die jullie hier herkennen?

Ja, nou op WMO gebied herkennen we dat niet zo heel erg, maar dat herkennen we wel bij de jeugd.⁵ Bij jeugd zien we de aantallen ontzetten stijgen, maar ook de zorgzwaarte die nodig is neemt toe. En wat we ook zien zijn mensen met verward gedrag, dat stijgt ook, maar dan weet ik niet of dat een Heerlens probleem is, volgens mij niet, of dat het komt door de bedden reductie in de GGZ. Dus daar waar mensen vroeger werden 'opgesloten' in een instelling in het bos, wonen die mensen nu gewoon in de wijk en zijn daarmee veel zichtbaarder voor de bevolking. Dus daarin zien we ook een toename.

Hebben jullie een verklaring voor die toenames?

Bij de jeugd zijn we echt aan het zoeken waar het aan ligt. Het heeft misschien ook deels te maken met dat er soms aan overaanbod wordt gedaan, dus iemand heeft hulp nodig in de jeugd en weet je, we doen maar meteen het zware arrangement, want dan is het altijd goed.⁶ Dus dat is even de vraag, maar het is nooit echt geanalyseerd, dus dat zou je moeten onderzoeken. Wat we wel gewoon zien hier in Zuid-Limburg, en dat zal in Delfzijl wel hetzelfde zijn, onze bevolking is gewoon structureel ongezonder en doet daarom structureel vaker een beroep op huisarts en eerstelijns zorg, dus dat zien we wel echt⁷. Of dat echt een toename is ten opzichte van vorige jaren weet ik niet, bij jeugd wel, bij ouderen weet ik het niet.

In 2015 hebben er natuurlijk een heleboel veranderingen plaatsgevonden op het gebied van zorg, welzijn en de WMO. Welke veranderingen hebben er plaats gevonden na de invoering van de nieuwe WMO/WLZ hier in de gemeente Heerlen?

Dat is wel van voor mijn tijd, want toen was ik er nog niet. E hebben natuurlijk de decentralisatie gehad, dus alles is anders ingericht, maar ik kan heel moeilijk een vergelijking maken met hoe het hiervoor ging. Wat we wel zien. En wat ik net ook zei, dat we nu voor de WMO de coöperatie hebben, dat is pas na 2015 gekomen en ook voor jeugd hebben we

sinds 1 januari j.l. een coöperatie , die heet JENS en ook daar werken we op diezelfde manier. Dus dat zijn wel veranderingen waar de WMO 2015 ons ruimte heeft gegeven om dat te doen.

Is de nieuwe situatie een verbetering?

Ja, wij vinden van wel. Het werkt goed, deels om financiële redenen⁸. Die twee coöperaties werken met een lump sum, dus die krijgen een bepaald bedrag (dat wel ergens op is gebaseerd) en daarmee moeten ze het gewoon doen en het is hun verantwoordelijkheid om daarmee uit te komen, dus je ziet dat het iets minder een open einde regeling is geworden bij ons. Financieel mag natuurlijk nooit leidend zijn, maar aan de andere kant zien we ook dat de zorg steeds flexibeler is. Daar waar je vroeger dus een beschikking kreeg met zoveel uur per week, en dan kreeg je ook zo veel uur per week, of je die nou nodig had of niet of als je meer nodig had, je kreeg die beschikte uren. En nu is het veel flexibeler, heb je de ene week heel veel zorg nodig dan krijg je die, heb je de week er na niemand nodig dan krijg je ook gewoon niemand over de vloer⁹. Dus daarmee is het voor de client veel flexibeler.

Krijgen jullie als gemeente genoeg budget om het beleid effectief te realiseren?

Nee, in de jeugd niet maar daar zijn we als gemeente Heerlen niet uniek in. In de jeugd hebben we ontzettende tekorten, op het gebied van maatschappelijke opvang hebben we tekorten, maar bij beschermd wonen en de wonen-WMO onderdelen daar redden we het mee.

Hoe meten jullie de effectiviteit van het beleid?

Daar zijn we nog over aan het stoeien. Heel belangrijk is natuurlijk de cliënt ervaring, hoe ervaart de cliënt de kwaliteit?¹⁰ Daar hebben we een standaard cliënt-ervaringsonderzoek voor, dat is ook landelijk verplicht om dat te doen. Vorig jaar hebben we dat gedaan bij onze cliënten van StandBy, maar het zijn vaak die cliënten die laaggeletterd zijn of andere problemen hebben, en daar komt dan heel weinig respons uit. Het is moeilijk om te beoordelen of wat er uit het onderzoek komt betrouwbaar is, weten mensen überhaupt wat ze invullen, snappen mensen de vragen wel?¹¹ Dus we zijn nu aan het nadenken en willen dan vanaf volgend jaar op een andere manier de effecten van ons beleid gaan meten. Financieel, dat weten we, dat hebben we zelf in de hand. We hebben ook in ons beleid gezegd die administratieve last moet ook echt omlaag, daarin zijn we wel geslaagd en dat hebben we wel kunnen meten. Wat we ook hebben gemeten is of de medewerker nu meer tevreden nu die zelf meer handelingsvrijheden heeft, en dat is zo. Maar die cliënt-ervaring blijft nog altijd een beetje moeilijk. Dus we hebben dat onderzoek wel gedaan voor wat het waard is, maar we hebben daarnaast ook individuele cliënt gesprekken gevoerd, en dat alles bij elkaar geeft wel een beeldvorming. Maar, we gaan het nu met een effectencalculator wat beter doen.

In veel decentralisatie processen van de overheid (Zoals de WMO/WLZ, maar ook de nieuwe omgevingswet) staat participatie centraal: hoe ziet de gemeente Participatie?

Participatie is in die zin een beetje de heilige graal, mensen moeten participeren.¹² Je ziet dit ook in het jongerenbeleid, of je zit op school of je werkt, maar je kunt niet hier aankloppen voor een uitkering op het moment dat je jonger bent dan 27 (voor de grote meerderheid, er zijn altijd uitzonderingsgevallen). En ook bij StandBy is het idee mensen moeten participeren, natuurlijk naar eigen kunnen en wat mogelijk is, en op het moment dat je niet kunt werken, om welke reden dan ook, dan moet er iets anders zijn wat je wel zou kunnen doen.¹³ Dus participatie is wel een leidend begrip bij ons. En wij hebben, al is dat bij een andere afdeling (werkgelegenheid en sociale zaken) en die hebben echt de participatiewet, dus echt mensen aan het werk krijgen en op het moment dat dat niet lukt hebben we nog werkvoorzieningsschap of je zit meer aan de arbeidsmatige dagbesteding.

In Delfzijl hadden ze het idee dat participeren niet altijd mogelijk is, hoe staat de gemeente Heerlen hierin?

Nee, bij ons ligt een groot deel hiervan natuurlijk bij StandBy, maar daar zeggen ze ook: iedereen kan participeren¹⁴. Al is het maar een uur per week, verdeeld over meerdere dagen, iedereen kan participeren. We maken dan wel onderscheid tussen mensen die participeren op vrijwilligersbasis, dus de constructieve vrijwilliger en de productieve vrijwilliger, maar we proberen wel iedereen iets te laten doen en echt mensen achter die voordeur uit trekken.

Hoe gaat de gemeente de conversatie aan met burgers en hoe gaat de gemeente om met burgerinitiatieven?

Ik kan je daar geen antwoord op geven, want binnen ons domein hebben dat eigenlijk nog niet echt gehad. Ik zou dat niet weten, ik weet wel dat het heel erg speelt. Ik zit ook in een projectgroep omgevingsvisie en daar is dat wel echt een heel thema. Hoe gaan we dat organiseren, en hoe weet je ook of wat iedereen in brengt of dat goed is of dat dat niet goed is. Er is wel aandacht voor, maar we echt burgerinitiatieven nog niet echt gehad. Wel misschien nog een aanvulling daarop, we hebben wel heel veel inspraak over de buurten, maar dat gaat dan meer over de openbare ruimte¹⁵, en of het echt burgerinitiatieven zijn dat weet ik niet, maar daar zijn we wel veel mee bezig. Het zit wel bij een andere afdeling, maar ik denk dat we daar al wel best ver in zijn.

Veel gemeentes hier in het zuiden van Limburg hebben te maken met leegloop en vergrijzing, hoe stimuleert de gemeente participatie en sociale samenhang?

Ook die taak hoort voor een groot gedeelte bij StandBy, natuurlijk niet alleen, maar zij zorgen dat ze echt heel dicht in de buurten kijken wat is hier nodig en wat kan hier slagen, dus niet alleen kopiëren uit andere buurten¹⁶. En of de sociale cohesie verloren gaat, dat weet ik niet, ik weet niet of je dat zo kunt zeggen. We krimpen, dat klopt, alleen hebben we

nu ook data binnen over studenten en schoolverlaters, en die cijfers laten zien dat we daarin in ieder geval geen krimp hebben. Dus dat was dan wel weer positief.

Het rapport van het RIVM stelt dat inwoners van krimpregio's minder gezond zijn het dan landelijk gemiddelde. Wat zijn uw gedachten hierover?

Samen met de dominante zorgverzekeraar hier, CZ, hebben wij een preventiecoalitie en daarmee hebben wij onderzoek gedaan. Daaruit blijkt dat gezondheid of ervaren gezondheid heel erg samen hangt met de SES, en die is hier hele erg laag, dus dat zou een verklaring kunnen zijn¹⁷. En dan kun je gaan kijken, waarom is die dan laag? Nou, krimpregio's zijn niet toevallig de uiteindes van Nederland, dus je ziet dat hier gewoon minder werkgelegenheid is, dus de mensen met een wat hogere SES trekken weg want die vinden hier geen werk, dus dan hou je ene populatie over die over het algemeen een wat lagere SES heeft. En er is bijna een 1 op 1 relatie te trekken tussen een lagere SES en lagere gezondheid. Dus dat is wel een verklaring. Er zijn gewoon heel weinig banen voor hoger opgeleiden, dus die mensen trekken weg en dan blijven de 'kansarmen' hier achter. Niet allemaal natuurlijk, maar het heeft er wel mee te maken. En wat we hier in Zuid Limburg hebben, en dat is niet uniek voor Heerlen, en dat noemen ze de Limburg Factor. Zelfs als je corrigeert voor SES en vergrijzing etc, dan zien we nog steeds dat we minder gezond zijn, en niemand weet waar dat aan ligt¹⁸. We denken dat het met de mijnen te maken heeft, en de mijn cultuur leefde hier heel sterk. Je hoefde eigenlijk niet na te denken, van wieg tot het graf werd alles door de mijn bepaald en geregeld. En toen de mijnen verdwenen, verdween ook die sociale structuur en het denken voor mensen, toen bleven die mensen wat hopeloos achter, want ze waren niet anders gewend. En daardoor zien we wel een gebrek aan initiatief, en dat zien we nog steeds terug in de oostelijke en westelijke mijnstreek¹⁹. Mensen hebben hier sneller dat als het minder goed gaat dat ze achterover leunen en denken 'de overheid moet het nu maar voor mij oplossen', terwijl mensen in andere delen van het land eerder zelf problemen willen oplossen en pas als ze dat niet kunnen hulp gaan zoeken.

Dus dat is een beetje een gat tussen gewenste participatie en wat er daadwerkelijk gebeurt?

Ja misschien. Maar in bijvoorbeeld Delfzijl hebben ze eenzelfde probleem, ik weet niet of daar ooit een grote industrie is weggevallen?²⁰

Ja er is wel veel industrie weggevallen in Delfzijl, maar die industrie is nooit zo dominant geweest als de mijnen hier in Limburg.

Ja hier werkte iedereen gewoon in iets wat met de mijnen te maken had.

Denk u dat het gat dat veroorzaakt wordt door die Limburg factor kleiner gaat worden als het voor mensen normaler wordt om voor je eigen gezondheid verantwoordelijkheid te nemen?

Ja, daar is wel alles op gericht en we hebben er allerlei acties op kunnen uitzetten en we hopen ook dat het langzaam gaat veranderen. Ik bedoel, die mijnen zijn nu al heel lang dicht, maar **je ziet dat het generaties duurt voordat het patroon er uit is**²¹. Dus daar zijn we nu wel veel meer in op aan het zetten, en ook meer op preventie en mensen bewust maken van wat er goed is en wat slecht.

Ik heb een aantal gesprekken gehad met GGDs in Groningen en hier in Zuid Limburg, wat in beide gesprekken naar vorenkwam is dat ze graag meer zouden zien op het gebied van preventie, maar dat er vaak geen budget voor is om in te zetten op preventie.

Ik weet niet of daar geen budget voor is, wat we wel heel lang hebben gezien is dat zorgverzekeraars dat heel lang niet hebben mogen doen omdat ze met premies werken en ze dat geld niet mogen gebruiken aan andere zaken dan bijvoorbeeld naar de dokter gaan. **Er zit wel een kentering aan te komen, we zitten bijvoorbeeld met CZ in die preventie coalitie, en ik denk dat alles wat je als gemeente doet om een woonomgeving zo goed mogelijk te maken, dat is allemaal preventie.**²² Je hoop er mee te voorkomen dat duurdere hulp in een later stadium nodig is. En ook bij de jeugd doen we veel aan de voorkant om te voorkomen dat kinderen bij de specialistische jeugdhulp belanden. Dus we zijn wel degelijk met preventie bezig. Gek dat de GGD dat zegt, want volgens mij ligt een deel

SES en gezondheid hangen natuurlijk heel sterk samen.

Als u zou moeten kiezen, we zetten vol in op het verhogen van sociaal economische status of we zetten vol in op gezondheid, waar zouden we de meeste winst kunnen behalen?

Dan denk ik de eerste. Want ik denk dat dat een sleutel is tot het oplossen van een aantal problemen. **Als de SES hoger is, mensen zinvol werk hebben en meer inkomen hebben uit werk, daarmee wordt een opening geboden om uiteindelijk ook die gezondheid te gaan verbeteren.**²³ Tenminste, dat denk ik, dat is mijn gevoel.

Iets waar ik het in het Noorden over heb gehad is dat mensen die het moeilijk vinden om te participeren en om mee te doen, dat de drempel vrij hoog is van helemaal niets doen tot iets doen, en zodra ze eenmaal iets doen dat het dan makkelijker is om ze meer te laten doen. Hoe kan de gemeente bijdragen om die drempel te verlagen voor mensen?

Die taak ligt bij ons heel sterk bij StandBy, en daar hebben we wel echt succesverhalen van mensen die echt de deur niet uit kwamen om die toch te betrekken in een buurtpunt en daar hun kwaliteiten kunnen tonen. Dus hoe ze het doen, dat weet ik niet, ik geloof heel outreachend en kijken waar de buurt behoefte aan heeft. **Maar daar zien we ook echt dat ze in staat zijn gebleken om mensen die voorheen niks deden in het buurtpunt te krijgen**²⁴. **Een voorbeeld zijn bijvoorbeeld een paar buitenlandse vrouwen die nu op maandag middag in het buurtpunt soep komen maken, participeerden voorheen niet zaten alleen thuis en doen dit nu gezamenlijk en zijn trots om te kunnen laten zien wat er in hun land van herkomst aan eten wordt bereid.**²⁵ Het is dus belangrijk om in te spelen op waar er in de buurt behoefte

aan is, en daarom is het heel erg buurtgericht georganiseerd. Natuurlijk kan het altijd beter, want we hebben bijvoorbeeld nog steeds hoge eenzaamheidscijfers dus we bereiken blijkbaar niet iedereen, maar ik denk wel dat het een goede eerste zet is.

Wat zou de oorzaak kunnen zijn van zo'n hoog eenzaamheidscijfer?

Ja dat weet ik niet. Aan de ene kant zijn we heel blij dat we er geld voor hebben gekregen van het ministerie, maar we weten nog niet waarom het zo is. We zijn bezig met het analyseren en kijken waar het aan ligt en welke acties we erop kunnen inzetten. Dus het onderzoek loopt nu nog. **Wat we al wel weten dat het hebben van schulden, het hebben van onvoldoende inkomen om mee te doen aan sociale activiteiten, dat dat van grote invloed is.**²⁶

Wat zijn volgens u de belangrijkste lessen die we de afgelopen paar jaar hebben geleerd op het gebied van gezondheid en welzijn, en op het gebied van participatie?

Ken je het begrip positieve gezondheid? Ik weet dat we daar nu heel veel mee werken. Vroegen keken we of iemand lichamelijk gezond was, en dan was je gezond. En nu kijken we veel verder, want gezondheid betekend veel meer dan alleen lichamelijk niks mankeren, zoals bijvoorbeeld heb je een zinvolle dag-invulling, heb je een sociaal leven? **En ik vind wel dat die meer holistische benadering dat het iets is van de laatste twee jaar en dat er daarmee veel meer recht wordt gedaan aan hoe zit een mens elkaar, dan alleen kijken 'oh, je mankeert niks, dus dan ben je gezond en kun je alles doen'.**²⁷ Dus ik denk dat dat wel een van de verworvenheden is van de laatste tijd. Dus we werken binnen StandBy en bij de jeugd heel veel met positieve gezondheid. Ik weet niet of je het spinnenweb kent? **Dat zijn die 6 pijlers van positieve gezondheid en je kunt per pijler kijken hoe je scoort, en kun je kijken hoe je daarin verbetering kunt aanbrengen.**²⁸ Dus we zijn daardoor veel **meer met de client aan het kijken waar aan gewerkt kan worden, waar er vroeger door iemand achter een bureau werd gezegd 'dit is jou probleem en daar gaan we dit aan doen'**²⁹. En ik vind dat wel een van de verworvenheden van de laatste jaren.

Waar zitten volgens u de meeste kansen voor een gezonde samenleving in krimpende gemeenten?

In ieder geval samenwerken met alle partners, dit is niet iets voor alleen de gemeente of de zorgverzekeraar, de gezamenlijke aanpak,³⁰ en dat doen we ook al. **Veel meer ruimte voor gemeentes om een eigen invulling te geven aan lokale problemen**³¹. We zien nu ook dat de WMO er best wat ruimte voor geeft, maar we hebben ook al heel wat rechtszaken achter de rug, waar **rechters hele andere ideeën hebben en wel in uren willen beschikken. Dus op het moment dat we veel meer maatwerk kunnen leveren en de gemeenten daar de ruimte voor krijgen, dat daar wel veel kansen voor zitten**³². En zoals zorgverzekeraars die voorheen niet aan preventie mochten doen en nu wel, dat zet zoden aan de dijk als we dat in samenwerking kunnen doen. **De zorgverzekeraar heeft kanalen om met de client te bereiken, bijvoorbeeld via de huisarts, en wij hebben onze kanalen dus als je daarin samen**

werkt kun je een hoop bereiken³³. En dat is echt wel iets van de laatste jaren. En iedere euro die je in preventie steekt dat levert iets op voor ons, de zorgverzekeraar of de maatschappij, maar daarvoor moeten we af van het schotjes denken. En dat doen we bijvoorbeeld met StandBy, zij krijgen een bedrag en zetten in wat nodig is, en als je echt die schotten weg haalt en af stapt van het idee dat iedere euro die jij er in steekt je teug moet verdienen en iemand anders die niet mag terug verdienen (wat nog een lange weg is), maar daar zitten wel echte kansen.³⁴

In gesprek, na geformuleerde vragen:

In Delfzijl hebben mensen snel het gevoel van betutteling door de overheid. Dat hebben mensen in Zuid Limburg minder, ze leunen meer op de overheid en accepteren meer van de overheid³⁵. Wat we wel herkennen is dat we vroeger bijvoorbeeld avonden organiseerden over opvoedproblemen en dat er niemand kwam opdagen. Als we dan later een avond bloemschikken organiseerden zat de hele zaal vol, en dan ondertussen vertelden we van alles over opvoedproblemen en waar ze heen konden met problemen. Dus je moet mensen soms met een smoes en iets leuks lokken, en als ze er eenmaal zijn dan kun je ze wel vertellen wat goed is en dan wordt het makkelijker geaccepteerd.³⁶

De sleutel tot een gezonde populatie ligt ook wel in het onderwijs, zorgen dat mensen hoger opgeleid worden. Het verhoogd de kans op een beter betaalde baan, tot gezonder leven en zorgt dat je beter begrijpt wat er gezond is en wat niet. Dus ik denk dat wel echt zoden aan de dijk zet.

Mag ik dit interview opnemen?

Ja natuurlijk!

Allereerst heel erg bedankt dat u tijd wilde de maken voor dit interview. Ik wilde beginnen met kort iets over mijzelf te vertellen. Ik ben Josien Muns, student economische geografie in Nijmegen en ik ben bezig met mijn afstudeerstage bij Witteveen en Bos. Ik doe dit onderzoek voor de groep omgevingsmanagement en omgevingskwaliteit. Het onderwerp waar ik mee geconfronteerd werd was 'de gezonde omgeving'. Ik had mij zojuist verdiept in het rapport van het RIVM dat de gerapporteerde gezondheid van mensen in Krimpregio's minder is dan het landelijk gemiddelde. Dus nu ben ik hier!

Via Monique!

Ja dat klopt! Ik wilde als eerste graag wat over u weten, wie bent u en wat zijn uw werkzaamheden?

Ik ben adviseur publieke gezondheid bij de GGD, en onze GGD heeft eigenlijk het hele werkgebied provincie Groningen. Ik heb 2 regio's die ik ondersteun. Wij ondersteunen die gemeente op het gebied van publieke gezondheid, wat een wet is waar de gemeente aan moeten voldoen. De wet zegt heel veel over de gezondheid van de bevolking en je kunt zeggen dat wij dan met name helpen alle vraagstukken op het gebied van de lokale publieke gezondheid te beantwoorden. Nou dat kan van alles zijn. Gemeenten vragen mij vaak over advies over het lokale gezondheidsbeleid, dat ze 1x in de 4 jaar moeten opstellen, **wij leveren de cijfers en data-analyse van de staat van de volksgezondheid, en dat raakt natuurlijk het feit dat mensen met minder scholing vaak minder gezond zijn**¹. Maar het kan ook zijn dat er infectiezieken zijn, dat er uitstoot van fabrieken of stankoverlast is, raadvragen, alle sop het gebied van gezondheid kunnen ze de GGD vragen om advies. Ik ben dan contactpersoon van de gemeente Delfzijl, en vandaar dat ik Monique goed ken, en ik heb hen meegeholpen met hun lokale gezondheidsbeleid, en zei zijn toen als het gaat over publieke gezondheid dan weten jullie daar heel veel van, dus zouden jullie Josien dan ook te woord willen staan. Dus vandaar!

Ja heel erg fijn!

Ik kan ook wel beamen dat mensen in krimpgebieden, waar je ook vaak een lagere SES ziet, en dat blijkt ook uit onze data² (of het opleidingsniveau of het inkomen liggen lager). Soms zie je wel dat mensen met een laag opleidingsniveau wel een hoog inkomen hebben, door bepaalde bedrijvigheid. Dus het wil niet altijd zeggen dat het samen komen, maar je ziet over het algemeen wel een lage SES met een laag inkomen en een lage sociale status. En in die groep zie je inderdaad in **Oost Groningen, maar ook in het Noorden, maar hoe oostelijker**

je komt, hoe groter het krimpgebied wordt en hoe meer problematiek.³ En zo zie je in het Westenkwartier, dat is inmiddels een regio wat gefuseerd is uit 4 verschillende gemeentes, en sommige gemeentes zijn nog forensen gemeentes dus met minder krimp, en sommige gebieden zijn wel krimp. Dus je kunt binnen een gemeenten ook nog grote verschillen hebben. Dat geldt natuurlijk ook voor bijv. Delfzijl, die gaat fuseren met Appingedam en Loppersum, en dat zijn ook wel 3 hele verschillende gebieden, ook qua data.

Ok, waar ben je naar geïnteresseerd, wil je dat ik iets algemeen over deze doelgroep vertel, of heb je hele concrete vragen?

Ik heb een secties met onderwerpen waar ik iets van wil weten opgeteld. Ik heb eens tukje met een korte uitleg over de GGD Groningen. Hoe werkt de GGD, hoe stimuleert de GGD gezondheid en welzijn, zeker ook omdat jullie een ontzettend diverse organisatie zijn en ook een hele diverse groep met inwoners onder jullie hebben. De stad Groningen is natuurlijk totaal niet vergelijkbaar met Oost-Groningen, hoe zorgt de GGD er voor dat het beleid werkt in zo'n diverse regio?

Nou wat ik al zei, we hebben adviseurs en we zijn verdeelt over de provincie Groningen en dat betekend ook dat wij dan ook aansluiten bij de regio waarvoor wij werken. **Op een gegeven moment ken je je regio dan ook, we maken een overzicht van hoe het staat met de volksgezondheid**⁴. Een keer in de 2 jaar doen wij een enquête onder de jeugd en om de twee jaar weer een onder de volwassenen en ouderen, dus je kunt zeggen dat **wij om de 4 jaar nieuwe data hebben van aparte groepen**.⁵ Die kun je ook allemaal op onze website vinden, en die zeggen iets op dat moment over de staat van de volksgezondheid. Daar begint het mee, en dan vertellen wij onze gemeente hoe het gaat met de volksgezondheid. Dan hebben we wettelijke taken die gemeenten bij ons hebben ondergebracht. Gemeenten hebben de plicht om een GGD in stand te houden en de GGD heeft een aantal taken die de GGD voor de verschillend gemeenten uitvoert, en wat ik al zei zoals infectieziektebestrijding maar ook het duiden van de cijfers en wij helpen mee met het lokale beleid, en daarin geven wij ofwel advisering op welke doelgroepen je je zou kunne richten, wat prioriteit heeft (die worden overigens ook via het rijk bepaald door het preventieakkoord), maar ook de kamerbrief, die komt 1x in de 4 jaar, en daar staan thema's in waar de gemeente wat mee zou moeten. En wij helpen dan de thema's te vertalen naar het lokale beleid, aangevuld met lokale dingen die spelen. In Delfzijl heb je bijvoorbeeld een heel groot industriepark, en die hebben dan dus problemen als stankoverlast, uitstoot en dan is het niet eens per se een direct gevaar voor de volksgezondheid, maar als mensen stankoverlast hebben dan zijn ze bang over de stoffen die uitgestoten worden. Dat soort vragen beantwoorden wij dan ook, en we gaan kijken op het moment dat een gemeente iets wil ten aanzien van een bepaalde doelgroep, hoe zouden ze dat het beste kunnen doen. **Dan hanteren wij de 4 pijlers waarop wij inzetten. Je kunt iets doen aan het signaleren en adviseren van bepaalde groepen of mensen op een thema, je kunt mensen educatie geven, kennis, want als ze kennis hebben kunnen mensen beslissingen maken, je kunt wat doen in de sociale omgeving van mensen of in de fysieke omgeving**.⁶ Dus als je denk aan een thema als alcohol, dan moet je aan de ene kant iets doen met de persoon zelf die onder de 18 jaar drinkt, je moet iets doen met de ouders die de

verantwoordelijkheid hebben en moeten opvoeden en je moet iets doen met de omgeving, zoals met je drank en horeca beleid in een gemeente. Wie krijgt er vergunningen voor het schenken van drank, en waar mag je wel en niet drinken, wat doen ze met jongeren die onder de 18 jaar ook drinken, wat doe je met zuipketen. Eigenlijk op allerlei van die pijlers adviseren wij gemeenten, en pas als laatste is het de handhaving en de regelgeving. En dat is best een lastige, want er is vaak weinig geld voor en preventie is ook een lastige want je kunt niet gelijk meten of hetgeen wat je doet meteen resultaat oplevert, dus als je die twee tegenover elkaar zet zijn gemeenten vaker geneigd om iets te doen op het gebied van educatie maar niet op die andere pijlers⁷. En wij zeggen als GGD altijd dat je moet inzetten op 4 pijlers om echt gezondheidswinst te behalen. Dus geen hap-snap beleid, niet kijken wat er allemaal in de aanbieding is, maar gewoon wat is simpel voor een bepaalde groep. En die lage SES heeft bijvoorbeeld heel andere dingen nodig dan een hoogopgeleide groep. En je kunt bijvoorbeeld zeggen dat een lage SES een bepaald type problematiek heeft die vaak gepaard gaat met armoede, en dus die liggen op het gebied van arbeid en onderwijs, dat is het begin van waar je op in zet⁸. Dus voordat je iets kunt doen aan bijvoorbeeld overgewicht, ligt de oplossing in arbeid en scholing. Dus het is niet zo dat als je ergens problematiek ziet, dat je ook in dat onderdeel de oplossing vindt, die kan soms in veel grotere thema's zitten.⁹ Dus wij adviseren, ondersteunen, geven cijfers, wij beschermen door normen te stellen, wij toetsen, wij vaccineren en wij hebben jeugdgezondheidszorg er ook bij. Dat zit niet bij alle GGD's maar wij doen ook de jongerengezondheidszorg, dus dat betekent dat je de consultatiebureaus hebt en ouders adviseert, infectieziekten, wij hebben de medische milieukunde, die gaat over de uitstoot en over gezond bouwen, over drinkwater en infectieziekten bij dieren. En wij hebben ook de soa-aids afdeling, die gaat de tattooshops langs, de sekshoreca en zorgen voor het laten testen en advies aan jongeren. Eigenlijk werkt de GGD op alle terreinen van gezondheidsbescherming, bevordering en bewaking, dat zijn onze drie hoofdthema's

Wat zijn de voornaamste problemen die de GGD hier in krimpregio's tegen komt op het gebied van gezondheid?

Wat we zien, het voornaamste vind ik moeilijk aan te geven, een opeenstapeling van problematiek.¹⁰ Wat je vaak ziet in lage SES gebieden is dat inwoners over het algemeen meer overgewicht hebben, we zien dat er meer wordt gedronken, we zien dat er vaker wordt gerookt. Dat zijn dus de thema's, minder bewegen, dat zijn leefstijlthema's die we zien binnen de lage SES. Er wordt altijd gevraagd van hoe komt dat dan en hoe komt het dat het gezondheidsgedrag van mensen met een lage ES ongezond is. Wij denken, al kunnen we dat niet zwart wit maken, dat er een samenhang is met enerzijds stress, als je weinig geld hebt en je leeft in armoede en je bent onzeker over je baan of inkomen, dan zie je dat stress leidt tot een ongezonde leefstijl.¹¹ Dat je in voeding van kinderen, je ziet ook vaker in gezinnen waar geldproblematiek is dat er meer spanning is, meer huiselijk geweld, meer kindermishandeling. Wij denken dat door de stress mensen vaker zullen roken of minder geneigd zijn om te stoppen met roken. Ook het hele eten is minder gezond, ze zeggen dat mensen met weinig geld andere keuzes maken, goedkopere keuzes maken en goedkopere keuzes zijn niet altijd gezond. Je moet wel behoorlijke kennis hebben hoe je met minder

middelen toch gezond kan leven. Dus we zien wel echt multi-problematiek.¹² We zien wel vaak in de lage SES gebieden dat het voorzieningenniveau vermindert¹³, zoals het OV maar ook winkels en voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg. Die voorzieningen trekken weg uit dat gebied omdat het niet meer rendabel is om bijv. een buslijn open te houden en dat zorgt voor een drempel voor mensen om ergens naartoe te gaan. Dat zijn ook factoren die zorgen dat de gezondheid van mensen met een lage SES wat achterblijft in die gebieden. Daarnaast zien we dat er in die lage SES gebieden, in krimpgebieden, dat er enerzijds minder kinderen geboren worden, maar ook dat er mensen wegtrekken. Mensen met potentie, zo noemen we dat, die willen daar hun kinderen niet op school doen of die kunnen daar niet naar aan het werk komen. En dan zie je dat eigenlijk dubbele wegtrek van mensen hebt. Enerzijds door lage geboorte en anderzijds dat mensen weg trekken en dan krijg je cumulatieve problemen. Laag geletterdheid zien we ook in dat gebied, en laaggeletterdheid is een onderschat probleem in de volksgezondheid.

In mijn gesprek met Monique kwam naar voren dat zij ziet dat problematiek van mensen steeds erger en complexer wordt. Is dat een trend die jullie herkennen?

Ja, die herkennen we en die horen we. Die horen we van de jeugdgezondheidszorg. Voorheen ging je op huisbezoek voor bijvoorbeeld slaapproblemen van kinderen of kinderen die nog in bed plaste, of moeders vonden het moeilijk om nee te zeggen of kinderen hadden driftbuien, dan had je van die enkelvoudige problemen. Tegenwoordig als je kijkt naar hoe veel zorg in een gezin er is dan is het echt multi-problematiek¹⁴. An echtscheiding tot schulden tot mogelijk geweld, de problemen zijn groter. En of nou echt alles toeneemt, dat vind ik heel lastig om te beoordelen. Of dat we nou minder, omdat er zo veel problemen zijn en er wordt heel veel bezuinigd, kijken we minder naar de minder complexe problematiek en wordt daar minder vaak hulp voor gevraagd en dan zit je met z'n alle al op de meer complexe problematiek. Dat kan mogelijk een vertekend beeld geven, dat de focus wordt gelegd. Wat ik wel denk, we leven wel in een hele moeilijke maatschappij. De maatschappij die heel veel van mensen vraagt, van zelfstandigheid, meegaan, blijven, een bepaalde kennis die je moet hebben en ik denk dat er heel veel mensen zijn die dat tempo niet kunnen bijbenen.¹⁵ Dus in die zin geloof ik wel dat de problematiek complexer wordt.

In 2015 zijn er natuurlijk veel veranderingen geweest in de zorgtaken, gemeenten moeten vele meer zelf doen. Wat hebben jullie als GGD daar van gemerkt?

Ik heb vooral te maken gehad met de nieuwe alcohol en horecawet, die is vanuit het rijk naar de gemeente overgeheveld, dat betekend dat de burgemeester zelf verantwoordelijk is voor de handhaving en de toezicht in zijn eigen gemeente, en de veiligheid op dat gebied. En die hele nieuwe wetgeving is daarna gepaard gegaan met de leeftijdsverhoging, van 16 naar 18, dus wij hebben toen met alle gemeenten samen een convenant getekend zodat je met mekaar kennis kan delen en je in kunt zetten om het alcoholgebruik onder die jongeren zo veel mogelijk terug te dringen. Maar voor gemeenten betekende dat ze een BOA in dienst moesten nemen om inderdaad te handhaven en toezicht te houden, en dat waren ze niet gewend. Dus dat stukje was voor mij als persoon heel duidelijk. En we zien dat de WMO en

de jeugdhulpverlening en zorg dat daar een verschuiving optreedt. Je ziet dat er in de jeugdzorg steeds meer vragen komen, complexe vragen, je ziet grote tekorten binnen de verschillende gemeenten¹⁶, dus daar hebben wij als GGD ook me te maken. Je ziet dat er wachtlijsten zijn, dat de jeugdgezondheidszorg niet kan doorverwijzen vanwege wachtlijsten of dat er minder wordt ingekocht omdat ze al aan hun max zitten. Dat zijn dingen die wij wel merken. En gemeenten zijn druk, dan wordt preventie op het gebied van gezondheid onderschoven aan de acute problematiek. Want als je als gemeente bijvoorbeeld iets niet meer doet aan preventie van overgewicht, dan staat dat niet in de krant.¹⁷ Maar als er iets ernstigs gebeurt met een kind, dat staat wel in de pers. En daarom zul je zien dat ook de prioriteiten van gemeenten wat verschuiven. En hun budget verschuift, want met de decentralisatie van al die taken is er minder geld meegegaan naar gemeenten. Dus dat betekent dat er te weinig geld is, en vaak zie je dat er minder aan preventie wordt gegeven.¹⁸

Zou dat een rede kunnen zijn voor het verergeren van de problemen?

Het is vicius he? Wij zeggen, besteedt nou echt aan die voorkant zodat je erger voorkomt, maar als er ergens erge problemen zijn, dan moet je ook wat als gemeente¹⁹. Plus, die preventie, hoe meet je dat dat winst oplevert? Dat is best heel moeilijk. En verder loont het niet altijd voor gemeenten als je heel kort denkt. Stel je voor dat je veel doet op het gebied van preventie in een bepaalde bevolkingsgroep, bijvoorbeeld jongeren. Het is nog maar de vraag of die ook in jou gemeente blijven wonen, voor hetzelfde geld gaat die jeugd elders wonen, en dan heb je geïnvesteerd in een bepaalde groep waar je uiteindelijk geen profijt van hebt, dus zelfs als je binnen de grenzen van je eigen gemeenten kijkt krijg je daar niet altijd wat voor terug.²⁰

Ik ben groot voorstander van preventie, maar daarom werk ik ook bij de GGD. Ik denk dat het voor alle partijen beter is om te voorkomen en er vroeg bij te zijn voordat iets escaleert.

Een ander kopje in mijn lijst is participatie en zelfmanagement. Mensen worden steeds meer verwacht om zelf te doen, om mee te doen, wat voor gevolgen ondervinden hiervan op het gebied van gezondheid en welzijn in krimpregio's?

Ik denk dat voor mensen met een lage SES onze maatschappij heel complex is, zeker bij zaken waar je recht op hebt²¹. Mensen weten al niet eens wat er in de basisverzekering zit en wat zelf moeten betalen, dus mensen zijn al bang om naar de huisarts te gaan of medicijnen te krijgen. Of doorgestuurd te worden naar een medisch specialist als je al weinig geld hebt. Daardoor zie je ook wel zorg-mijders. Maar ik denk ook omdat onze maatschappij zo complex is, dat als je =weinig kennis hebt je ook geen keuzes kunt maken.²² Er wordt heel erg verwacht dat je zelf keuzes maakt, zelf verantwoordelijk bent voor je eigen gedrag, je zelf aan de bel trekt, heel veel mensen kunnen dat gewoon niet. En ik denk dat we met die doelgroep rekening moeten houden, dat we hen helpen, dus niet voor hun beslissen, om hun hulpvraag duidelijk te krijgen. En deze maatschappij is toch wel heel sterk ingericht dat de mensen die het allemaal kunnen en ook kunnen aangeven, die bereiken wel wat ze nodig hebben, maar er is een hele grote groep waarvan ik denk dat die dat minder goed kunnen²³.

En zeker in die lage SES, vaak wordt je ook geboren in een bepaald dorp en sommige gezinnen blijven daar ook, die trouwen met dezelfde gezinnen, een soort generatie op generatie die bepaalde armoede overgeven, maar ook cultuur overgeven.²⁴ Als je als kind altijd naar je ouders ebt gekeken, en je hebt bijvoorbeeld ouders die geen werk hebben en veel drinken en de dag laat beginnen en geen ritme hebben, dus wat krijg je dan mee als je als kind in zo'n gezin opgroeit en niet heel intelligent bent, want anders zou je nog via onderwijs weg kunne trekken. Maar meestal is dat je voorbeeld. En dat is dan best heel lastig. Hoe grijp je dan in zo'n systeem in.

In de GGD dan een instantie die op zo'n punt in kan grijpen?

Nou de GGD ondersteund wel. Bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, wij zien bijna alle ouders en kinderen op het consultatiebureau, bij het vaccineren en bij huisbezoeken. En op school loop de jeugdverpleegkundige, dan volg je die kinderen wel²⁵. Dus je kijkt wel naar waar het goed gaat en niet goed gaat, en je probeert aan te sluiten bij wat ouders nodig hebben. En sommige ouders zijn handelingsverlegen en die zou je juist kunnen helpen door te adviseren of hun te ondersteunen in de opvoeding van die kinderen. En als dat niet heel zwaar is kan de jeugdgezondheidszorg dat zelf doen en anders moeten ze worden doorverwezen naar instanties die daar beter en meer tijd voor hebben.

Ik heb het met Monique over gehad dat voor veel mensen die buiten de samenleving vallen, buiten de boot van participatie vallen, de drempel voor hen wordt steeds hoger om hulp te vragen en aan de bel te trekken. Is dat iets wat jullie hier ook herkennen? Of vinden mensen het bij de GGD minder lastig om aan de bel te trekken dan langs moeten bij de gemeenten.

Ja de GGD is niet altijd zo bekend bij mensen. Het consultatiebureau wel, maar dat het vanuit de GGD komt is niet altijd bekend bij mensen. We hebben wel een hele poot OGGZ, de open geestelijke gezondheidszorg, en die hebben een groot vangnet en bemoeizorg en advies in zich, dus als mensen niet komen en er zijn heel veel zorgen om mensen, dan kunnen wij wel ongevraagd polshoogte gaan nemen wat er nou aan de hand is met mensen als er in de omgeving een niet pluis gevoel is. Maar dat mensen minder gauw aan de bel trekken is denk ik omdat we voorheen een maatschappij hadden die erg zorgzaam was, waar je echt tegenaan kon leunen en die je hielp.²⁶ Overal waar je recht op had, je kreeg het, nou dat is niet meer altijd zo en waar je wel recht op hebt moet je allemaal zelf aanvragen en dat is echt heel ingewikkeld. Ten eerste weet je vaak niet welke subsidies er allemaal zijn en welke potjes gemeenten allemaal hebben, laat staan dat je weet hoe je daar een beroep op kunt doen. En je ziet dan dat gemeenten inspringen met collectieve zorgverzekeringen om een bepaalde categorie mensen daarin te ondersteunen, en dan kijken ze vaak ook naar of mensen in een bepaalde inkomensschaal zitten heb je daar en daar recht op. En je hebt inmiddels ook gemeenten die mensen actief benaderen om aan te geven waar mensen allemaal recht op hebben.²⁷

Is dat een goede manier denkt u?

Ja, ik denk dat dat een goede manier is, ik vind het jammer dat het nu allemaal zo complex is voor mensen die hulp nodig hebben. Enerzijds willen we juist heel erg vraaggericht werken, dat hoor je veel binnen gemeenten, anderzijds gaan we er heel erg van uit dat iedereen zijn eigen zorgvraag kan formuleren, en dat is niet voor iedereen zo makkelijk.²⁸

Wat is uw eigen mening over participatie en zelfmanagement, en de richting die de samenleving op gaat?

Ik ben er wat dubbel in. Uiteindelijk ligt de oplossing van veel problemen of het kunnen functioneren bij jezelf, dus als je wilt veranderen zul je bij jezelf moeten beginnen. En als je iets wil veranderen om beter bij mensen aan te kunnen sluiten moet je weten wat mensen beweegt. Dus in die zin is het feit dat mensen participeren en aangeven wat ze nodig hebben en dat de omgeving daarop kan acteren, denk ik dat het een hele goede beweging is. Mits je kunt aangeven wat je nodig hebt, en dat is in die lage SES heel moeilijk²⁹. die mensen hebben vaker hulp nodig om hun hulpvraag te formuleren. Dus op zich, dat je vraagt om participatie en dat bewoners mee mogen denken over de inrichting van hun wijk, dat vind ik een goede ontwikkeling. Voorheen werd heel vaak over en voor mensen gedacht, en werden er bepaalde interventies uitgevoerd die helemaal niet aansloten bij mensen. Dat hoop je nu door participatie beter te gaan doen, dat mensen meer regie krijgen over hunzelf. Dus dat er niet meer voor hen wordt gedacht, maar dat ze daar zelf in mee mogen denken. Ik denk dat dat voor een hele grote categorie een grote vooruitgang is. Dus in die zin ben ik positief over de ontwikkeling, mits we oog hebben voor de groep die niet goed zelfstandig kan participeren.³⁰ Als je daar maar oog voor blijft houden en die groep helpt om te kunnen participeren denk ik dat het een goede ontwikkeling is. Wat ik wel heel lastig vind, is als je heel erg vanuit mensen zelf gaat denken en je gaat dat nog verder doorvoeren, dan kom je steeds meer in een hele individualistische maatschappij, waarin je zelf centraal staat, denkt vanuit jezelf, aangeeft wat jij nodig hebt en dat is de hele andere kant. Dus dan gaat zo'n stukje als solidariteit spelen en de vraag tot in hoeverre je nog met elkaar verantwoordelijk bent voor de gemeenschap als geheel³¹. Want volgens mij kun je niet in je uppie gelukkig worden, maar je bent ook niet per se gelukkig als de hele omgeving gelukkig is, je hebt beide nodig. Dus er moet een goed samenspel zijn. Dus of het een goede ontwikkeling is of niet, het hoort bij deze tijd en er zitten zowel goede als minder goede kanten aan.

Hoe denkt u dat de rol van de GGD zal veranderen in de toekomst?

Hij is al wat aan het veranderen. Voorheen, als je heel lang terug gaat voordat er computers waren, had je hier mensen zitten die echt heel deskundig waren op bepaalde thema's. Die wisten was gezond eten was, die wisten wat een gezonde leefstijl was, dus werd er veel vaker geluisterd naar deskundigen. Tegenwoordig heb je niet meer een persoon nodig voor je deskundigheid, die haal je van internet. Als je wat wilt weten kun je het van internet halen. Dus de GGD heeft wel een andere rol gekregen. Voorheen was het passiever, je was meer aan het zenden, en vandaag de dag sluit je veel meer aan bij wat burgers en

gemeenten willen, dus je luister veel meer.³² En je bied veel meer maatwerk, dus ik denk dat die rol van de GGD vergeleken met vroeger al ene behoorlijke verandering is. En we zijn nog steeds een expertisecentrum op het gebied van gezondheid, maar mensen halen ook op hele andere plekken hun gezondheid, of expertise over gezondheid weg. Dus daarin veranderd wel je rol als GGD. Maar we houden wettelijke taken, we een keer in de zoveel tijd meten hoe het met de staat van de volksgezondheid is, we blijven expert op het gebied van infectieziekte uitbraken, als er binnen de veiligheid of omgeving van mensen wat gebeurd hebben wij een rol. Dus wij houden wel een bepaalde corebusiness, maar misschien hoe we communiceren, dat veranderd.

Wat zijn volgens u de belangrijkste lessen die er de afgelopen paar jaar zijn geleerd op het gebied van zorg en welzijn, maar ook op het gebied van participatie?

Uhm... Nou vanuit participatie, ik denk dat we sowieso vanuit participatie beter kunnen aansluiten bij wat mensen graag willen, dus we luisteren beter naar waar mogelijke oplossingen liggen.³³ Ik denk dat het ook een goede les is dat als je iets wil veranderen, als je wil werken aan leefstijlthema's dat je niet alleen naar de persoon zelf kijkt, maar ook naar zijn omgeving. Dus met ander woorden, even heel zwart wit, je hebt iemand met overgewicht. Voorheen zouden we veel meer kijken naar hoeveel beweeg je, wat heb je nodig aan voeding, dus dan zit je heel erg in je advisering en begeleiding in voeding en beweging, waar we nu veel breder kijken naar bijvoorbeeld de omgeving waarin iemand woont, kan hij daar bewegen, zijn er fietspaden, wordt het autorijden ontmoedigd, is er een groenvoorziening om naar buiten te gaan. Maar je kunt nog verder kijken, waarom eet iemand wat hij eet, hoe zit het met de omgeving waarin hij participeert, heeft hij een baan. Dus de beste les die we hebben geleerd is dat je veel breder kijkt dan naar het probleem alleen, en dat je niet alleen naar de persoon kijkt maar ook naar de omgeving. En de oplossing ligt soms op veel grotere terreinen en soms moet je problemen aan elkaar verbinden om te komen tot een oplossing. Integraal en intersectoraal werken noemen we dat.³⁴

Waar zitten volgens u de meeste kansen voor een gezonde samenleving?

Als je heel zwart-wit, dan is de grootste gezondheidswinst nog steeds te halen als iedereen stopt met roken. Heel concreet, als niemand meer zou roken zouden we de allergrootste gezondheidswinst behalen. Dat is een unicum, dat gaat niet lukken, alhoewel we wel heel druk bezig zijn met de rookvrij generatie. We willen ons nu vooral inzetten op de kinderen die nog niet roken en te voorkomen dat die gaan roken en niet meer aan roken worden blootgesteld, in plaats van dat je mensen die rookt ontmoedigd om te stoppen met roken. Dat is een hele vervelende boodschap. Dus in dat roken ligt een hele grote kans voor de volksgezondheid. Ik denk door kennis, kennis om goede keuzes te maken, dat is heel belangrijk. Maar ik denk ook dat je bepaalde weerstand moet hebben tegen groepsdruk om gezonde keuzes te maken in je leven, ook daar zul je in moeten investeren. Vroeger noemde we de drie k's: kennis om een keuze te maken en kracht, de derde K, om dan die keuze die je wilt maken te kunnen maken.³⁵ Dus ik denk dat daar belangrijke dingen liggen voor ons, en ik

denk dat we vooral moeten gaan inzetten op wat er lokaal in bepaalde gemeenten speelt.³⁶ Dat we niet meer overal hetzelfde aanbieden, maar beter aansluiten op wat er leeft binnen gemeenten.

Zou de beste manier dat aan te vliegen zijn op gemeentelijk of regionaal niveau, of zijn er dingen die je landelijk moet gaan regelen?

Ja, ik denk dat je elkaar nodig hebt³⁷. Als je kijkt naar roken, dan is het daadwerkelijk ontmoedigingsbeleid lokaal, maar de kosten van een pakje sigaretten of een rookverbod in publieke ruimten, dat is echt rijksbeleid. Al die dingen die hebben zich versterkt, en de punten waar je dan sigaretten kun kopen, die moeten het gaan afschermen. Dus door die hele, zoals wij dat noemen, interventiematrix, maken met elkaar dat iets zinvol is. Dus ik denk dat we soms te veel naar elkaar kijken, rijk naar gemeenten en gemeenten naar het rijk. Ik denk dat we er samen de schouders onder moeten zetten, maar ook dat sommige vraagstukken zo complex zijn dat je ook dingen op provinciaal niveau moet gaan regelen. Als je bijvoorbeeld als gemeenten heel veel doet aan regelgeving en controle op alcoholgebruik, en heel streng inzet op iedereen onder de 18 meer drinken en geen punten meer waar je er in komt. Wat gaan die jongeren doen, die gaan de grens over. Dus daarin moet je samen optrekken, dus ik denk dat als je zegt wie is aan zet, dan denk ik allemaal samen. En het rijk kan zeker helpen met zaken als de kosten van alcohol en prijsstunten met alcohol, alcohol-reclame.

Zou er meer op ingezet moeten worden vanuit het rijk?

Ik denk een combinatie. Als je heel erg inzet op preventie en uitgaat van de goodwill en inzet uit van mensen, dan moet je aan de andere kant ook iets doen met regelgeving en handhaving³⁸. Als dat achter blijft dan kun je nog zoveel doen aan preventie, maar zonder handhaving werkt het ook niet. Natuurlijk is het mooi dat mensen keuzes maken vanuit een gezond bewustzijn, handhaving blijft nodig om je ergens aan te houden. Alleen handhaving, alleen streng optreden geloof ik niet in, maar alleen vanuit preventie en goodwill, daar geloof ik ook niet in. Beide zijn nodig.

Ik heb het met Monique gehad over dat als het gaat om gezond eten en gezond leven, dan vinden mensen heel vaak dat ze betutteld worden. Is dat iets dat jullie herkennen hier?

Ja dat is het lastige met gezondheid, en publieke gezondheid. Tot in hoeverre ben je verantwoordelijk voor je eigen gezondheid. We leven wel in een solidaire wereld, solidariteit speelt heel erg. Aan de ene kant ben je verantwoordelijk voor je eigen gezondheid, maar als je heel ongezond bent en je hebt medische kosten, dan hoef je maar een deel zelf te betalen, de rest betaald de gemeenschap.³⁹ Aan de ene kant kun je zeggen, ik maak zelf wel uit wat ik doe want ik ben verantwoordelijk voor mezelf, maar je maakt wel gebruik van solidariteit als je heel ongezond bent. Dus dat is best lastig. Als je zelf helemaal verantwoordelijk bent voor je eigen gezondheid en je kunt nergens aanspraak op doen, dan kun je zeggen dan heb je helemaal zelf voor het zeggen, maar zo zwart-wit is het gewoon

niet. En je voed ook kinderen op, dus in hoeverre is een ouder zelf verantwoordelijk? Natuurlijk is een ouder in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de opvoeding van zijn kind, maar als een ouder heel veel rookt in het bijzijn van kinderen dan hebben kinderen wel degelijk schade van het gedrag van ouders. In hoeverre kun je dan zeggen ik bemoei mij hier niet mee, want he tis aan de ouder welf. Een kind heeft ook bescherming nodig. Dus dat is een hele lastige discussie. En dan zeg je ok, als je rookt en dan wordt je daar ziek van dan moet je dat zelf betalen. Wat doe je dan moet iemand die sport, is die gezond bezig? Heel erg veel voetbalblessures zijn er ieder weekend, die maken allemaal gebruik van zorg, foto's, gipsen, gescheurde enkelbanden. Is dat dan ongezond gedrag en moet je daar zelf voor betalen? Een workaholic die daardoor psychische problemen en hartproblemen krijgt, is die nou gezond bezig of niet gezond bezig? Die geleidende schaal is zo moeilijk te bepalen, dat je met mekaar verantwoordelijk bent voor mekaar en iedereen moet daarin zijn steentje bijdragen. En hoever je daar in moet gaan, dat verschilt per persoon. De een noemt het heel erg snel betutteling, de ander zegt 'terecht, want wij als samenleving hebben er last van als het gebeurt'.⁴⁰ En daarom is roken bijvoorbeeld makkelijker om aan te pakken, omdat meeroken heel schadelijk is. Als iemand naast je een pilsje drinkt en hij heeft geen kwade dronk en hij gaat niet in zijn auto zitten, dan is het niet schadelijk voor de maatschappij., dus dan zul je daar minder snel in ingrijpen dan bijvoorbeeld roken. Dat maakt alcohol lastiger dan roken.

Zijn er nog punten die wij niet hebben besproken waarvan u denkt dat het belangrijk is om mee te nemen?

Uhm, nou wat ik wel lastig vind is wat je som ziet in bepaalde groepen mensen, soms ook wel in de lagere SES, is een soort gevoel van gelatenheid.⁴¹ Het gevoel van het gebeurd altijd bij ons, of zo is het altijd al geweest en het dan ook maar laten gebeuren. Er niet meer zelf voor strijden. Wat ook logisch is, maar dat vind ik wel heel zorgelijk. Dat je op die manier blijf hangen in een bepaalde leefstijl, manier van leven en gewoon accepteert dat het dan maar zo is. Of je accepteert dat het zo is dat mensen in een lagere SES zullen leven, dat je ze altijd houdt. En die gelatenheid vind ik wel dat er mee opgepast moet worden, we moeten niet alles op de koop toenemen. Want we leven in een maatschappij waarin cognitie heel belangrijk is, de CITO toets, je opleidingsniveau en wat ik dan heel lastig vind is dat de mensen die hoog zijn opgeleid, die hebben de touwtjes in handen over de lage SES. Het zijn juist de hoogopgeleiden die in heel andere milieus zijn groot gebracht en heel anders leven, die dan de lage SES moeten gaan adviseren en ondersteunen.⁴² En daar moet heel veel oog voor zijn. Eigenlijk leeft iedereen in zijn eigen bubbel. En zeker met beleid maken vind ik het heel belangrijk, dat je er heel bewust van bent.⁴³

Ziet u een gat in de samenleving dat steeds groter wordt?

Nou, in die zin wel.⁴⁴ Kijk ik kan vanuit mijn kennis, 'oh het is heel belangrijk dat mensen veel bewegen, het is goed voor het lijf en geest', maar wie verteld mij dat iemand in een lage SES bewegen ook leuk en interessant vind? In hoeverre kan ik tegen iemand zeggen dat bewegen een oplossing is voor heel veel problematiek?⁴⁵ Dat sluit misschien helemaal niet

aan bij hoe mensen leven en hoe hun dagritme is. Dus in hoeverre kun je aansluiten als je zelf in een bepaalde manier opgroeit, geschoold bent of bepaalde gedachten-niveau hebt, in hoeverre kun je dan aansluiten bij andere bevolkingsgroepen. En wat voor beleid maak je er dan mee? In hoeverre laat je een lage SES dan daadwerkelijk zelf ook participeren. Ik denk dat we daarin moeten gaan investeren, en de taal leren spreken van wat mensen bezig houdt en wat ze bezig houdt. Pas als je dat weet kun je kijken of vanuit daar een verandering teweeg te brengen is.

Ziet u mogelijkheden om mensen ondanks een lage SES toch gezond te laten leven, of zou het beter zijn om de SES van mensen te verhogen? Door extra inkomen, door extra educatie?

Ik denk dat het niet zo zwart-wit is, ik denk beide.⁴⁶ Als je enerzijds zorgt dat mensen voldoende inkomen hebben waardoor het stressniveau daalt, en anderzijds kijkt naar wat beweegt mensen en daarin te kijken hoe kun je dan gezond gedrag beïnvloeden, vanuit de manier waarop die groep leeft en denkt en doet. Echt aansluitend, en daarnaast al die randvoorwaarden, onderwijs voor kinderen uit lage SES-gezinnen zodat ze startkwalificaties halen voor de arbeidsmarkt, ik denk dat je dan dus ook weer met die multi-aanpak verschil kunt maken met elkaar. Maar het ligt niet in één richting, het is veel complexer, en dat maakt denk ik die problematiek zo ingewikkeld.

Er zijn bijvoorbeeld casussen van kinderen die wonen in Duitsland, omdat de ouders bijvoorbeeld een bedrijf hebben, heel arm zijn, en als dan de auto bijvoorbeeld kapot gaat. Dan komen de kinderen niet op school, want ze kunnen niet naar school gebracht worden. Omdat kleine scholen moeten sluiten, mensen moeten grotere afstanden afleggen om naar school te gaan. Als je auto kapot is kun je kinderen niet brengen. En natuurlijk kun je fietsen, maar met hele jonge kinderen dan is een afstand van 10km best heel ver. Dus hele simpele oplossingen als de auto repareren kan er voor zorgen dat kinderen weer naar school kunnen. Want ook openbaar vervoer is niet overal in de regio even goed geregeld, en de aansluiting is niet altijd goed. Dus je moet over best veel drempels heen gaan om als je auto kapot is je kinderen op school te krijgen. Je moet hulp vragen, vragen of kinderen mee kunnen rijden. Dat vraagt best veel organisatievermogen van mensen. En dan is het de vraag of je dat van iedereen kunt verwachten.

Wie bent u, etc...?

Ik ben Klaas-Jan Hajema, en ik werk sinds 1999 bij de GGD. Ik ben begonnen bij GGD Oostelijk Zuid Limburg. In de laatste 20 jaar zijn de GGD regio's steeds kleiner geworden en GGD regio valt nu samen met de Veiligheidsregio. Ik werk sinds 2006 voor de GGD Zuid Limburg. Ik ben onderzoeker, epidemioloog en accountmanager voor een aantal gemeenten in het Heuvelland. Mijn achtergrond is sociologie, en ik ben via de universiteit Maastricht bij de GGD gekomen.

Wat doet de GGD Z Limburg, organisatie etc. ?

De GGD is een grote organisatie, ambulancezorg hoort erbij (dat is niet overal zo), jeugdgezondheidszorg (tot 18 jaar), de afdeling seksuele gezondheidszorg, infectieziekten en milieu, een afdeling gezondheid en maatschappelijke participatie (vooral veel praktisch werk). We hebben onder andere een sectie gezondheidsbevordering die op scholen en soms ook in de wijk aan gezondheidsbevordering doet. Onder de afdeling valt ook forensische geneeskunde, want dat doet de GGD Z Limburg ook. Gemeenten (17 sinds dit jaar) móeten o.g.v. een gemeenschappelijke regeling een aantal taken door de GGD laten doen. Ambulance zorg en forensisch zijn aanbestedingen die dan in dit geval door de GGD worden uitgevoerd.

Daarnaast nog een afdeling kennis en innovatie, vooral onderzoekers en beleidsmedewerkers, waar ik dan voor werk. Veilig thuis is ook nog een onderdeel van de GGD; houdt zich vooral bezig met de veiligheid in huis. Is eigenlijk een meldpunt voor kindermishandeling en huiselijk geweld. Is samengegaan, in deze regio bij de GGD ondergebracht.

Hoe stimuleert de GGD gezondheid en welzijn?

Aan één kant door allerlei taken zelf uit te voeren, zoals jeugdgezondheidszorg en seksuele gezondheidszorg (bijv gratis aanbieden aan prostituees) MSM (mannen die seks hebben met mannen - belangrijke doelgroep) en zwangerschaps- en soa preventie. Medische milieukunde; werkt adhv casuïstiek: stel iemand constateert in de buurt een bepaald probleem, bijvoorbeeld stank. De GGD gaat dan op onderzoek uit. Ook gezondheidseffecten na brand of rampen.

De afdeling waar ik werk doet onderzoek en adviseert aan de hand daarvan de gemeenten en probeert ervoor te zorgen dat de gemeenten ook daadwerkelijk zaken oppakken. Dus dat er ook gezondheidsbeleid wordt ontwikkeld en uitgevoerd.¹ Adviseren, controleren en ondersteunen bij de uitvoering. Daardoor zicht op heel veel aspecten.

Voornaamste problemen op gebied van gezondheid en welzijn?

Z Limburg misschien wel de ongezondste regio van het land. Belangrijke oorzaak kan zijn (relatieve) armoede². Voor andere aspecten zie: rapport 'op zoek naar de Limburg-factor'³ (linkje)
Verleden: (het mijn-verleden) of de dominantie van de RK Kerk zijn oorzaken⁴.

In Delfzijl het idee dat problematiek van mensen steeds erger en complexer wordt. Is dat een trend die jullie ook herkennen?

Weet niet of dat zo is. Misschien ook wel de manier van ertegenaan kijken. Misschien denken wij dat het erger wordt. Ben daar niet meteen van overtuigd. Wel zie je dat mensen aan de onderkant van de samenleving problemen van de ene op de andere generatie overdragen⁵. Als je ouders arm zijn is het moeilijk om een goede opleiding te volgen en een groter risico dat je zelf ook in relatieve armoede blijft zitten. Delfzijl ligt wel een beetje geïsoleerd. Daar worden al delen afgebroken die voor de huisvesting niet meer nodig zijn. Dat doen we hier ook wel, bijv. in Kerkrade, gewoon omdat er nu voldoende huizen zijn. Bovendien is het zo dat we zien dat de mensen wel gezonder worden. Alleen dat is in het hele land zo, dus de verschillen blijven wel bestaan. We halen de rest van het land niet in; misschien worden de verschillen zelfs wel iets groter⁶.

In 2015 hebben veel veranderingen plaatsgevonden door decentralisatie van overheidstaken. Wat heeft GGD Z Limburg daarvan gemerkt?

Het betekent voor Onderzoek en Beleid dat wij ons veel meer richten op zaken die de WMO betreffen. Gemeenten hebben een taak bij het ondersteunen van mantelzorgers of bij mensen langer thuis laten wonen, wij richten ons daar ook meer op. Wij zien ook wel dat de WMO belangrijk is voor gemeenten. Wij verbinden daarmee gezondheid met de WMO. We zien dat gezondheid voor gemeenten niet zo'n heel belangrijk onderwerp is, terwijl als je dat kunt verbinden aan de WMO de kans groter is dat de gemeenten er actief mee aan de slag gaan⁷. Weet niet of dat een grotere werkdruk oplevert. Dit is wel een regio waar veel kinderen gebruik maken van de jeugdzorg⁸. Daar zijn ook wel tekorten. Een van de kerntaken van de jeugd-gezondheidszorg bij de GGD is natuurlijk dat ze alle kinderen ook zien en verwijzen waar dat nodig is. Dat gebeurt. Een nieuwe taak is wel toezicht op de WMO. Weet daar verder niet veel van.
Decentralisatie heeft wel verandering gebracht, een andere focus.

Van mensen wordt steeds meer verwacht dat ze het zelf doen. Welke gevolgen verwacht u voor mensen zelf?

Twee kanten. Kan een positieve ontwikkeling zijn, mensen blijven misschien langer thuis. Negatief kan zijn dat het maar de vraag is of gemeenten in staat zijn de mensen daarbij te ondersteunen⁹. WMO gaat heel vaak over geld, in plaats van over het ondersteunen van mensen¹⁰. Dat is ook wel logisch, want als je het geld niet hebt kun je ook niet

ondersteunen. Dus het kan zijn dat mensen geen zorg krijgen die dat wel nodig hebben¹¹. Het is ook niet gezegd dat langer thuis wonen altijd goed is. Voorbeeld: Als iemand vereenzaamt - eenzaamheid neemt toe - is dat een vervelende bijwerking van langer thuis wonen.

Is eenzaamheid een groot probleem hier in de regio?

Ja, komt relatief veel voor in vergelijking tot andere regio's, maar niet dramatisch veel. Participeren wordt juist gezien als een mogelijke oplossing voor eenzaamheid¹². Verder zijn er weinig interventies voor bekend. Maar vrijwilligerswerk zou kunnen helpen, dus dan is participatie een positieve ontwikkeling¹³.

Mensen moeten vaker zelf hun medische zorg regelen en verantwoordelijkheid nemen. Rol GGD?

Als mensen hulp nodig hebben loopt dat vaak via het WMO-loket. Doet GGD niet¹⁴. Ondersteunen medicijngebruik wel, maar alleen bij TBC-bestrijding. Daarbij gaat het vaak om buitenlanders of laaggeletterden (waar tbc vaker voorkomt). Klein stukje ondersteuning maar wel belangrijk voor die groep.

Wat uw eigen mening over meer participatie en zelf managen?

Ik denk dat het in principe goed is maar dat mensen nog weinig ondersteund worden daarbij.¹⁵ Ook zelf managen zou je kunnen ondersteunen. De hele WMO is ook primair eigenlijk een bezuinigingsmaatregel geweest. Vrij recent hebben de gemeenten aangegeven dat ze gewoon te weinig geld hebben. De GGD ziet niet de crepeergevallen van mensen die echt te weinig zorg krijgen¹⁶, maar ik ga er wel van uit dat die er wel zijn.

Is dat een taak van de GGD?

Zou kunnen. De GGD heeft ook nog een vangnetfunctie openbare geestelijke gezondheidszorg¹⁷ (bijvoorbeeld melding doen van zorgelijke situatie, waarna de GGD gaat kijken). Gaat nu om enkele honderden mensen per jaar die worden toe-geleid naar passende zorg.

Voorbeeld: alcoholgebruik en de GGD. De ambu bijvoorbeeld, gaat vaker dan gedacht naar niet-acute situaties die wel ernstig zijn. Ambu komt veel gevallen tegen van alcoholmisbruik, verslaving en verwaarlozing. Op die manier komt de GGD daarmee in contact.

Preventie vs reactie. Moet (wil) de GGD meer doen aan preventie?

Geldt misschien wel voor het hele land, dat er weinig aan preventie wordt uitgegeven¹⁸. Er gaat veel geld naar de zorg, maar te weinig naar de preventie. Als de gemeente aan preventie doet, is het maar de vraag wie daarvan profiteert¹⁹. Er wordt daardoor niet minder geld uitgegeven; alleen de zorgverzekering ziet daar het resultaat van²⁰. Niet de overheid.

Dat is een probleem, wat ook een beetje de basis was van de WMO, die in de praktijk tegenvalt. Daar zijn geen bewijzen voor, maar het is mijn idee.

Rol GGD in de toekomst?

Rol ligt nu vast in wetgeving. Wet publieke gezondheid. Toekomst is moeilijk te voorspellen. Mijn eigen idee: jeugdgezondheidszorg blijft belangrijk, maar niet zeker dat de GGD dat blijft doen. Het zal voornamelijk zitten in anders organiseren. Wel veel te halen in het ondersteunen van gemeenten. Als je in de positie bent om dat te kunnen doen. WMO en gezondheid zou een groter thema moeten worden voor gemeenten²¹. Werken daarmee ook al samen met gemeenten. De manier waarop is steeds aan het veranderen, waaruit blijkt dat het nog niet zo succesvol is geweest²². De insteek is nu: we richten ons nu op de allerjongste jeugd. Ondersteuning van kwetsbare groepen bij zwangerschap en geboorte²³ (want je ziet het al vanaf de geboorte).

Vol inzetten op het verbeteren van de sociaal-economische status, of het verbeteren van gezondheid? Waar liggen de meeste kansen?

Gemeenten hebben daar maar beperkte invloed op. Als het economische slecht gaat in de wereld, het land, de regio, dan heeft de gemeente daar niet zoveel invloed op. Sociaal-economische status is wel heel bepalend voor de gezondheid. Dus als je daar iets aan kunt doen (provincie doet dat ook door te proberen de economie te stimuleren waardoor meer mensen aan het werk komen)²⁴, dan zou ik toch kiezen voor het stimuleren van de s e s.

Belangrijkste lessen op het gebied van zorg en welzijn en op het gebied van participatie?

Decentralisatie gaat niet zo goed. Moeten kijken hoe we dat kunnen verbeteren²⁵. Gemeenten zijn zich dat ook bewust. Op het gebied van participatie: veel mensen vinden het belangrijk om daarin te investeren. Onduidelijk of dat ook goed en effectief gebeurt²⁶. Beleid is mooi, maar vaak wordt niet geëvalueerd²⁷. Dat moet wel, beter dan maar weer nieuw beleid ontwikkelen zonder te weten wat je moet verbeteren. Er wordt weinig geleerd uit het verleden.

Waar zitten de meeste kansen voor een gezonde samenleving?

Er is niet één antwoord. Preventie jongste jeugd²⁸, vind ik een logische. Beginnen waar het begint. Maar als de ongelijkheid toeneemt, blijft het dweilen met de kraan open. Dan nemen de gezondheidsproblemen ook toe. Dus ook zorgen dat de verschillen tussen arm en rijk worden teruggebracht²⁹. Dat zijn twee belangrijke punten in het algemeen. Actueel is: preventie-akkoord, gericht op leefstijl. Het voelt een beetje halfslachtig, maar het gaat mij niet ver genoeg. Misschien kun je niet alles verbieden, maar als je bijv. alcohol zou verbieden, zou het gebruik ook afnemen. Drugs zijn immers ook verboden. Geldt ook voor gezond eten of overgewicht. Dat zijn belangrijke onderwerpen, niet alleen regionaal maar landelijk³⁰. Meer inzetten op preventie³¹.

Conclusie:

In economische geografie past spreiden van welvaart. Dat zou een speerpunt moeten zijn. Cluster van problematiek in bepaalde wijken en buurten; daarin meer investeren³².

Overgewicht en obesitas. In Z Limburg minder probleem dan bijv. Noord Oost Nederland. De cijfer vwb bewegingsrichtlijn zijn in Z Limburg weer lager. Verklaring?

Ik heb in het noorden gewoond, dus ik kan vergelijken. Vwb bewegen kun je veel zelf doen. Sporten, huishouden, werk waarin je beweegt, in tegenstelling tot zittend werk. Wat in Z Limburg weinig wordt gedaan, is fietsen. Dat heeft niet alleen met de heuvels te maken, maar ook met cultuur³³.

Fietsnetwerk en ontwikkelen van fietspaden zou zeker effect hebben, maar Z Limburg loopt wat dat betreft achter. Eerst de mensen op de fiets zien te krijgen. De e-bike zou kunnen helpen, maar dat moet in Z Limburg echt nog beginnen.

Wie zijn jullie? Wat doen jullie voor de provincie?

Gert Noordhof, senior beleidsmedewerker leefbaarheid bij de provincie. Hou mij bezig met zorg, zorglandschappen bij de provincie. Is een steeds groter thema geworden bij de provincie.

Sinds 2015 is er heel veel veranderd. De provincie heeft eigenlijk geen wettelijke taken meer op het gebied van zorg. Maar juist in de krimpgebieden zien we allerlei veranderingen en zien we ook een rol voor onszelf om daarin te begeleiden¹. We zijn nu aan het kijken hoe dat eruit moet gaan zien.

Felix Hirmann, beleidsmedewerker leefbaarheid en hou me bezig met de particuliere woningvoorraad en ik ondersteun Gert op het thema zorg.

Wat doet de provincie in het kader van zorg en welzijn en wat zou de provincie (meer) kunnen gaan doen?

Vorige collegeperiode begonnen; georiënteerd op het zorglandschap. Wat kunnen we doen om de beweging die we zien, de transitie, te ondersteunen. Twee subsidieregelingen ingesteld voor de wat grootschaligere projecten². Organisaties op het gebied van zorg gaan samenwerken³. Drie ouderenorganisaties bijvoorbeeld, in het krimpgebied, doen niet meer alles zelf. Kijken hoe ze gebouwen en personeel kunnen delen, elkaar kunnen helpen. Daardoor worden ze sterker en dat soort projecten ondersteunen we nu⁴. Een tweede voorbeeld gaat over de bewonersinitiatieven zorg (fon) Je ziet steeds meer de professionele zorg verdwijnen uit de dorpen maar de mensen moeten het wel met elkaar nog rooien, moeten langer leven en langer thuis blijven wonen. Dat soort projecten ondersteunen we ook met subsidie⁵; kunnen ze bijvoorbeeld een professional inhuren om hen op weg te helpen.

Daarnaast participeren we in een aantal stuurgroepen; eentje is zorg in aardbevingsgebied (daar zit onze gedeputeerde in) Dat gaat aan één kant over versterken van gebouwen (ook van zorginstellingen) . Maar we kijken ook naar: moeten we dit niet aangrijpen om meteen een vernieuwingsslag te maken.

Dus: nu ondersteunen van concrete projecten en daarnaast participeren in groepen, netwerkrol, proberen partijen bij elkaar te brengen⁶. Dat is in de vorige collegeperiode begonnen. Nu hebben we een nieuwe periode en mede op basis van onderzoeken kijken we naar preventie, vooral bij jonge kinderen⁷. Als je vroeg begint met gezonder leven, kun je langer gezond blijven en minder druk leggen op de gezondheidszorg. In deze nieuwe periode kijken we of we daar een grotere rol in kunnen pakken. Omdat we geen wettelijke taak hebben, gemeenten en GGD wel, kijken we hoe we weer met die partijen in contact kunnen komen⁷. Je doet dat als partij nooit alleen en wij kijken naar de behoeften die er zijn en hoe we daarin kunnen helpen.

Coalitiedocument 2015 - 2019. Gemeenten, bedrijven, woningcorporaties kijken we naar hoe we kunnen investeren in kleine kernen, voorzieningen en de regionale economie. Toelichting?

Vorige periode was er een heel leefbaarheidsprogramma. Uiteindelijk is er 22 miljoen gestopt in de leefbaarheid van Groningen. Grootschalige gebiedsaanpak. In de krimpgebieden zijn de centrumgebieden te groot; teveel winkelveorzieningen omdat de bevolking kleiner is geworden; indikken van centrumgebieden.

Felix: compacter maken van centrumgebieden eigenlijk; meer functies onder één dak brengen, dat is efficiënter en goedkoper, en daarnaast ondersteunen van laagdrempelige bewonersinitiatieven zoals visvijvers, bankjes en dorpshuizen⁸.

Gert: Dat zijn dingen waar mensen zelf mee komen, die ze zelf in hun woonomgeving willen aanpakken. De zorgregeling maakt daar ook deel van uit.

Het nieuwe college heeft ook een grote ambitie, maar iets minder geld⁹.

Verschillen binnen de provincie groot. Stad en ommeland bloeien, de buitengebieden krimpen. Hoe gaan jullie daarmee om?

Tien jaar geleden was het: proberen krimp tegen te houden. Krimp hou je niet tegen. Is een demografisch proces. 60 procent van de Nederlandse gemeenten krijgt ermee te maken. Waar het om gaat is om desondanks de leefbaarheid goed te houden. Anders nadenken over voorzieningen. Vroeger was er in elk dorp wel een bejaardentehuis, dat soort dingen verandert. Nu moet je projecten ondersteunen om, ondanks de krimp, de leefbaarheid goed te houden. Instellingen laten samenwerken, bewonersinitiatieven¹⁰. Dan krijg je een leefbaarheid die goed blijft, ondanks de demografische veranderingen. Dat is anders dan proberen mensen te trekken, want dat werkt toch niet. Een collega van ons die heel erg met de woningmarkt bezig is, zegt: wat we nu zien is dat de woningdruk in de stad Groningen zo groot is, dat je het zelfs in de krimpgebieden begint te merken. Dat is een kortstondige tegenbeweging. Geeft een vertekend beeld, de overloop van groei- naar krimpgebieden valt wel mee.

Felix: De aansluiting van groei- op krimpregio, daar hebben we niet echt instrumenten voor.

Gert: De stad Groningen heeft een overloopgebied nodig. We hebben weleens geprobeerd om te kijken of we de gemeente Groningen niet zouden kunnen verbinden aan Delfzijl, bijvoorbeeld, om gezamenlijk dingen te doen, maar dat is een beetje gekunsteld. Dingen ontstaan vaak vanzelf wel. Als je ziet dat de stad en omstreken bloeit, hoe hou je dan de leefkwaliteit rond het Lauwersoog goed, bijvoorbeeld. Lastig om dat concreet te maken.

Felix: die leegloop hou je niet tegen. Dat is een wereldwijde beweging. Urbanisatie vs leegloop van het platteland.

Gert: Mensen willen toch het liefst bij elkaar wonen. In de stad.

De rol van de centrale en de lokale overheid verandert continu. 2015 decentralisatie van zorgtaken. Welke veranderingen merken jullie op provinciaal niveau?

De provincie was op heel veel dossiers, van ruimte tot zorg, best wel hiërarchisch. De provincie bepaalde en de gemeenten hadden dat uit te voeren. Nu is het zo dat de provincie niet langer leidend is maar meer een van de partijen. Provincie zit meer in de netwerkkrol¹¹. Is een schakel tussen lokaal en Rijk. Dat is een verandering binnen de overheden¹². Er is ook een verandering richting bewoners. Team leefbaarheid is daar relatief ver mee op provinciaal niveau, andere afdelingen moeten daar nog erg aan wennen. We zitten in een transitiefase wat dat betreft.

Hoe gaat de rol van de provincie nog veranderen, de komende jaren?

Koffiedikkijken. Het kan twee kanten op. Aan één kant een grotere rol voor de provincie op meerdere dossiers. Preventie bijvoorbeeld vraagt een regionale benadering. Gemeenten kijken lokaal¹³. Intern gericht, zijn ook nog bezig met de gevolgen van de herinrichting en nog niet in staat om grotere dingen op te pakken. Ook grotere gemeenten hebben nog niet die regionale schaal. Andere kant: we zijn ook weer niet zo ontzettend onmisbaar. Gemeenten kunnen ok met elkaar en met de GGD samenwerken om beleid te ontwikkelen. Dus aan één kant is er behoefte aan beleid op regionaal niveau, maar dat kun je ook op een andere manier organiseren. Wat de rol van de provincie zal zijn, hangt af van welke kant het op gaat. Andere ontwikkeling is de hele discussie over het bestuursstelsel die al langer speelt. Misschien worden het wel 'landsdelen' ; bijvoorbeeld samenwerking tussen Groningen en Drenthe.

Hoe ondersteunt de provincie nu de gemeenten en de zorgverlenende organisaties? En hoe kan dat beter?

Puur op de WMO-taken doen wij niks. Dat is echt de taak van de gemeente. Daar krijgen ze ook geld voor van het Rijk (zij het te weinig). Wel op het gebied van regionale samenwerking en nadenken over de transitie in de zorg¹⁴. Daar ondersteunen we bij. Voorbeeld: Gemeentes kwamen bij ons met het thema positieve gezondheid. Dat is een thema wat bij ons leeft en daar willen we meer mee, maar als gemeente kunnen we dat niet. Wij hebben daar andere gemeentes bij gezocht. Dat gaat nu in drie gemeentes lopen en we hopen dat er meer gaan aansluiten. Van elkaar kunnen ze weer leren. Kennisuitwisseling.

Participatie en zelfmanagement. Hoe gaat de provincie om met deze trend?

Onderzoek laten uitvoeren door de uni: Kan de doelgroep met een lage s e s zelf regie nemen over hun eigen zorgvraag? De eerste conclusies wijzen erop dat ze dat niet kunnen¹⁵. De 'mythe van zelfregie'. Je kunt het wel als ideaal hebben maar het duurt generaties voor het ook werkt. Het is de groep die niet mee-migreert. De hoger opgeleiden verlaten de krimpgebieden, deze groep blijft achter. Dat vraagt van de gemeentes, de zorginstellingen en ook de provincie iets, want als je het landelijk beleid zo uitvoert wordt het echt onleefbaar¹⁶. Bepaalde gedeelten van onze provincie, met name zuid-oost, de veenkoloniën, baren ons zorgen. We moeten daar iets mee.

Welke rol zien jullie dan voor de provincie?

Het is helpen bij... De gemeentes hebben de primaire rol. Wij ondersteunen. Wij zijn onderdeel van het hele systeem.

Eigen mening over participatie en zelfmanagement?

Voor bepaalde mensen is het echt een brug te ver.¹⁷ Er zijn natuurlijk mensen die het wel kunnen. Maar vroeger werd je van de wieg tot het graf begeleid en dat past gewoon niet meer in deze tijd. Dus die verandering op zich vind ik wel positief. Je moet wel beseffen dat er een groep is die dat gewoon zelf niet kan. Mensen met lage s e s, ook migranten. Die moet je wel ondersteunen.¹⁸

Participatie en zelfmanagement: Delfzijl ziet splitsing in de samenleving; Limburg zegt: iedereen kan participeren.

Het zou best kunnen zijn dat de situatie in Limburg net anders is. Limburg is ook de eerste provincie die zich profileert met positieve gezondheid; de positieve benadering van 'wat kun je wel.' Het verbaast me wel omdat volgens mij de problematiek in Heerlen nog veel groter is dan bij ons¹⁹. Ik denk inderdaad dat er een grote kans is op een tweedeling. Als je daar niets aan doet, dan neem je dat mee naar volgende generaties. Het is wel zo dat iedereen wel iets kan.²⁰ Positieve gezondheid kijkt naar wat je wél kunt. Dat is belangrijk.

Denken jullie dat culturele verschillen zoals tussen de provincies Groningen en Limburg meegenomen zouden moeten worden in beleid?

Je moet sowieso dingen aan de ene kant van het land anders aanpakken dan aan de andere kant.

Felix: woningvoorraad sowieso. Ik denk zorg ook. Er zitten grote verschillen tussen.

Gert: Je moet niet alleen noord-zuid bekijken, maar ook oost-west. Dat vergeten we vaak.

Een Limburger verschilt van een Brabander want de ene is een Saks, de andere een Frank.

Een Groninger is wat afwachtender en een Limburger ook. Een Brabander zit weer heel anders in elkaar. Je moet dus niet alleen de geijkte noord-zuid verschillen bekijken. Alles is maatwerk²¹. In onze gemeentes Winsum, De Marne, Eemsmond en Bedum (nu Hogeland) daar zitten al grote verschillen. De Marne en een stuk van Winsum, dat waren vroeger kleine dorpjes, die zijn qua bevolking veranderd. Een hele groep is weggetrokken en andere hoger opgeleiden zijn er juist naartoe gegaan. Daar zijn in de jaren '60 '70 communes opgericht, daar zijn de mensen veel meer van 'handen uit de mouwen' en zelf dingen doen. Dat vraagt een andere aanpak dan in de oude gemeente Eemsmond of verder naar beneden in Oost Groningen, waar mensen toch iets anders gewend zijn. Het is maatwerk en beleid op rijksniveau is dat niet.

Felix: Als je de woningvoorraad van Oost Groningen vergelijkt met Limburg, dan is daar niet één beleid mogelijk. Vrijstaande woningen kun je niet vergelijken met rijtjeswoningen of een flat. En toch is er één beleid.

Dus decentraliseren van beleid is wel positief?

Felix: Met goede regionale afstemming wel.

Gert: De provincie moet binnen haar gebied ook die verschillen gebruiken. En zelfs de gemeenten moeten dat doen. Als overheid ben je geneigd om één beleid te maken voor je hele gebied, maar je moet kijken naar de verschillen en daarop inspelen.

Wat zijn de belangrijkste lessen uit de afgelopen jaren?

Los van wat wij hebben geleerd, zie ik dat vroeger iedereen geneigd was om zelf het probleem op te lossen - stel je bent een ouderen-zorginstelling die moeilijker aan personeel en aan geld komt, dan los je dat zelf op. Wat je nu ziet is dat er allianties gevonden worden. Daar ligt voor de toekomst de grote les. Wil je de problemen aanpakken, dan moet je allianties vormen.²² Zorginstellingen onderling, maar ook gemeentes met bewoners en met zorginstellingen, en als provincies daarin participeren. Niet allemaal zelf het willen uitvinden wat in het verleden wel gebeurde. Iedereen vindt zijn eigen organisatie het belangrijkste. Dat project van die drie zorginstellingen dat ik noemde kan uitmonden in samengaan. En dan wordt er een directie overbodig. Bij ons in de provincie zijn we door die eerste angst wel heen, in de rest van het land moet dat ook gaan gebeuren. Soms moet je iets inleveren dat uiteindelijk wel beter is voor de samenleving.²³

Felix: De participatiesamenleving betekent voor mij dat er een groep is die wel regie kan nemen, maar dat is soms wel fragiel. Er hoeft maar één iemand weg te vallen en het stort in elkaar. Vaak moet je in het proces wel goed aanwezig zijn om te zorgen dat het blijft bestaan. Project Ulrum 2034; wij doen zelf dingen en daar hoeft de overheid niet meer bij te helpen. Dat project is in een crisis beland nadat een paar mensen wegvielen. Dan moet je er als overheid wel zijn om te zorgen dat het door kan blijven gaan.²⁴

Felix: Als overheid wel de balans daarin vinden. Niet teveel willen sturen.

Gert: Je moet de juiste toon aanslaan. Het beeld van 'de provincie bepaalt' is nog heel sterk. Pas als je gevraagd wordt of je kunt helpen, kun je je hulp aanbieden²⁵. Meer faciliteren en soms ook even niks doen, want dan loopt het wel.

Lage SES gaat vaak samen met mindere gezondheid. Moet je vol inzetten op gezondheid verbeteren, of op lage SES verbeteren?

De vraag is of je moet kiezen. Verbeteren van de gezondheid maakt vaak deel uit van het verbeteren van de SES. Ik denk dat je wel bij de gezondheid zou moeten beginnen. Voelen mensen zich gezonder, dan ontwikkelen kinderen zich beter en komt die SES wel. Er zijn aan de andere kant ook allerlei projecten geweest om de economie te stimuleren. Hier in Groningen gaat Google heel goed, maar de doelgroep werkt niet bij Google. Je moet dus wel zorgen dat je op langere termijn maatregelen neemt waardoor die SES beter wordt.

Felix: Is er dan ook een correlatie tussen stijgen van inkomen en stijgen van gezondheid?

Gert: In principe wel, behalve bij drankgebruik.

Felix: O ja. De WOZ-waarde van de woningen gekoppeld aan de gezondheid, dat is een interessante.

Gert: Dan zie je dat in duurdere wijken, duurdere gemeentes, die gezondheid niet eens altijd beter is. Dat komt dan doordat er bijvoorbeeld wel dagelijks meer wijn wordt gedronken.

Felix: dat is inderdaad een mooie kanttekening.

En in de stad Groningen, met heel veel studenten, is de gezondheidsschaal ook veel lager. Dat komt dan vaak later wel weer goed.

Waar zitten de meeste kansen voor een gezonde samenleving?

Poeh. Ik denk dat als je bezig gaat met **vroege preventie, vroeg beginnen met voorlichting over gezond eten, kritisch nadenken over medicijngebruik**²⁶, dat helpt.

Felix: Maar moet een kind dat dan overbrengen aan z'n ouders?

Gert: Ja en nee. Als je op school leert wat gezond is en wat niet, dan zeggen sommige ouders 'wat een onzin. Frikandellen zijn lekker en makkelijk.' Soms is er ook een verschuiving en moet die groep zich gaan verantwoorden voor wat ze aan het doen zijn. Dan gaat de beweging de andere kant op.

Verder nog iets?

Ja, dat hele provinciestuk waar we het aan het begin over hadden. We hebben een onderzoek laten doen, dat is binnenkort klaar, dat gaat echt heel erg over wie welke rol kan gaan spelen. En jouw rapport kan ons misschien ook weer helpen.

Felix: Ook de samenleving verandert snel. Wij moeten ons ook weer aanpassen.

Opmerking van gemeenten: als wij nu heel veel geld steken in het gezond krijgen van jongeren, dan trekken ze weg en zijn wij het geld kwijt.

Degene die het geld erin stopt is dan niet degene die er baat bij heeft. Dat geldt ook wel een beetje voor zorgverzekeraars²⁷. De gemeente investeert in een betere gezondheid en de zorgverlener, dus de zorgverzekeraar, die heeft het voordeel. Degene die nu investeert heeft ook geen prikkel: het is niet zo dat het later weer naar je toe komt. Die verdeling, daar moeten we ook eens kritisch over nadenken. Heb er met Menzis over gesproken en die zeggen: 'het is heel theoretisch.' Zij zijn er nog niet van overtuigd. De relatie is ook niet één op één te leggen. Maar voor de zorgverzekeraar is die verandering in het zorglandschap ook heel belangrijk.

Wie ben je, wat doe je?

Ik ben Ehsan Nouzari, werk voor WiBo (3 jaar nu) en heb mijn bachelorscriptie gedaan over structuurvisie ondergronden, dus op rijksniveau - hoe je ruimtelijke ordening moet doen in de ondergrond - dat is best nieuw, gebeurt nog weinig mee. In mijn promotieonderzoek heb ik wetenschappelijke theorie gepakt over ideale vorm van participatie en daar het participatieproces voor die Structuurvisie aan getoetst. In mijn master heb ik het andersom gedaan, dus vanuit de stakeholder gekeken naar het proces en vervolgens aan de hand van tevredenheidscijfers vanuit die stakeholders het Rijk geadviseerd. "Hier kun je het verbeteren want hier zijn de stakeholders ontevreden over."

Die methode heet eigenlijk draagvlakmeting. Ik ben daar iets verder in gegaan want ik heb ook statistische analyses gebruikt, om te kijken of, wat wij denken dat belangrijk is voor het draagvlak, ook echt belangrijk is. Je hoort mensen vaak zeggen "transparantie is belangrijk", maar is dat ook zo? Door statistische analyses kun je het verband daartussen achterhalen. Nu ben ik bezig met promotieonderzoek en dat gaat door op die methode, waarbij ik probeer te kijken of dezelfde resultaten eruit komen als ik het toepas op een bepaalde case, en hoe veranderen die resultaten in de tijd? Ik heb tot nu toe procesmatig draagvlak onderzocht - hoe tevreden is men over het proces waarin men participeert, en ik wil nu ook kijken naar inhoudelijk draagvlak. Dus welke variabelen en criteria spelen een rol bij het draagvlak voor de uitkomsten. En de uitkomst, dat kan een ontwerp zijn voor een dijk, of een beleidsdocument.

Wat is het idee achter participatie?

Er is een promotieonderzoek geweest over participatie. Dat gaat over waar participatie vandaan komt. Velen zeggen dat - in Nederland - participatie het betrekken is van stakeholders in een ruimtelijk initiatief. Belanghebbenden (burgers, bedrijven, mede-overheden) betrekken in het proces. Veel participatieprojecten lopen slecht omdat er niets gebeurt met die input. Volgens mij komt het sowieso uit de poldercultuur van Nederland. Sinds drie jaar is het in de praktijk echt standaard geworden. Ook de Omgevingswet vraagt er meer om.¹

In de wetenschap is het wel wat anders. Daar wordt het niet participatie genoemd, maar stakeholder-involvement. Sommigen gebruiken wel het woord participatie maar in de wetenschap wordt er alleen participatie door burgers mee bedoeld.

Hoe kan participatie praktisch worden toegepast en opgenomen in beleid?

Een van de misvattingen is dat participatie altijd een positief resultaat heeft, maar dat is niet zo². Als je stakeholders laat participeren en je doet vervolgens niks met hun input - of je doet wel iets met hun input maar ze zien het niet - dan krijg je het tegenovergestelde effect. Dan wordt men heel ontevreden, terwijl je er heel veel tijd en energie ingestoken hebt. Veel

overheden realiseren zich dat niet³. Die organiseren gewoon een paar informatieavonden (dat is éénrichtingsverkeer; je zendt wel veel maar je ontvangt weinig) en dan denkt men dat het wel goed komt. Het tegendeel is waar. Er ontstaat heel veel ontevredenheid. De vraag is ook of je mensen altijd moet laten participeren (wat ik nu zeg is omstreden).

Dat wilde ik vragen. Een veel gehoord geluid is dat als je maar genoeg je best doet, dat iedereen kan participeren...

Laat ik nu eerst uitleggen wat een ideale vorm van participatie is. Wat we nu weten is, dat je je voor initiatieven waarvan je weet dat er belanghebbenden zijn, niet meer kunt permitteren om geen participatieproces op te zetten. Wij worden simpelweg niet meer als 'de experts' gezien en de informatie die wij gebruiken, kunnen de belanghebbenden ook vinden. Of mensen kunnen zelf meten en onderzoek doen. Er zijn projecten waarbij we mensen een app hebben gegeven om zelf geluidsoverlast te meten. Ze hebben dus die informatie zelf ook en ze kunnen zelf ook heel goed conclusies trekken. Soms liggen dingen wat ingewikkelder, dan moet je meer toelichten, dan ben je wel de expert. Hoe je laten participeren dan doet, verschilt per opgave en per fase. Normaal is het proces zo: bij het Rijk of een andere overheid wordt iets besloten, en dat is een opgave. We hebben probleem en daar gaan we iets aan doen. Neem bijv. dijkversterking. We moeten vanwege de klimaatverandering opnieuw kijken naar de normen voor onze dijken. Waterschappen toetsen die dijken aan die norm en veel dijken blijken er niet aan te voldoen. Dan ligt er een opgave. Dat is tot zover het beleidstraject. Dat gaat dan naar een waterschap, dat het moet gaan uitvoeren. Dan kom je in een verkenningsfase. Er moet nu onderzocht worden hoe je die dijk gaat versterken. Dan ga je verschillende varianten onderzoeken waarop je die dijk kunt versterken. Daar moet je stakeholders bij laten participeren, want er wonen ook mensen langs die dijk. De vorm van participatie in zo'n verkenningsfase is dat je mensen in het begin heel erg informeert over de aanleiding en het probleem. Nut en noodzaak. Maar de discussie kun je niet meer voeren, want er is al besloten dat er iets aan gedaan moet worden. Maar het is wel belangrijk om de mensen te laten weten wat je gaat doen, wat de opgave is en hoe de mensen erbij betrokken zullen worden. Verwachtingen managen. In het tweede deel van het verkenningstraject ga je informatie ophalen. Waar ligt hun voorkeur? Waar maakt men zich zorgen om? Aan het einde van die verkenning neem je een beslissing op hoofdlijnen. In die fase is het dus eerst zenden en daarna heel veel ontvangen. Het is nog op hoofdlijnen. Daarna ga je het plan uitwerken. En waar je in de verkenning heel veel bijeenkomsten gebruikt om informatie op te halen, word je in de plan uitwerking veel specifiek. Dan moet je individuele gesprekken gaan voeren. Ga je misschien onderhandelen; een huis moet verplaatst worden. Die vorm van participatie is heel anders; je gaat specifieke gevallen bespreken. Dan ziet de stakeholder ook terug wat ermee gedaan wordt, want je moet wel terugkoppelen. In de realisatiefase gaat het meer om verminderen van de overlast. De discussie is al gevoerd, wat er gedaan moet worden staat al vast. Dat is weer een ander type van communicatie. Kan nu bijv. dmv. een website.

Als je mensen laat participeren, dan moet je ervoor zorgen dat de verwachtingen aan het begin duidelijk zijn. Vooral wat er met hun input wordt gedaan, want als je dat niet doet zakt het vertrouwen weg en dat win je niet of heel moeilijk weer terug.⁴

Er is niet één formule, maar dit is in het algemeen wat je zou moeten doen.

Kun je van iedereen verwachten dat ze participeren?

Nee, het idee dat iedereen dat kan als ze maar hun best doen is een beetje onzin⁵. Dat is heel erg, misschien wel rechts denken. Maar wat men doet is heel veel vrijheid creëren en dan zeggen, o, maar iedereen is rationeel en iedereen kan dat wel. Iedereen die een belang heeft, die gaat wel participeren. In de praktijk is dat niet zo. Mensen willen vaak wel, maar kunnen niet⁶. Soms vanwege werk en gezin, dus geen tijd. Dus die groep komt niet op de informatieavonden. Ouderen, met tijd genoeg, die komen wel. Dus je krijgt geen representatieve groep. Dus alleen de vrijheid geven werkt niet. Dat is niet voldoende. We kijken nu naar andere mogelijkheden om de andere groep, de jongere werkende groep, ook te betrekken. Bijvoorbeeld E-participatie. Daarmee bereiken we soms een andere groep, met heel andere input.⁷

Dus je moet verder gaan dan alleen het bieden van die vrijheid. Dat is is tijdrovend en kostbaar, maar als je dat niet doet krijg je geen draagvlak voor je initiatieven, dus je hebt geen keus.

Heb je voorbeelden van succesvolle en niet succesvolle participatieprojecten?

De vraag is: wat is succesvol.

Niet succesvol was bijvoorbeeld de Maasvlakte. Dat werd door de Raad van State afgeschoten omdat er onvoldoende rekening was gehouden met de belangen van stakeholders. Toen moesten ze opnieuw beginnen. Oorzaak: het Rijk kwam er niet uit met de stakeholders en toen zijn ze maar alleen verder gegaan. Dat heeft tot een tijdverlies van twee jaar geleid.

Een ander voorbeeld is CO2 opslag in Barendrecht. Het Rijk wilde met Shell en mogelijk nog een bedrijf CO2 opslaan. De gemeente Barendrecht en vervolgens de bewoners kwamen daar achter en hebben vervolgens hun zorgen geuit. Toen zei het ministerie van EZ: "Jullie zorgen zijn niet terecht. Uit onderzoek blijkt dat het veilig is. Onzin. We gaan niet in op emoties." Stel, jij bent die bewoner en je hoort dit. Je emoties en je gevoel worden aan de kant geschoven. Dan lok je ontevredenheid dus uit. Dat gebeurde; er ontstond heel grote ontevredenheid en wat de overheid ook probeerde, het kwam niet meer goed. Het initiatief ging niet door.

Op andere plekken, waar het proces wel goed ging, is CO2 opslag er wel gekomen.

Goede trajecten zijn moeilijk aan te geven, want wat is goed? Er zijn trajecten waarbij er echt iets is gedaan met de input van stakeholders maar de vraag is in welke mate. Maar er zijn natuurlijk trajecten gerealiseerd zonder procedures en zonder grote protesten. Traject voor de Structuurvisie ondergrond kun je als succesvol beschouwen omdat het gewoon is vastgesteld, zonder protesten. Er moeten er heel veel zijn, maar ik kan ze zo niet noemen. In het algemeen denk ik dat, als je het plan gewoon kunt realiseren en je kunt de zienswijzen gewoon beantwoorden, zonder procedures bij de Raad van State, dan kun je het succesvol noemen.

In het geval van zorg gaat het vooral om burgerparticipatie. Juist van de mensen die minder makkelijk meekomen in de maatschappij wordt verwacht dat ze meer participeren. Hoe kun je zorgen dat deze kwetsbare groepen meer participeren?

Je moet eerst kijken met welke groep je te maken hebt. Leeftijd, belangen, zijn ze in staat om te participeren. **De vraag is dus, welke vorm kun je toepassen?**⁸ Info-avond en E-platform zijn de meest gebruikte vormen, maar als die nou allebei ongeschikt zijn, wat doe je dan? Dan kun je er bijvoorbeeld voor kiezen om zelf naar hen toe te gaan. Daarmee faciliteer je participatie. Maar in het geval van zorg gaat het om een heel grote groep, die je niet allemaal kunt bezoeken. Wat je dan nog wel kunt doen, is gebruik maken van enquêtes. Een simpele vragenlijst van een paar minuten, om erachter te komen waar de behoeftes liggen. Als je dat weet, kun je weer verder vragen over hoe je mensen erbij kunt betrekken en dan weet je eigenlijk al veel.

Wij denken meestal te weten wat de beste manier is om mensen te laten participeren, maar als je het hen gaat vragen dan heeft iedereen een andere mening. Voorkeuren verschillen nu eenmaal. Zeker zo'n kwetsbare groep moet je het zelf vragen. Het is arrogant om te denken dat je het wel weet.

Angst voor tweedeling in de samenleving. Een groep die wel meekomt en een groep niet meekomt en daardoor in een neerwaartse spiraal terechtkomt. Is die angst terecht?

Is van veel dingen afhankelijk. Maar ik denk wel dat het een probleem is. Het risico is aantoonbaar.⁹ Dus wat je zou moeten doen is echt kijken hoe je iedereen kunt bereiken. Simpele middelen, folders, bied hen een opening om meer informatie te krijgen. Maak het proces toegankelijk voor iedereen. Teveel gedoe is een reden om iets niet te doen, zelfs als je weet dat het wel goed voor je is. Zo simpel is het gewoon. Dat in het algemeen.

Er zal altijd een groep blijven die je gewoon niet bereikt, behalve als je oneindig veel geld hebt. Er is een groep die 'al zo ver weg is' dat je die, wat je ook doet, niet meekrijgt¹⁰. Is een beetje triest, maar wel waar.

Verder nog iets?

Tja, ik hou me vooral bezig met het ruimtelijke domein. De groepen waar ik mee te maken heb zijn over het algemeen wel in staat om te participeren. Anders dan als het gaat om de zorg. Ik vind dit wel heel interessant. Probeer daarom wel heel kritisch te kijken naar mijn antwoorden, want ik heb weinig ervaring met de groepen waar jij in je onderzoek mee te maken hebt.

Wat is Heerlen standby?

Heerlen Standby is een coöperatie van zorg- en welzijns-aanbieders, inmiddels een tiental organisaties, gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitvoering van en de toegang tot WMO-ondersteuning binnen de gemeente Heerlen. Dan gaat het met name om een aantal producten die onder de WMO-ondersteuning vallen, want je hebt ook huishoudelijke hulp en dergelijke en dat valt niet onder onze opdracht. Wij voeren de individuele ondersteuning uit, de groepsondersteuning en het kortdurende verblijf. De oude term producten (fonetisch) daar verzorgen wij de toegang toe en daar organiseren we de uitvoering van. Dat doen we dus met tien leden samen (bedoeld worden verm. die tien organisaties). We zijn nu het derde jaar bezig. Eerste contractperiode net afgerond. Tot stand gekomen nadat we er een aantal jaar geleden achter kwamen dat de **ondersteuning anders georganiseerd moest worden; veel meer samen**¹. Maar dat vraagt ook om een andere financiering. Destijds was het nog 'uurtje-factuur', op het moment dat je iemand een dagdeel of een dag ondersteunt, dan kun je dat declareren, maar er zaten ook weer een hoop richtlijnen en haken en ogen en regeltjes aan vast. Toen zeiden we, **als we nu die financiering op één hoop kunnen gooien en we kunnen naar creatievere manieren van samenwerking, je kunt zelf schuiven met die grote pot met geld, dan geeft je dat de vrijheid om het efficiënter in te kunnen richten**². Dat zijn we samen gaan doen met de gemeente als partner; de gemeente is heel dapper geweest om dat ook zo in te willen richten. Dit doen we nu een kleine drie jaar. Voorheen kreeg je een beschikking voor een bepaalde ondersteuning en een bepaald aantal uren, **Nu kijken we wat iemand op dat moment nodig heeft, zoveel mogelijk in de eigen omgeving van de cliënt**³. We zien natuurlijk heel wat burgers die worstelen met hun gezondheid en die een hulpvraag hebben. Dat doen we dan met (noemt de organisaties op) dus voor alle doelgroepen - GGZ, ouderen, mensen met somatische klachten, hebben we organisaties aan ons verbonden. Gezamenlijk zijn we verantwoordelijk voor de uitvoering van de ondersteuning.

Onderzoek in zuiden en in noordoost Nederland. De problematiek wordt steeds ernstiger en complexer. Herkennen jullie dat ook?

Ja. Dat herkennen we wel⁴. Heeft ook te maken met het landelijk beleid, bijv. op GGZ. Je ziet meer verwarde mensen op straat. Op andere gebieden: **mensen worden langer thuis gehouden, hebben meer ambulante ondersteuning nodig, ontwikkelen vaak meer complexe problemen, bijv. een combinatie met schulden, verwaarlozing van het huishouden, overlast geven in de buurt**⁵. Gezondheidsproblemen zijn daar vaak een gevolg van; iemand heeft een opeenstapeling van problemen, komt daar niet meer uit, de veerkracht raakt op.

Hoe gaat Standby hiermee om? Waar begin je?

In principe vertrekken we vanuit de burger zelf. Welke hulpvraag heeft die. We hebben op veel gebieden expertise in huis. Als iemand zich bij ons meldt, of naar ons verwezen wordt, dan gaan we onderzoeken wat nu eigenlijk concreet de vraag is. Waar kunnen we bij helpen, waarnaar kunnen we verwijzen (behandelen doen we niet zelf) Dat is ons belangrijkste vertrekpunt. **Goed luisteren, probleem achterhalen, hoe complex is het probleem**⁶. Heeft je financiële situatie invloed op je depressiviteit? Waar ligt de oplossing en waar heb je behoefte aan? We proberen zoveel mogelijk bij de burger zelf te laten liggen; wat kun je zelf, vanuit eigen regie? Daarnaast werken we veel met partners samen; gemeente is een belangrijke partner; de gemeente heeft een expertiseteam, dat werkt vooral met de multi-problematiek. Die gevallen komen vooral bij ons vandaan, bij hen terecht. Dat betekent dat je een nauwe samenwerking hebt. Als je ziet dat er zoveel aan de hand is, kinderen bij betrokken zijn, dan moet je het samen doen. Zo hebben we momenteel ook een samenwerking met woningcorporaties. De woon- en leefomgeving is net zo belangrijk als de fysieke gezondheid. Zo kun je een gezamenlijk plan opstellen. Huurschulden hebben absoluut invloed. Kunnen we een huis uitzetting voorkomen? Met alle partners samen proberen we een vangnet om iemand heen te creëren. Daarvoor is die samenwerking essentieel.

Z Limburg heeft een hoog eenzaamheidscijfer. Hoe kom je in contact met de mensen die buiten de samenleving staan?

Dat is een heel moeilijke. Geen kant-en-klare oplossing voor⁷. Proberen via de hulpverleners in de buurt die mensen in kaart te brengen. Hulpverleners zijn buurt-georiënteerd. Daardoor maak je ook eerder contact met de sleutelfiguren in een buurt en die geven weer signalen door. **We zijn gestart met buurtpunten, laagdrempelige plaatsen in de buurt waar je gewoon binnen kunt lopen**⁸, of je nu een hulpvraag hebt of niet. We hopen dat mensen binnenlopen en hopelijk met hun buurman of buurvrouw. Of je ze allemaal bereikt? Nee, ik denk het niet, maar op die manier doen we er alles aan. Maar het is een heel moeilijk vraagstuk, ja.

In heel veel gezondheid- en welzijn gerelateerde onderwerpen staat participatie centraal. Hoe ziet Standby participatie?

Eigenlijk zoals er landelijk tegenaan wordt gekeken. **We zetten er zoveel mogelijk op in. Je eigen regie, je eigen netwerk benutten, in wat voor vorm dan ook**⁹. **We zien ook genoeg mensen waarbij dat niet mogelijk is; voor wie het nog te vroeg is**¹⁰. Dat is een streven voor langere termijn maar we zien genoeg situaties waarin de tijd er nog niet rijp voor is. Dat betekent dat je soms heel intensieve hulpverleningstrajecten hebt, waarin je moet overnemen voordat je zelfs maar aan participatie kunt denken. We zijn creatief in het zoeken naar constructies waarin je mensen tot hun recht kunt laten komen. Kijken wanneer mensen klaar zijn om de volgende stap te zetten. Maar alleen als de tijd er rijp voor is. **Vanuit positieve gezondheid kijken we vooral naar wat iemand zelf wil. Je kunt niet als hulpverlener op afstand voor iemand bepalen wat de juiste route is**¹¹. Dat zal iemand zelf moeten uitstippelen. We kunnen wel helpen met onderzoeken naar die route. En er zijn mensen, met dementie bijvoorbeeld, waarbij participatie nagenoeg onmogelijk is. **Er zijn**

doelgroepen waarbij het kansrijk is, maar er zijn ook groepen waarvoor het niet het streven zou moeten zijn¹². Voor die mensen moet je gewoon goed zorgen; dat de partner niet overbelast raakt en dat ze de dag goed doorkomen.

Mensen zijn heel vaak argwanend tegenover overheid, of overheid-gerelateerde organisaties. Herkennen jullie dat hier ook?

Ja. Maar omdat wij heel erg in de buurt georiënteerd zijn en inwoners en medewerkers van allerlei pluimage door elkaar lopen, merk je dat die drempel wel steeds lager wordt.¹³ Het gewoon samen optrekken, ongeacht functie, werkt enorm om het stempel eraf te halen. Ook burgers met elkaar in verbinding brengen. Als je mensen met eenzelfde hulpvraag bij elkaar weet te plaatsen, kunnen die mensen elkaar vaak beter helpen dan dat een hulpverlener dat kan. Omdat ze het van elkaar wél aannemen¹⁴. Dat kunnen we nu ook doen, omdat we veel minder in de hokjes van de WMO zitten. Ook een voordeel is dat onze medewerkers zich niet vanuit hun eigen organisaties presenteren, maar als medewerker van Heerlen Standby. Oude vooroordelen tegen sommige van de organisaties spelen daardoor geen rol meer. Je komt meer blanco binnen.

Gemeentes in de provincie Limburg kampen met leegloop en vergrijzing. Dat veroorzaakt verminderde sociale samenhang. Hoe kun je sociale samenhang stimuleren in een omgeving die vergrijst?

Dat is lastig. We hebben daarmee te maken. Eigenlijk willen we het tegenovergestelde realiseren. Als je positief gezonde buurten hebt, vergroot je de sociale samenhang, interactie, en daar gaan mensen voor elkaar zorgen. Als je dat niet meer hebt, dan raken mensen uit beeld. Daarom proberen we vanuit de buurtpunten zaken te ontwikkelen. Ook kijken we naar wat de buurt zelf belangrijk vindt. Waar moeten we energie in steken. Vroeger werd er iets bedacht, bijvoorbeeld een activiteit om de eenzaamheid te doorbreken, wat helemaal de oplossing voor dat probleem helemaal niet bleek te zijn. Het grootste probleem dat wij als hulpverleners zien, is vaak helemaal niet het probleem dat de burgers het belangrijkste vinden¹⁵. We zijn natuurlijk gewend om op het grootste probleem te focussen, maar het is veel succesvoller als je kunt kijken vanuit de behoefte van de burger zelf. Dan ontstaat een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de buurt. Daar moeten we nog wel een lange tijd aan bouwen. Samen met alle partners. Soms kan iets kleins als een bankje al het verschil maken.

Rapport RIVM. Inwoners van krimpregio's zijn over het algemeen minder gezond dan de rest van het land. Wat vindt u?

Wat voor deze regio waarschijnlijk nog meer speelt, is de 'Limburg-factor'. Daar zit ook wel een stukje slachtofferrol en pessimisme in¹⁶. 'Wat een pech hebben we toch allemaal.' Dat stukje is hier misschien nog wel van grotere invloed dan de krimp zelf. De krimp op zich levert wel problemen op, maar of die nu een groot effect heeft op de gezondheid van onze doelgroep weet ik niet zeker. De 'Limburg-factor' is dan waarschijnlijk van grotere invloed.

Momenteel actueel: de situatie die is ontstaan door decentralisatie van zorg en hulpverlening, in 2015. Verschillen tussen gemeenten; in de ene gemeente krijg je dit, in de andere gemeente iets anders. Hoe kijken jullie hiertegenaan?

Bij ons speelt dat zeker. Heerlen heeft voor deze constructie gekozen en dat betekent dat je dus in een andere gemeente niet in een coöperatie als Heerlen Standby terecht komt, maar wel nog met uurtje-factuurtje te maken krijgt. Anderzijds biedt het voor ons in Heerlen echte kansen om de ondersteuning wezenlijk anders in te richten. De oude kaders boden daar niet de kansen voor. Goed of slecht? Weet ik niet. Ik denk dat wij hier goed op weg zijn. Ik ben blij met de kansen die decentralisatie geeft¹⁷.

Adviezen aan andere gemeentes?

Kijk vooral naar de voorbeelden die er al zijn. Gemeentes kunnen wel eens eigenwijs zijn, maar vergeet niet om bij collega's te informeren en gebruik te maken van de ervaring die er al is¹⁸. En toon bestuurlijk lef. Dat is een vereiste om dit aan te gaan. Als je wilt werken zoals wij dat doen, ben je aan het pionieren samen¹⁹. Er zijn risico's, die je samen aan moet gaan. Vraagt lef en vraagt vertrouwen in elkaar. Als je heel erg op regeltjes gaat zitten beperk je de ruimte en ga je het niet redden.

In het noorden hebben ze vaak het idee hebben dat het nogal lastig is om beleid op gebied van preventie binnen een gemeentegrens te organiseren. 'Als ik in preventie investeer ben ik mijn inzet kwijt als die mensen wegtrekken naar een andere gemeente'. Zou zoiets meer regionaal geregeld moeten worden? Provincie?

Ik denk dat je daar verschillende gradaties in hebt. Dat je zowel provinciaal als regionaal als stedelijk verantwoordelijkheden hebt. Dat hoeft elkaar niet te bijten, dat kan elkaar aanvullen²⁰. Stedelijk gezien zijn er genoeg die bij preventie belangrijk zijn, zoals GGD, maar ook de provincie. Zoals provincie Limburg die heel erg inzet op positieve gezondheid. Er is vooral veel kennis over positieve gezondheid. Je kunt op verschillende niveaus investeren zonder angst dat de investering verloren gaat. Als je die op verschillende niveaus kunt dragen, is dat ook minder relevant²¹.

Belangrijkste lessen?

Ontschotting is een belangrijke les²², een persoon is meer dan alleen zijn gezondheid zoals die klassiek werd omschreven. Vaak kan er op verschillende domeinen iets spelen en daarom is het belangrijk dat je die verschillende domeinen met elkaar verbindt²³. We moeten het met minder middelen doen. Maar dat was wel de impuls om het anders te organiseren. Soms heb je die verminderde middelen nodig om het anders te gaan doen. Kanteling van centrale aanpak naar dicht in de buurt een heel belangrijke geweest. De decentralisatie was de eerste aanzet. Nog laagdrempeliger, nog dichterbij de buurt, bij de burger. In de oude structuur meer betutteling, maar ook meer regeltjes; 'Daar heb ik recht op, want dat staat

op het blaadje.' 'Ja, maar heb je dat ook echt nodig?' De les is dat dat niet meer aansluit op de realiteit.

Waar zitten de meeste kansen voor een gezonde samenleving?

In het zonder schotten samenwerken. Er zijn er nog wel een paar die we af kunnen breken. Nog minder betutteling. Er is oude garde, tegenover nieuwe garde. De oude garde drukt nog z'n stempel. Nog meer aansluiten op de kracht van de mensen. Welke kansen zie je zelf?

Wat zijn je taken bij Menzis?

Accountmanager zorg. Ik kom uit de zorg, werk sinds 2001 bij Menzis, en mijn overweging om bij een verzekeraar te gaan werken was mijn gevoel dat daar alleen mensen werken die nog nooit een patiënt hebben gezien. Vanuit mijn vorige werk – o a in een revalidatiecentrum – wilde ik naar een gemeente of een zorgverzekeraar. Op dit moment ben ik bezig met het onderwerp: de juiste zorg op de juiste plek. In een krimpregio is dat echt een ding dat speelt. Ik zit vooral op de eerste lijn; huisartsen en samenwerkingen van huisartsen. Veel overleg ook met gemeenten e.d., zeker na de decentralisatie in 2015.

Wat doet Menzis in het kader van zorg en welzijn?

Verzekeraars zitten hier heel verschillend in. Menzis zet heel erg in op preventie en dat is eigenlijk heel gek voor een zorgverzekeraar¹. Want je kunt er geen businesscase op maken². En de groep die niet ziek is, switcht het makkelijkst van verzekeraar. Wij doen dat vooral in de samenwerking met gemeentes³. Voorbeeld: Sinds dit jaar is er een nieuwe verstrekking in de Zorgverzekeringswet gekomen, de gecombineerde leefstijl interventie, voor mensen met een BMI van 25 of hoger. Die kunnen de gecombineerde leefstijl interventie vanuit de basisverzekering vergoed krijgen. Maar wij zien ook een groep die nog niet aan criteria voldoet die er eigenlijk wel voor in aanmerking komen. Dat doen we dan in samenwerking met gemeenten. Daarvoor hebben we zgn. minima-polissen, gemeente en Menzis spreken dan af dat sommige dingen door de gemeente worden vergoed en andere dingen door de verzekeraar. Wij willen de g l i in het aanvullend pakket stoppen, in de minima polissen en dan vragen we van de gemeenten of zij dan gedurende twee jaar (zo lang duurt de interventie) het sporten en bewegen voor die mensen willen betalen. Dat doen we nu in deze regio met een drietal gemeenten. Zo knopen we zorg en welzijn aan elkaar. Ander voorbeeld: kwetsbare ouderen. Er wordt gezegd: ze mogen langer thuis blijven wonen; ik zeg: ze móeten langer thuis blijven wonen. Voor hen proberen we de zorg te benaderen vanuit medisch én welzijnsoogpunt. Huisartsen kunnen ondersteuning krijgen van een praktijkondersteuner ouderenzorg, als zij ervoor zorgen dat er binnen hun huisartsgroep een lokaal geriatrisch netwerk is waar de wijkverpleging in zit maar waarin ook het sociaal domein vertegenwoordigd is. Verder stellen we met gemeenten een regionale werkagenda op; waar gaan we samen aan werken? Voor deze regio blijkt het lastig te zijn om dat voor gemeenten gezamenlijk te doen, dus we doen dat voor alle gemeenten apart. Waar gaan wij, Menzis en gemeente, in samenwerken op sociaal en medisch terrein. De gemeenten zijn voor ons erg belangrijk; als mensen bij de dokter komen met buikpijn, maar die buikpijn blijkt te komen doordat ze schulden hebben, dan moet je niet bij de dokter zijn.

Wat zijn je gedachten over de uitkomsten van het RIVM rapport?

Helemaal mee eens. Ik heb het over provincie Groningen en een klein stukje van de kop van Drenthe, en of het nou gaat over gezondheid, of vergrijzing en ontgroening of over een lage SES en laaggeletterdheid, onze provincie ten oosten van de stad Groningen is in de plaatjes altijd diep donkerrood gekleurd. Hier zijn veel meer chronisch zieken en mensen met GGZ problemen. Soms is het heel lastig om te bepalen waar dat nou door komt⁴. Aan welk knopje moet je draaien om het tij te keren.

Hoe zouden inwoners in krimpregio's gestimuleerd kunnen worden om gezonder te gaan leven? Effectieve manier om betutteling te vermijden?

Eerst goed kijken bij welke doelgroep je het meest kunt bereiken. Ik denk dat je moet beginnen bij kinderen. Scholen een belangrijke functie⁵. Ook daar is er risico op betutteling⁶. We hebben een analyse gemaakt voor deze regio van het type mensen dat her woont. Met name in NO Groningen wonen mensen die 'wel betutteld willen worden' maar niet op een manier van 'ik weet wel wat goed voor jou is.'⁷ Ze zijn wel ontvankelijk voor de huisarts, willen wel bij het handje genomen worden. Iemand die tegen ze zegt: als je het nou op deze manier doet; Bij voorkeur iemand waar ze ontzag voor hebben. Dan heb je kans dat het beklijft. Ze vinden het lastig om zelf keuzes te maken. Dus wil je kans maken, dan moet je bij de jeugd beginnen, die het dan weer doorgeeft aan de volgende generatie⁸. Het probleem in een krimpregio is dat de jeugd juist wegtrekt en de ouderen overblijven. Er worden minder kinderen geboren. Dan blijf je nog lang met een ongezonde populatie zitten. De vraag is hoeveel je nog in die groep moet investeren.

Zelfmanagement en participatie. Hoe zien jullie dit?

Op zich kan niemand daarop tegen zijn. Alleen 'iedereen moet' dat werkt niet. Niet iedereen kan eigen regie nemen, die competentie moet je wel hebben⁹. Eigen regie kan ook zijn dat je zegt: laat iemand anders maar voor mij de regie nemen want ik kan het zelf niet bepalen¹⁰. Dat stukje wordt vaak niet geschaard onder eigen regie en dat vind ik jammer, want juist de populatie die hier zit, dat zijn mensen die graag aan de hand meegenomen worden. In de stad en het westen wonen mensen die dat wel zelf kunnen en willen, maar in NO niet¹¹. Wat betreft de participatiemaatschappij, ik vind het een modewoord. Wat bedoel je daar nu precies mee? Mijn interpretatie is dat iedereen naar zijn eigen vermogen deelneemt aan de maatschappij. Maar niet iedereen wil participeren. Als iemand het best vindt om niet deel te nemen, dan mag dat van mij¹². Dat is ook een keuze, dat is eigen regie. Soms staat dat op gespannen voet met elkaar. Ook een slechte keuze maken is eigen regie¹³. Dat staat op gespannen voet met elkaar. Je ziet heel veel maatregelen die voor de hele groep zijn, maar de groep is niet homogeen. De vraag is dus wat je met die maatregelen bereikt.

Is een participatiesamenleving in een krimpregio realistisch?

Hangt ervan af wat je eronder verstaat. Er zijn nog veel kansen, maar ik geloof niet in een totale participatiesamenleving in deze krimpregio¹⁴. Met een krimpende samenleving zie je ook voorzieningen wegvallen. Winkels, scholen, maar ook bedrijven vinden het niet aantrekkelijk om zich hier te vestigen dus er wordt ook geen nieuw arbeidsklimaat geschapen¹⁵. Ik zie ook wel kansen. Doordat we een plattelandsgebied zijn, krijg je wel veel burgerinitiatieven. Vb: digitaal platform in dorpen rond Delfzijl, waar mensen aan elkaar hulp kunnen vragen.

Preventie. Hoe kunnen gemeentes, ggd's en verzekeraars meer samenwerken op het gebied van preventie?

Wij werken in mindere mate samen met de ggd, omdat de ggd vaak geen financier is. Menzis werkt al samen met gemeente. Preventie is geen wettelijke taak van ons; wij moeten de Zorgverzekeringswet uitvoeren. Datzelfde geldt voor de gemeenten¹⁶. Het is volgens mij niet in de eerste plaats zo dat ze bang zijn dat de mensen wegtrekken en ze er de vruchten niet van plukken, maar ze hebben ook gewoon het geld er niet voor¹⁷. Daarbij komt dat de gemeenten waar je het meest aan preventie zou willen doen, niet bepaald de rijkste gemeenten zijn. In een aardbevingsgebied kun je geen heel hoge ozb gaan heffen. Ik weet niet wat er nog meer zou moeten gebeuren, behalve heel erg je best doen. Ophouden met naar elkaar wijzen en ophouden met het argument: 'als wij investeren in preventie, dan plukt de verzekeraar daar de vruchten van.' Je moet wel zeggen: de maatschappij plukt er de vruchten ervan. Schotten denken loslaten¹⁸.

Kun je die taken dan beter met een provincie uitvoeren? Of zelfs landelijk?

Ik weet het niet. Ik denk dat de problematiek in alle gemeentes te verschillend is. Dus wel op lokaal niveau houden en ervoor zorgen dat je wel steeds het gesprek aangaat met die gemeentes¹⁹. Daarbij komt dat gemeenten en provincies over alle inwoners van hun gebied gaan. Een verzekeraar gaat alleen maar over zijn eigen verzekerden. Als wij hier dingen doen, in deze regio, dan kunnen we dat vaak alleen voor onze eigen verzekerden doen²⁰. Dat maakt het ook ingewikkeld.

Wat houdt andere verzekeraars tegen om meer aan preventie te doen?

Ik denk hetzelfde als wat ons ook lang heeft tegengehouden, namelijk geld. Je moet het ergens uit financieren.²¹

Is er onderzoek gedaan naar of het zichzelf terugbetaalt?

Er is heel veel onderzoek gedaan naar preventie. Ik heb nog nooit ergens gezien dat het loont²². Dat is ook niet zo gek. Op enig moment gaan we allemaal dood. Je kunt nog zoveel geld stoppen in preventie, maar dat betekent niet dat mensen niet ziek worden. En mensen

maken de meeste zorgkosten in de laatste jaren van hun leven. Met preventie stel je eigenlijk het moment waarop je ziek wordt uit, maar die kosten die dan gemaakt worden zijn even hoog. Doordat je dit moment langer maakt, maken mensen ook hun reguliere zorgkosten. 'Onze beste verzekerden zijn rokende verzekerden, want die gaan eerder dood.'

Belangrijkste lessen?

De allerbelangrijkste les is dat je, voor je het gaat hebben over marktwerking in de zorg, je moet kijken of er wel een marktwerking is en of dat voor de mensen wel de meest wenselijke situatie is.²³ Als je kijkt naar de belangrijkste les over zorg en welzijn, en hoe je die aan elkaar kunt knopen, denk ik dat er in ons huidige systeem hobbels zitten die dat lastig maken²⁴. Als je die twee aan elkaar wilt knopen moet je zorgen dat een preferente zorgverzekeraar daar ook afspraken over kan maken en dat andere verzekeraars dat volgen. Dat gebeurt op onderdelen wel. In de huisartsenzorg volgen andere verzekeraars in een bepaald gebied. Als ik in deze regio afspraken maak over de ouderenzorg, dan volgen alle andere verzekeraars de afspraken die ik hier maak. Dat heb je dan dus voor alle inwoners in het gebied op dezelfde manier geregeld. Over de participatiemaatschappij: dat is een utopie²⁵.

Waar zitten de meeste kansen voor een gezonde samenleving?

'Zolang mensen niet lijden onder hun slechte leefomstandigheden gaan ze het ook niet veranderen.'²⁶

Er moet een bepaald urgentiebesef zijn. Ik geloof niet zozeer in rookverboden, etc. Mensen moeten de motivatie uit zichzelf halen. Anders kun je eindeloos campagnes voeren, zonder resultaat. Vergelijk het maar met het klimaat. Pas als je het aan den lijve ondervindt, ga je er iets aan doen. In Den Haag voelen ze de aardbevingen niet.

Verder nog iets?

In aansluiting op jouw vakgebied, ik denk dat het ontsluiten van krimpgebieden ook een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het bevorderen van de gezondheid²⁷. Dit is een heel erg afgesloten gebied, met heel slecht openbaar vervoer, het belang daarvan wordt onderschat. Als het beter bereikbaar is, komen er meer mensen en kun je de vicieuze cirkel misschien doorbreken²⁸. Twee ziekenhuizen in de buurt gesloten, één nieuw ziekenhuis ervoor in de plaats, dat betekent voor de mensen een enorm langere reistijd. Soms is dat ook gevoelsmatig: 'We zijn hier afgesloten.' Ook huisartsenpraktijken opvolgen is erg lastig. Er komt niet zo makkelijk een nieuwe. Meer toegankelijkheid kan echt een verschil maken. Daar kan de provincie ook wat in betekenen.

Appendix II

Interview Codes

Codenr	Tekstfragment	Open code	Axial Code
1.1	soort buurthuis waar mensen zonder indicatie binnen kunnen komen, in de hoop dat als de mensen daar komen dat de zwaardere zorg eerder wordt uitgesteld of dat ze eerder hulp krijgen als dat nodig blijkt te zijn	Voorkomen van erger	Preventie
1.2	sociaal plein	Verzamelplaats, informatiepunt	Samenwerking
1.3	zulke verstandelijke beperkingen, schulden, psychiatrische problemen dat de vraag wat is nou eigenlijk het probleem	Complexere problematiek	Complexiteit problematiek
1.4	Mensen zijn soms teleur gesteld in instanties en vertrouwen je niet meteen	Geen vertrouwen	Vertrouwen
1.5	als je van de gemeente komt zijn mensen sowieso al 'wat kom je doen?'	Geen vertrouwen	Vertrouwen
1.6	client doelen af te spreken	Interactie vraag/aanbod, formuleren zorgvraag	Nivelleren
1.7	Aan de hand van de doelen die gesteld zijn kijken hoe de doelen gerealiseerd worden	Voldoen aan de zorgvraag	passend aanbod
1.8	Het is niet altijd mogelijk voor mensen om als een soort werkgeversrelatie te opereren	Zelfmanagement	Zelfmanagement
1.9	ambtenaren die dit soort vragen moeten stellen en bepalen of mensen hulp nodig hebben moesten natuurlijk wel getraind worden	Trainen van personeel	Trainen personeel
1.10	Binnen de WMO weten we het nog net rond te breien, maar dit wordt wel steeds lastiger	Financieel lastig, WMO lukt net, jeugd niet	Financiën
1.11	problematiek gewoon veel ernstiger is	Complexere problematiek	Complexiteit problematiek
1.12	cliënten blijven motiveren om die hulp te nemen	Zelfmanagement is lastig, motivatie ontbreekt	Zelfmanagement
1.13	Wetten van het rijk, die maken het ons lastiger om rond te komen	Regelingen maken organisatie van zorg lastig	Wettelijk
1.14	voor 2019 betaalde iedereen naar rato van inkomen, hoe hoger je inkomen hoe meer je eigen bedragen was. Nu heeft het rijk betaald dat is niet eerlijk, dus iedereen betaald ongeacht je afname 17,50 per vier weken	Eigen bijdrage is minder, groter gat tussen kosten en inkomen	Financiën
1.15	Mensen die eerst op basis van hun inkomen dachten, ik betaal niet zo veel dus ik regel zelf wel iets, maar mensen zeggen nu van 'oeh dat is lekker goedkoop!'	Hogere afname door lagere eigen bijdrage	Financiën

1.16	uitspraken van de rechter die beleidsvrijheid wegnemen	Niet flexibel kunnen aanbieden	Wettelijk
1.17	Hiervan het de centrale raad van beroep van gezegd, dit mag niet.	Niet flexibel kunnen aanbieden	Wettelijk
1.18	Dus je word vanuit verschillende kanten klem gezet	Niet flexibel kunnen aanbieden, mismatch vraag en aanbod	Wettelijk
1.19	de problematiek verergert	Complexere problematiek	Complexiteit problematiek
1.20	De vergrijzing slaat bij ons ook enorm toe	Complexere problematiek	Complexiteit problematiek
1.21	Dit is duizend uur per week dat je aan mankracht nodig hebt, maar de zorgorganisaties zitten natuurlijk ook met ouder personeel dat over 5 jaar ook met pensioen gaan	Problemen aan de aanbodkant	Vergrijzing en aanbod
1.22	Je kunt al het geld in de wereld hebben, maar als je geen handen hebt om het werk te doen heb je ook een probleem	Problemen aan de aanbodkant	Vergrijzing en aanbod
1.23	De monitor van iedere 4 jaar, die moet iedere 4 jaar de effectiviteit toetsen	Monitoring	Evaluatie
1.24	Ik vind client-tevredenheids-onderzoeken belangrijk, die moeten jaarlijks worden uitgevoerd, daar worden steeds betere cijfers gescoord	Monitoring bij de client	Evaluatie
1.25	de hoeveelheid nieuwe mensen die er bij komt en de complexiteit van de problemen zorgt er voor dat als je eenmaal een indicatie hebt ingezet, betekend het dat je de client niet al te vaak meer ziet	Druk op het systeem, ondersteuning bij zelfmanagement moeilijk	Ondersteunen
1.26	Participatie: iedereen is elkaar gaan napraten	Ideaalbeeld, utopie	Ideaalbeeld
1.27	politiek veel beter verkopen om daar geld voor vrij te maken dan te zeggen het wordt gewoon lastig om iedereen te helpen	Ideaalbeeld, goed te verkopen, niet realistisch	Ideaalbeeld
1.28	We willen wel dat iedereen mee doet, maar we hebben gewoon zo veel mensen in de gemeente met zo veel psychische problemen, die vinden het al prima als ze überhaupt een keer boodschappen weten te doen, dat is dan al een hele prestatie	Niet iedereen wil participeren, niet iedereen kan participeren	Ideaalbeeld
1.29	het maakbare van de samenleving: als je maar genoeg je best doet dan kom je er wel	Mensbeeld, ideaalbeeld	Ideaalbeeld
1.30	doelgroep van de participatiewet in 3 stukken opgedeeld: groep die weet zich wel weer naar werk te redden, groep die , die moeten nog een opleiding doen en hebben eens steuntje in de rug nodig en het granieten bestand	Niet iedereen wil participeren, niet iedereen kan participeren	Ideaalbeeld
1.31	mensen niet komen opdagen	Angst voor de overheid, geen vertrouwen	Vertrouwen
1.32	mensen krijgen een brief van de gemeente en slapen een week voor de afspraak niet omdat ze bang zijn	Angst voor de overheid, geen vertrouwen	Vertrouwen

1.33	of mensen die al 100x zijn benaderd en er helemaal klaar mee zijn	Niet willen participeren	Participatie niet altijd wenselijk
1.34	Uiteindelijk is van de hele grote groep die we hebben benaderd, de mensen die nog eens vrijwilligerswerk zijn gaan doen, dan hebben we het over 5/6%.	laag succespercentage	Participatie niet altijd wenselijk
1.35	in tijden dat je minder budget hebt, hoe lang moet je met mensen in gesprek blijven of ze te bewegen, wat mag het kosten	Kosten/baten	Financiën
1.36	relatief wat erger is	relatief ergere problemen, maar niet uniek	Niet uniek
1.37	Er zitten ook weer zo veel regels aan, je kunt ook niet zomaar iedereen laten participeren, als het bijvoorbeeld arbeidsverdringing is dan mag het al weer niet	Regels maken beleid moeilijker	Wettelijk
1.38	Er zitten heel veel discussie in, en je krijgt een stukje concurrentie	Regels maken beleid moeilijker	Wettelijk
1.39	als het gras eenmaal een keer gemaaid is, dan hoeft je een tijdje niet weer te komen	weinig variatie in taken die je kunt laten uitvoeren	Weinig variatie
1.40	dat wij als Delfzijl, omdat wij een wat armere bevolking hebben en meer vergrijzing dat we relatief meer mensen hebben die niet geholpen kunnen worden	Lagere SES, meer problemen	SES
1.41	maar mijn gevoel zegt wel dat dit erger gaat worden	Verwacht verergering van problemen	Complexiteit problematiek
1.42	De verlokkingen zijn ook veel groter geworden	Maatschappij is lastiger	Complexiteit problematiek
1.43	Ik denk dat dat soort zaken gaan toenemen	Maatschappij is lastiger, tweedeling	Tweedeling
1.44	Ik heb laatst een boek gelezen, 21 lessen voor de 21 ^e eeuw, en die schrijft over de uitdagingen. Je zou zomaar een 2 lagen maatschappij kunnen krijgen van mensen die goed geleerd hebben en toegang hebben tot middelen en mensen die gewoon geen toegang hebben tot middelen	Tweedeling maatschappij	Tweedeling
1.45	Wat die professionals daar zeggen is dat de grootste concurrent van mensen naar de dagbesteding krijgen is netflix	Motivatie is enorm belangrijk in participatie	Motivatie
1.46	Want als je naar de dagbesteding moet, ook al is dat maar heel weinig, je moet 17,50 betalen per maand, netflix is maar 10 euro per maand	Geld is een belangrijke drijfveer	Motivatie
1.47	van een basisinkomen word altijd gedacht dat mensen vrij zijn om dingen te doen, ik heb collega's die daar heel optimistisch over zijn, ik ben daar zelf pessimistisch over	Geld is een belangrijke drijfveer, maar niet de enige, motivatie blijft belangrijk	Motivatie

1.48	Het lastige is dus dat je wel heel veel innerlijke motivatie en kracht hebben om te zeggen ik ga de deur uit en vrijwilligerswerk doen	Motivatie is enorm belangrijk in participatie	Motivatie
1.49	Naast een basisinkomen moeten we wel lijven zorgen dat mensen een doel hebben waardoor mensen ergens naar toe moeten, of ze er nou zin in hebben of niet	Geld is een belangrijke drijfveer, maar niet de enige, motivatie blijft belangrijk	Motivatie
1.50	koppeling gelegd moet worden met de omgevingswet	Integraal en intersectoraal samenwerken, koppeling omgevingswet	Integraal samenwerken
1.51	momenteel zo ruimtelijk aangepakt vanuit dat domein, dat wij van onze sociale afdeling daar nog bijna niks over hebben gehoord	Samenwerking ontbreekt	Integraal samenwerken
1.52	openbare ruimte zo kan inrichten dan kun je er ook voor zorgen dat mensen meer bewegen en leuker kunnen wonen	Koppeling omgevingswet	Koppeling omgevingswet
1.53	dat eenzaamheid een enorme prognose is voor een ongezonde leefstijl, of stress	Eenzaamheid is een probleem	Eenzaamheid
1.54	Eenzaamheid is ook best wel groot hier	Eenzaamheid is een probleem	Eenzaamheid
1.55	Het is voor mensen ook gewoon heel lastig om gezonde keuzes te maken als je financiële basis niet op orde is	Geld is een belangrijke drijfveer	Motivatie
1.56	goedkopere keuzes worden gemaakt	Geld is een belangrijke drijfveer	Motivatie
1.57	Dan zit er aan de andere kant ook wel iets moraliserends aan	Moraliserend, betutteling	Moraliserend
1.58	Ze krijg je dat als mensen echt willen veranderen moet er ook een internen motivatie zijn en dan help geld enorm	Geld is een belangrijke drijfveer	Motivatie
1.59	Maar je ziet wel vaak dat er gelobbyd wordt om maatregelen te verzachten door de industrie	Regels maken beleid moeilijker	Wettelijk
1.60	Nudging zou een optie zijn, maar dan moet je bijvoorbeeld supermarkten hebben die mee willen werken door bijvoorbeeld geen drop meer bij de kassa te zetten	Motivatie is enorm belangrijk in participatie, regels nodig	Motivatie
1.61	En hier moet de overheid dan afspraken over maken, want wij als gemeente kunnen natuurlijk niet met de lokale supermarkt afspreken om bepaalde dingen te doen	Regionaal/landelijk beleid nodig, gemeentelijk niet genoeg	Regionaal beleid
1.62	ga nou niet meteen bezuinigen op budget	Equity vs equality, niet te veel bezuinigen	Financiën
1.63	Maar ook zorg dat je in gesprek bent met je cliënt want daar moet ergens de motivatie gaat vinden om zorg te ontvangen of verandering teweeg te brengen hoe lastig dat ook is	Motivatie is enorm belangrijk in participatie	Motivatie

1.64	richt je vooral ook op armoede problematiek	Geld is een belangrijke drijfveer	Motivatatie
1.65	hiërarchie in problemen die ervaren worden	Meerdere problemen kennen niet een oplossing	Complexiteit problematiek
1.66	als je als gemeente heel goed je werk doet in de WMO en veel geld investeert, dan worden mensen vanzelf gezonder en dat vinden zorgverzekeraars natuurlijk prachtig. Dus je zou verwachten dat zorgverzekeraars veel moeite doen in investeren in die WMO, maar dat is dus niet zo,	Preventie loont niet, integraal en intersectoraal samenwerken	Integraal samenwerken
1.67	wat is er per gezin nodig, en eerst gaan investeren in armoede problematiek en dat soort zaken	Individuele aanpak	Individuele aanpak
1.68	kijken naar of je iets met leefstijl	Levensstijl, preventie	Leefstijl
1.69	kansen in de omgevingswet	Integraal en intersectoraal samenwerken, koppeling omgevingswet	Integraal samenwerken, koppeling omgevingswet
1.70	aantrekkelijker maakt om door de wijk te bewegen	Nudging	Nudging
1.71	dat moet inbouwen door een soort automatisme, want je kunt niemand dwingen om op de fiets te gaan,	Nudging	Nudging
1.72	Je hebt speels gedrag nodig om beweging uit te lokken, en dat dat heel erg helpt. Daar zou je de omgevingswet heel goed voor kunnen gebruiken	Nudging, intersectorale en integrale samenwerking	Nudging, integraal samenwerken
1.73	De overheid zal op zo'n manier moeten helpen dat mensen niet doorhebben dat ze geholpen worden, want niemand wil actief geholpen worden door de overheid	Nudging	Nudging
2.1	niet iedereen kan die vraag altijd helder formuleren dus daar zitten mensen die echt kunnen doorvragen	Niet iedereen kan zelf-managen	Ideaalbeeld
2.2	het kan ook best zijn dat iemand echt op tig gebieden vragen heeft	Complexiteit in problematiek	Complexiteit problematiek
2.3	sociale buurtteams, soms heten ze wijkteams, die worden ook door StandBy aangestuurd, en die zitten in 14 buurten, ook echt fysiek	Lokale aanpak	Lokale aanpak
2.4	Daarnaast heeft StandBy buurtpunten, vaak is dat het punt waar de SWT vergadert maar dat hoeft niet altijd zo te zijn, en daar worde allerlei activiteiten georganiseerd, zoals de yoga, de lunch of de kinderbijeenkomst, en op die punten zijn altijd professionals aanwezig, dus ook daar kun je terecht met hulpvragen	Lokale aanpak, combineren van functies	Lokale aanpak, combineren van functies
2.5	nou op WMO gebied herkennen we dat niet zo heel erg, maar dat herkennen we wel bij de jeugd	Complexiteit in problematiek	Complexiteit problematiek

2.6	Het heeft misschien ook deels te maken met dat er soms aan overaanbod wordt gedaan, dus iemand heeft hulp nodig in de jeugd en weet je, we doen maar meteen het zware arrangement, want dan is het altijd goed	Generatieveranderingen, meer gericht actie ondernemen	Individuele aanpak
2.7	onze bevolking is gewoon structureel ongezonder en doet daarom structureel vaker een beroep op huisarts en eerstelijns zorg, dus dat zien we wel echt	Grotere vraag in krimpgebied	Grotere vraag zorg
2.8	Ja, wij vinden van wel. Het werkt goed, deels om financiële redenen	Positieve invloed door corporatie	Integraal samenwerken
2.9	aan de andere kant zien we ook dat de zorg steeds flexibeler is. Daar waar je vroeger dus een beschikking kreeg met zoveel uur per week, en dan kreeg je ook zo veel uur per week, of je die nou nodig had of niet of als je meer nodig had, je kreeg die beschikte uren. En nu is het veel flexibeler, heb je de ene week heel veel zorg nodig dan krijg je die, heb je de week er na niemand nodig dan krijg je ook gewoon niemand over de vloer.	Flexibeler aanbieden, maatwerk	Maatwerk
2.10	Heel belangrijk is natuurlijk de clientervaring, hoe ervaart de client de kwaliteit?	Meten effectiviteit, ervaring client	Evaluatie
2.11	het zijn vaak die cliënten die laaggeletterd zijn of andere problemen hebben, en daar komt dan heel weinig respons uit. Het is moeilijk om te beoordelen of wat er uit het onderzoek komt betrouwbaar is, weten mensen überhaupt wat ze invullen, snappen mensen de vragen wel?	Meten effectiviteit, ervaring client, problemen metingen	Evaluatie
2.12	Participatie is in die zin een beetje de heilige graal, mensen moeten participeren.	Participatie is wenselijk en nodig	Participatie
2.13	En ook bij StandBy is het idee mensen moeten participeren, natuurlijk naar eigen kunnen en wat mogelijk is, en op het moment dat je niet kunt werken, om welke reden dan ook, dan moet er iets anders zijn wat je wel zou kunnen doen.	iedereen kan naar mogelijkheid participeren	Participatie
2.14	bij ons ligt een groot deel hiervan natuurlijk bij StandBy, maar daar zeggen ze ook: iedereen kan participeren	iedereen kan naar mogelijkheid participeren	Participatie
2.15	we hebben wel heel veel inspraak over de buurten, maar dat gaat dan meer over de openbare ruimte	Contact met bewoners, inspraak	Lokale aanpak
2.16	maar zij zorgen dat ze echt heel dicht in de buurten kijken wat is hier nodig en wat kan hier slagen, dus niet alleen kopiëren uit andere buurten	Lokale aanpak	Lokale aanpak
2.17	gezondheid of ervaren gezondheid heel erg samen hangt met de SES, en die is hier hele erg laag, dus dat zou een verklaring kunnen zijn	Relatie SES en gezondheid	SES
2.18	En wat we hier in Zuid Limburg hebben, en dat is niet uniek voor Heerlen, en dat noemen ze de Limburg Factor. Zelfs als je corrigeert voor SES en vergrijzing etc, dan zien we nog steeds dat we minder gezond zijn, en niemand weet waar dat aan ligt	Limburgfactor	Limburg factor

2.19	Je hoefde eigenlijk niet na te denken, van wieg tot het graf werd alles door de mijn bepaald en geregeld. En toen de mijnen verdwenen, verdween ook die sociale structuur en het denken voor mensen, toen bleven die mensen wat hopeloos achter, want ze waren niet anders gewend. En daardoor zien we wel een gebrek aan initiatief, en dat zien we nog steeds terug in de oostelijke en westelijke mijnstreek.	Geschiedenis heeft invloed op huidige cultuur	Geschiedenis & cultuur
2.20	Dus dat is een beetje een gat tussen gewenste participatie en wat er daadwerkelijk gebeurt? Ja misschien. Maar in bijvoorbeeld Delfzijl hebben ze eenzelfde probleem, ik weet niet of daar ooit een grote industrie is weggefallen?	Gat tussen gewenste situatie en werkelijkheid	Ideaalbeeld
2.21	je ziet dat het generaties duurt voordat het patroon er uit is	Lange aanpassingstijd	Lange aanpassingstijd
2.22	Er zit wel een kentering aan te komen, we zitten bijvoorbeeld met CZ in die preventie coalitie, en ik denk dat alles wat je als gemeente doet om een woonomgeving zo goed mogelijk te maken, dat is allemaal preventie	Preventie is belangrijk, preventie moet in samenwerking gebeuren	Samenwerking in preventie
2.23	Als de SES hoger is, mensen zinvol werk hebben en meer inkomen hebben uit werk, daarmee wordt een opening geboden om uiteindelijk ook die gezondheid te gaan verbeteren.	Stimuleren van SES	SES
2.24	Maar daar zien we ook echt dat ze in staat zijn gebleken om mensen die voorheen niks deden in het buurtpunt te krijgen	Succesvol om mensen naar een buurtpunt te krijgen	Lokale aanpak
2.25	Een voorbeeld zijn bijvoorbeeld een paar buitenlandse vrouwen die nu op maandag middag in het buurtpunt soep komen maken, participeerden voorheen niet zaten alleen thuis en doen dit nu gezamenlijk en zijn trots om te kunnen laten zien wat er in hun land van herkomst aan eten wordt bereid	Mensen met sociale activiteiten naar een buurtpunt krijgen	Lokale aanpak
2.26	Wat we al wel weten dat het hebben van schulden, het hebben van onvoldoende inkomen om mee te doen aan sociale activiteiten, dat dat van grote invloed is	Schulden dragen bij aan eenzaamheid, multi-problematiek	Financiën
2.27	En ik vind wel dat die meer holistische benadering dat het iets is van de laatste twee jaar en dat er daarmee veel meer recht wordt gedaan aan hoe zit een mens elkaar, dan alleen kijken 'oh, je mankeert niks, dus dan ben je gezond en kun je alles doen'	Holistische benadering, persoonlijke benadering	Holistische benadering
2.28	Dat zijn die 6 pijlers van positieve gezondheid en je kunt per pijler kijken hoe je scoort, en kun je kijken hoe je daarin verbetering kunt aanbrengen	Holistische benadering, pijlers van gezondheid, positieve gezondheid	Holistische benadering
2.29	meer met de client aan het kijken waar aan gewerkt kan worden, waar er vroeger door iemand achter een bureau werd gezegd 'dit is jou probleem en daar gaan we dit aan doen'	Persoonlijke benadering, individuele benadering	Individuele aanpak
2.30	In ieder geval samenwerken met alle partners, dit is niet iets voor alleen de gemeente of de zorgverzekeraar, de gezamenlijke aanpak	Integraal en intersectoraal samenwerken	Integraal samenwerken

2.31	Veel meer ruimte voor gemeentes om een eigen invulling te geven aan lokale problemen	Meer ruimte nodig om flexibel aan te bieden	Flexibel aanbieden
2.32	rechters hele andere ideeën hebben en wel in uren willen beschikken. Dus op het moment dat we veel meer maatwerk kunnen leveren en de gemeenten daar de ruimte voor krijgen, dat daar wel veel kansen voor zitten	Meer ruimte nodig om flexibel aan te bieden	Flexibel aanbieden
2.33	De zorgverzekeraar heeft kanalen om met de client te bereiken, bijvoorbeeld via de huisarts, en wij hebben onze kanalen dus als je daarin samen werkt kun je een hoop bereiken	Integraal en intersectoraal samenwerken	Integraal samenwerken
2.34	schotten weg haalt en af stapt van het idee dat iedere euro die jij er in steekt je teug moet verdienen en iemand anders die niet mag terug verdienen (wat nog een lange weg is), maar daar zitten wel echte kansen	Tragedy of the commons wegnemen, collectief samenwerken	Tragedy of the commons
2.35	In Delfzijl hebben mensen snel het gevoel van betutteling door de overheid. Dat hebben mensen in Zuid Limburg minder, ze leunen meer op de overheid en accepteren meer van de overheid	Culturele verschillen, andere aanpak nodig	Lokale aanpak
2.36	Wat we wel herkennen is dat we vroege bijvoorbeeld avonden organiseerden over opvoedproblemen en dat er niemand kwam opdagen. Als we dan later een avond bloemschikken organiseerden zat de hele zaal vol, en dan ondertussen vertelden we van alles over opvoedproblemen en waar ze heen konden met problemen. Dus je moet mensen soms met een smoes en iets leuks lokken, en als ze er eenmaal zijn dan kun je ze wel vertellen wat goed is en dan wordt het makkelijker geaccepteerd	Mensen met sociale activiteiten naar een buurtpunt krijgen, participatie op verschillende manieren aanbieden	Lokale aanpak, integraal samenwerken
3.1	wij leveren de cijfers en data-analyse van de staat van de volksgezondheid, en dat raakt natuurlijk het feit dat mensen met minder scholing vaak minder gezond zijn	Lower SES = lower health	SES
3.2	Ik kan ook wel beamen dat mensen in krimpgebieden, waar je ook vaak een lagere SES ziet, en dat blijkt ook uit onze data	Krimp = lagere SES	SES
3.3	Oost Groningen, maar ook in het Noorden, maar hoe oostelijker je komt, hoe groter het krimpgebied wordt en hoe meer problematiek	Meer krimp = grotere problematiek	Complexiteit problematiek
3.4	Op een gegeven moment ken je je regio dan ook, we maken een overzicht van hoe het staat met de volksgezondheid	Regio leren kennen, overzicht maken van de problemen	Lokale aanpak
3.5	wij om de 4 jaar nieuwe data hebben van aparte groepen	4 jaarlijkse evaluatie	Evaluatie
3.6	Dan hanteren wij de 4 pijlers waarop wij inzetten. Je kunt iets doen aan het signaleren en adviseren van bepaalde groepen of mensen op een thema, je kunt mensen educatie geven, kennis, want als ze kennis hebben kunnen mensen beslissingen maken, je kunt wat doen in de sociale omgeving van mensen of in de fysieke omgeving	4 pijlers toepassen, multidimensionale problemen en multidimensionale oplossingen	Holistische benadering

3.7	want er is vaak weinig geld voor en preventie is ook een lastige want je kunt niet gelijk meten of hetgeen wat je doet meteen resultaat oplevert, dus als je die twee tegenover elkaar zet zijn gemeenten vaker geneigd om iets te doen op het gebied van educatie maar niet op die andere pijlers	Preventie is nodig maar er is vaak geen geld	Financiën
3.8	En die lage SES heeft bijvoorbeeld heel andere dingen nodig dan een hoogopgeleide groep. En je kunt bijvoorbeeld zeggen dan een lage SES een bepaald type problematiek heeft die vaak gepaard gaat met armoede, en dus die liggen op het gebied van arbeid en onderwijs, dat is het begin van waar je op in zet	iedere groep heeft zijn eigen aanpak nodig, eyes on the ground	Lokale aanpak
3.9	Dus het is niet zo dat als je ergens problematiek ziet, dat je ook in dat onderdeel de oplossing vind, die kan soms in veel grotere thema's zitten.	Multidimensionele problemen, multidimensionele aanpak	Integraal samenwerken
3.10	een opeenstapeling van problematiek	Complexiteit van problemen	Complexiteit problematiek
3.11	een samenhang is met enerzijds stress, als je weinig geld hebt en je leeft in armoede en je bent onzeker over je baan of inkomen, dan zie je dat stress leidt tot een ongezonde leefstijl	Complexiteit van problemen	Complexiteit problematiek
3.12	Dus we zien wel echt multi-problematiek	Complexiteit van problemen	Complexiteit problematiek
3.13	We zien wel vaak in de lage SES gebieden dat het voorzieningenniveau vermindert	Minder voorzieningen, minder mogelijkheden	Voorzieningen
3.14	als je kijkt naar hoe veel zorg in een gezin er is dan is het echt multi-problematiek	Complexiteit van problemen	Complexiteit problematiek
3.15	we leven wel in een hele moeilijke maatschappij. De maatschappij die heel veel van mensen vraagt, van zelfstandigheid, meegaan, blijven, een bepaalde kennis die je moet hebben en ik denk dat er heel veel mensen zijn die dat tempo niet kunnen bijbenen	Niet iedereen kan participeren	Ideaalbeeld
3.16	steeds meer vragen komen, complexe vragen, je ziet grote tekorten binnen de verschillende gemeenten	Opeenstapeling problemen	Complexiteit problematiek
3.17	En gemeenten zijn druk, dan wordt preventie op het gebied van gezondheid onderschoven aan de acute problematiek. Want als je als gemeente bijvoorbeeld iets niet meer doet aan preventie van overgewicht, dan staat dat niet in de krant	Preventie vaak onderbelicht	Preventie
3.18	Dus dat betekent dat er te weinig geld is, en vaak zie je dat er minder aan preventie wordt gegeven	Financiële druk preventie	Financiën
3.19	Het is vicieus he? Wij zeggen, besteedt nou echt aan die voorkant zodat je erger voorkomt, maar als er ergens erge problemen zijn dan moet je ook wat als gemeente	Preventie is nodig maar er is vaak geen geld	Financiën

3.20	preventie, hoe meet je dat dat winst oplevert? Dat is best heel moeilijk. En verder loont het niet altijd voor gemeenten als je heel kort denkt. Stel je voor dat je veel doet op het gebied van preventie in een bepaalde bevolkingsgroep, bijvoorbeeld jongeren. He tis nog maar de vraag of die ook in jou gemeente blijven wonen, voor hetzelfde geld gaat die jeugd elders wonen, en dan heb je geïnvesteerd in een bepaalde groep waar je uiteindelijk geen profijt van hebt, dus zelfs als je binnen de grenzen van je eigen gemeenten kijkt krijg je daar niet altijd wat voor terug.	Preventie is nodig maar er is vaak geen geld, tragedy of the commons, korte termijn denken	Financiële problemen, Tragedy of the commons, Lange termijn
3.21	Ik denk dat voor mensen met een lage SES onze maatschappij heel complex is, zeker bij zaken waar je recht op hebt	De maatschappij is heel complex geworden	Complexiteit problematiek
3.22	Ik denk dat voor mensen met een lage SES onze maatschappij heel complex is, zeker bij zaken waar je recht op hebt	Versterkend effect: complexe maatschappij en lage opleiding	Complexiteit problematiek
3.23	En deze maatschappij is toch wel heel sterk ingericht dat de mensen die het allemaal kunnen en ook kunnen aangeven, die bereiken wel wat ze nodig hebben, maar er is een hele grote groep waarvan ik denk dat die dat minder goed kunnen	Complexe maatschappij, tweedeling	Complexiteit problematiek
3.24	En zeker in die lage SES, vaak wordt je ook geboren in een bepaald dorp en sommige gezinnen blijven daar ook, die trouwen met dezelfde gezinnen, een soort generatie op generatie die bepaalde armoede overgeven, maar ook cultuur overgeven.	Poverty trap	Poverty trap
3.25	Nou de GGD ondersteund wel. Bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, wij zien bijna alle ouders en kinderen op het consultatiebureau, bij het vaccineren en bij huisbezoeken. En op school loop de jeugdverpleegkundige, dan volg je die kinderen wel	Volgsysteem door de jaren heen	Jeugd
3.26	Maar dat mensen minder gauw aan de bel trekken is denk ik omdat we voorheen een maatschappij hadden die erg zorgzaam was, waar je echt tegenaan kon leunen en die je hielp.	Lastige overgang naar participatie en zelf-management	Omslag
3.27	En je hebt inmiddels ook gemeenten die mensen actief benaderen om aan te geven waar mensen allemaal recht op hebben.	Preventie is belangrijk	Preventie
3.28	Enerzijds willen we juist heel erg vraaggericht werken, dat hoor je veel binnen gemeenten, anderzijds gaan we er heel erg van uit dat iedereen zijn eigen zorgvraag kan formuleren, en dat is niet voor iedereen zo makkelijk.	Vraaggericht werken is niet altijd mogelijk, niet iedereen kan vraag formuleren	Participatie is niet altijd mogelijk
3.29	Dus in die zin is het feit dat mensen participeren en aangeven wat ze nodig hebben en dat de omgeving daarop kan acteren , denk ik dat het een hele goede beweging is. Mits je kunt aangeven wat je nodig hebt, en dat is in die lage SES heel moeilijk.	Participatie op zich is niet slecht, maar niet iedereen kan het	Participatie is niet altijd mogelijk

3.30	Dus in die zin ben ik positief over de ontwikkeling, mits we oog hebben voor de groep die niet goed zelfstandig kan participeren	Participatie op zich is niet slecht, maar niet iedereen kan het	Participatie is niet altijd mogelijk
3.31	als je heel erg vanuit mensen zelf gaat denken en je gaat dat nog verder doorvoeren, dan kom je steeds meer in en een hele individualistische maatschappij, waarin je zelf centraal staat, denkt vanuit jezelf, aangeeft wat jij nodig hebt en dat is de hele andere kant. Dus dan gaat zo'n stukje als solidariteit spelen en de vraag tot in hoeverre je nog met elkaar verantwoordelijk bent voor de gemeenschap als geheel	Individualistische maatschappij, tweedeling	Tweedeling
3.32	Dus de GGD heeft wel een andere rol gekregen. Voorheen was het passiever, je was meer aan het zenden, en vandaag de dag sluit je veel meer aan bij wat burgers en gemeenten willen, dus je luister veel meer.	Andere vorm van interactie tussen (semi) overheid en burger	Vertrouwen
3.33	Nou vanuit participatie, ik denk dat we sowieso vanuit participatie beter kunnen aansluiten bij wat mensen graag willen, dus we luisteren beter naar waar mogelijke oplossingen liggen.	Luisteren, aansluiten en terugkoppelen. Werken met feedback in participatie	Evaluatie
3.34	En de oplossing ligt soms op veel grotere terreinen en soms moet je problemen aan elkaar verbinden om te komen tot een oplossing. Integraal en intersectoraal werken noemen we dat.	Multidimensionale problemen, multidimensionale aanpak. Integraal en intersectoraal werken	Integraal samenwerken
3.35	Vroeger noemde we de drie k's: kennis om een keuze te maken en kracht, de derde K, om dan die keuze die je wilt maken te kunnen maken.	Multidimensionale aanpak	Integraal samenwerken
3.36	ik denk dat we vooral moeten gaan inzetten op wat er lokaal in bepaalde gemeenten speelt	Lokale aanpak	Lokale aanpak
3.37	ik denk dat je elkaar nodig hebt	Integraal en intersectoraal	Integraal samenwerken
3.38	Als je heel erg inzet op preventie en uitgaat van de goodwill en inzet uit van mensen, dan moet je aan de andere kant ook iets doen met regelgeving en handhaving	Preventie alleen is niet genoeg	Handhaving
3.39	Aan de ene kant ben je verantwoordelijk voor je eigen gezondheid, maar als je heel ongezond bent en je hebt medische kosten, dan hoeft je maar een deel zelf te betalen, de rest betaald de gemeenschap.	Vertekend beeld kosten, maatschappij betaald, maatschappelijke verantwoording	Tragedy of the commons
3.40	Die geleidende schaal is zo moeilijk te bepalen, dat je met mekaar verantwoordelijk bent voor mekaar en iedereen moet daarin zijn steentje bijdragen. En hoever je daar in moet gaan, dat verschilt per persoon. De een noemt het heel erg snel betutteling, de ander zegt 'terecht, want wij als samenleving hebben er last van als het gebeurd'.	Betutteling, maar wel nodig voor maatschappelijk draagvlak	Moraliserend
3.41	wat je som ziet in bepaalde groepen mensen, soms ook wel in de lagere SES, is een soort gevoel van gelatenheid.	Gelatenheid, gebrek aan motivatie	Motivatatie

3.42	Want we leven in een maatschappij waarin cognitie heel belangrijk is, de CITO toets, je opleidingsniveau en wat ik dan heel lastig vind is dat de mensen die hoog zijn opgeleid, die hebben de touwtjes in handen over de lage SES. Het zijn juist de hoogopgeleiden die in heel andere milieus zijn groot gebracht en heel anders leven, die dan de lage SES moeten gaan adviseren en ondersteunen.	Onbegrip tussen diegene die het beleid maken en worden beïnvloed door beleid	Eigen bubbel
3.43	Eigenlijk leeft iedereen in zijn eigen bubbel. En zeker met beleid maken vind ik het heel belangrijk, dat je er heel bewust van bent.	Eigen bubbel, eigen viewpoint	Eigen bubbel
3.44	Ziet u een gat in de samenleving dat steeds groter wordt? Nou in die zin wel	Tweedeling	Tweedeling
3.45	In hoeverre kan ik tegen iemand zeggen dat bewegen een oplossing is voor heel veel problematiek?	Onbegrip tussen diegene die het beleid maken en worden beïnvloed door beleid	Eigen bubbel
3.46	Ik denk dat het niet zo zwart-wit is, ik denk beide	Beide SES en gezondheid verhogen	Samenwerking
4.1	De afdeling waar ik werk doet onderzoek en adviseert aan de hand daarvan de gemeenten en probeert ervoor te zorgen dat de gemeenten ook daadwerkelijk zaken oppakken. Dus dat er ook gezondheidsbeleid wordt ontwikkeld en uitgevoerd	Ondersteuning GGD, ontwikkeling en uitvoering beleid	Ondersteunen
4.2	Z Limburg misschien wel de ongezondste regio van het land. Belangrijke oorzaak kan zijn (relatieve) armoede	Mutli-problematiek, SES en gezondheid	Complexiteit problematiek
4.3	Voor andere aspecten zie: rapport 'op zoek naar de Limburg-factor'	Limburg factor	Limburg factor
4.4	Verleden: (het mijn-verleden) of de dominantie van de RK Kerk zijn oorzaken	Culturele verschillen, geschiedenis	Culturele verschillen
4.5	Wel zie je dat mensen aan de onderkant van de samenleving problemen van de ene op de andere generatie overdragen	Poverty trap, health trap	Poverty trap
4.6	we zien dat de mensen wel gezonder worden. Alleen dat is in het hele land zo, dus de verschillen blijven wel bestaan. We halen de rest van het land niet in; misschien worden de verschillen zelfs wel iets groter	Relative vs absolute differences	Niet uniek
4.7	We zien dat gezondheid voor gemeenten niet zo'n heel belangrijk onderwerp is, terwijl als je dat kunt verbinden aan de WMO de kans groter is dat de gemeenten er actief mee aan de slag gaan	Niet altijd even urgent	Urgentie
4.8	wel een regio waar veel kinderen gebruik maken van de jeugdzorg	Ongezonde kinderen	Jeugd
4.9	Kan een positieve ontwikkeling zijn, mensen blijven misschien langer thuis. Negatief kan zijn dat het maar de vraag is of gemeenten in staat zijn de mensen daarbij te ondersteunen	Participatie en zelfmanagement zowel positief als negatief	Niet zwart-wit

4.10	gaat heel vaak over geld, in plaats van over het ondersteunen van mensen	Geld is een belangrijke speler in het probleem	Financiën
4.11	als je het geld niet hebt kun je ook niet ondersteunen. Dus het kan zijn dat mensen geen zorg krijgen die dat wel nodig hebben	Geld is een belangrijke speler in het probleem	Financiën
4.12	komt relatief veel voor in vergelijking tot andere regio's, maar niet dramatisch veel. Participeren wordt juist gezien als een mogelijke oplossing voor eenzaamheid	Veel eenzaamheid, participeren zou goed zijn	Eenzaamheid
4.13	Maar vrijwilligerswerk zou kunnen helpen, dus dan is participatie een positieve ontwikkeling	Participatie zou goed kunnen zijn	Participatie is wenselijk
4.14	Als mensen hulp nodig hebben loopt dat vaak via het WMO-loket. Doet GGD niet	GGD speelt nog geen rol in zelfmanagement van zorg	Rol gemeente
4.15	Ik denk dat het in principe goed is maar dat mensen nog weinig ondersteund worden daarbij.	Participatie is goed, maar er mist ondersteuning	Ondersteunen
4.16	De GGD ziet niet de crepeergevallen van mensen die echt te weinig zorg krijgen	GGD ziet niet alle schrijnende gevallen	Rol gemeente
4.17	De GGD heeft ook nog een vangnetfunctie openbare geestelijke gezondheidszorg	GGD ziet veel	Rol GGD
4.18	Geldt misschien wel voor het hele land, dat er weinig aan preventie wordt uitgegeven	Meer preventie nodig	Preventie
4.19	Als de gemeente aan preventie doet, is het maar de vraag wie daarvan profiteert	Meer preventie nodig, tragedy of the commons	Tragedy of the commons
4.20	alleen de zorgverzekering ziet daar het resultaat van	Zorgverzekeraar krijgt baten van preventie, maar betaald niet	Rol zorgverzekeraar
4.21	Wel veel te halen in het ondersteunen van gemeenten. Als je in de positie bent om dat te kunnen doen. WMO en gezondheid zou een groter thema moeten worden voor gemeenten	Integraal en intersectoraal samenwerken	Integraal samenwerken
4.22	De manier waarop is steeds aan het veranderen, waaruit blijkt dat het nog niet zo succesvol is geweest	Continue verandering is nodig	Evaluatie
4.23	we richten ons nu op de allerjongste jeugd. Ondersteuning van kwetsbare groepen bij zwangerschap en geboorte	Volgsysteem	Jeugd
4.24	Sociaal-economische status is wel heel bepalend voor de gezondheid. Dus als je daar iets aan kunt doen (provincie doet dat ook door te proberen de economie te stimuleren waardoor meer mensen aan het werk komen)	Stimuleren van de SES voor betere gezondheid	SES
4.25	Decentralisatie gaat niet zo goed. Moeten kijken hoe we dat kunnen verbeteren	Veel verbetering nodig	Decentralisatie mislukt

4.26	Op het gebied van participatie: veel mensen vinden het belangrijk om daarin te investeren. Onduidelijk of dat ook goed en effectief gebeurt	Effect van participatie nog onduidelijk	Effect participatie onduidelijk
4.27	Beleid is mooi, maar vaak wordt niet geëvalueerd	Effect van participatie nog onduidelijk, utopie of werkelijkheid?	Effect participatie onduidelijk
4.28	Preventie jongste jeugd	Volgsysteem	Jeugd
4.29	Dus ook zorgen dat de verschillen tussen arm en rijk worden teruggebracht	Verbeteren SES	SES
4.30	Dat zijn belangrijke onderwerpen, niet alleen regionaal maar landelijk	Meer coördinatie regionaal/landelijk	Integraal samenwerken
4.31	Meer inzetten op preventie	Meer preventie nodig	Preventie
4.32	Cluster van problematiek in bepaalde wijken en buurten; daarin meer investeren	Terugbrengen van de ongelijkheid	Ongelijkheid
4.33	Wat in Z Limburg weinig wordt gedaan, is fietsen. Dat heeft niet alleen met de heuvels te maken, maar ook met cultuur	Cultuur is een belangrijke verklaring	Culturele verschillen
5.1	De provincie heeft eigenlijk geen wettelijke taken meer op het gebied van zorg. Maar juist in de krimpgebieden zien we allerlei veranderingen en zien we ook een rol voor onszelf om daarin te begeleiden	Momenteel beperkte rol provincie, er liggen kansen	Rol Provincie
5.2	Twee subsidieregelingen ingesteld voor de wat grootschaligere projecten	Financiële ondersteuning	Financiën
5.3	Organisaties op het gebied van zorg gaan samenwerken, Kijken hoe ze gebouwen en personeel kunnen delen, elkaar kunnen helpen. Daardoor worden ze sterker en dat soort projecten ondersteunen we nu	Ondersteuning in samenwerking, belang van samenwerken	Integraal samenwerken
5.4	Je ziet steeds meer de professionele zorg verdwijnen uit de dorpen maar de mensen moeten het wel met elkaar nog rooien, moeten langer leven en langer thuis blijven wonen. Dat soort projecten ondersteunen we ook met subsidie	Ondersteuning van burgerinitiatieven	Ondersteunen
5.5	ondersteunen van concrete projecten en daarnaast participeren in groepen, netwerkrol, proberen partijen bij elkaar te brengen	Ondersteunen en samen brengen	Ondersteunen
5.6	Nu hebben we een nieuwe periode en mede op basis van onderzoeken kijken we naar preventie, vooral bij jonge kinderen	Preventie, volgsysteem	Jeugd
5.7	Omdat we geen wettelijke taak hebben, gemeenten en GGD wel, kijken we hoe we weer met die partijen in contact kunnen komen	Nog geen wettelijke taak, ondersteuning in samenwerking	Wettelijk
5.8	compacter maken van centrumgebieden eigenlijk; meer functies onder één dak brengen, dat is efficiënter en goedkoper, en daarnaast ondersteunen van laagdrempelige bewonersinitiatieven zoals visvijvers, bankjes en dorpshuizen	Multifunctionele voorzieningen	Voorzieningen

5.9	Het nieuwe college heeft ook een grote ambitie, maar iets minder geld	Geldproblemen	Financiën
5.10	Instellingen laten samenwerken, bewonersinitiatieven	Participatie en initiatieven zijn nodig	Initiatieven
5.11	Nu is het zo dat de provincie niet langer leidend is maar meer een van de partijen. Provincie zit meer in de netwerkrol	Veranderende rol provincie, minder hiërarchie	Integraal samenwerken
5.12	Is een schakel tussen lokaal en Rijk. Dat is een verandering binnen de overheden	Schakelfunctie provincie	Integraal samenwerken
5.13	Aan één kant een grotere rol voor de provincie op meerdere dossiers. Preventie bijvoorbeeld vraagt een regionale benadering. Gemeenten kijken lokaal	Preventie op regionale schaal	Preventie
5.14	op het gebied van regionale samenwerking en nadenken over de transitie in de zorg	Regionale samenwerking	Integraal samenwerken
5.15	Kan de doelgroep met een lage SES zelf regie nemen over hun eigen zorgvraag? De eerste conclusies wijzen erop dat ze dat niet kunnen	Mensen met lagere SES kunnen niet zelf de regie nemen voor zorg	Participatie niet altijd mogelijk
5.16	Dat vraagt van de gemeentes, de zorginstellingen en ook de provincie iets, want als je het landelijk beleid zo uitvoert wordt het echt onleefbaar	Interventie is nodig om downwards spiral te voorkomen	Interventie
5.17	Voor bepaalde mensen is het echt een brug te ver	Niet iedereen kan participeren, self-managen	Participatie niet altijd mogelijk
5.18	Maar vroeger werd je van de wieg tot het graf begeleid en dat past gewoon niet meer in deze tijd. Dus die verandering op zich vind ik wel positief. Je moet wel beseffen dat er een groep is die dat gewoon zelf niet kan. Mensen met lage SES, ook migranten. Die moet je wel ondersteunen	Voor sommigen is participatie prima, maar niet voor iedereen	Participatie niet altijd mogelijk
5.19	Limburg is ook de eerste provincie die zich profileert met positieve gezondheid; de positieve benadering van 'wat kun je wel.' Het verbaast me wel omdat volgens mij de problematiek in Heerlen nog veel groter is dan bij ons	Andere benadering, maakt problematiek niet minder	Niet uniek
5.20	Ik denk inderdaad dat er een grote kans is op een tweedeling. Als je daar niets aan doet, dan neem je dat mee naar volgende generaties. Het is wel zo dat iedereen wel iets kan	Kans op een tweedeling, vergrotend effect volgende generaties	Tweedeling
5.21	Alles is maatwerk	Neem verschillen mee in je beleid, lokale aanpak	Integraal samenwerken
5.22	Wat je nu ziet is dat er allianties gevonden worden. Daar ligt voor de toekomst de grote les. Wil je de problemen aanpakken, dan moet je allianties vormen	Integraal en intersectoraal samenwerken	Integraal samenwerken

5.23	Iedereen vindt zijn eigen organisatie het belangrijkste. Dat project van die drie zorginstellingen dat ik noemde kan uitmonden in samengaan. En dan wordt er een directie overbodig. Bij ons in de provincie zijn we door die eerste angst wel heen, in de rest van het land moet dat ook gaan gebeuren. Soms moet je iets inleveren dat uiteindelijk wel beter is voor de samenleving.	Weg van de bullshit banen, ego staat soms in de weg	Weg achter het bureau
5.24	De participatiesamenleving betekent voor mij dat er een groep is die wel regie kan nemen, maar dat is soms wel fragiel. Er hoeft maar één iemand weg te vallen en het stort in elkaar. Vaak moet je in het proces wel goed aanwezig zijn om te zorgen dat het blijft bestaan. Project Ulrum 2034; wij doen zelf dingen en daar hoeft de overheid niet meer bij te helpen. Dat project is in een crisis beland nadat een paar mensen wegvielen. Dan moet je er als overheid wel zijn om te zorgen dat het door kan blijven gaan.	Gevaren in een participatiesamenleving: instabiel, zeker op kleinere schaal	Instabiliteit
5.25	Pas als je gevraagd wordt of je kunt helpen, kun je je hulp aanbieden	Vraaggericht werken	Vraaggericht werken
5.26	vroege preventie, vroeg beginnen met voorlichting over gezond eten, kritisch nadenken over medicijngebruik	Preventie, volgsysteem	Preventie
5.27	Degene die het geld erin stopt is dan niet degene die er baat bij heeft. Dat geldt ook wel een beetje voor zorgverzekeraars	Tragedy of the commons	Tragedy of the commons
7.1	Sinds drie jaar is het in de praktijk echt standaard geworden. Ook de Omgevingswet vraagt er meer om	Participatie is nieuw in beleid	Participatie is nieuw
7.2	Een van de misvattingen is dat participatie altijd een positief resultaat heeft, maar dat is niet zo	Participatie is niet altijd positief	Niet altijd positief
7.3	Als je stakeholders laat participeren en je doet vervolgens niks met hun input - of je doet wel iets met hun input maar ze zien het niet - dan krijg je het tegenovergestelde effect. Dan wordt men heel ontevreden, terwijl je er heel veel tijd en energie ingestoken hebt. Veel overheden realiseren zich dat niet.	Oppassen voor een tegenovergesteld effect, doe iets met de input	Niet altijd positief
7.4	Als je mensen laat participeren, dan moet je ervoor zorgen dat de verwachtingen aan het begin duidelijk zijn. Vooral wat er met hun input wordt gedaan, want als je dat niet doet zakt het vertrouwen weg en dat win je niet of heel moeilijk weer terug	Oppassen voor een tegenovergesteld effect, doe iets met de input	Niet altijd positief
7.5	Nee, het idee dat iedereen dat kan als ze maar hun best doen is een beetje onzin	Niet iedereen kan participeren	Ideaalbeeld
7.6	Iedereen die een belang heeft, die gaat wel participeren. In de praktijk is dat niet zo. Mensen willen vaak wel, maar kunnen niet	Niet iedereen kan participeren	Ideaalbeeld
7.7	We kijken nu naar andere mogelijkheden om de andere groep, de jongere werkende groep, ook te betrekken. Bijvoorbeeld E-participatie. Daarmee bereiken we soms een andere groep, met heel andere input	Alternatieve vormen van participatie	Alternatieve vormen
7.8	De vraag is dus, welke vorm kun je toepassen?	Alternatieve vormen van participatie	Alternatieve vormen

7.9	Is van veel dingen afhankelijk. Maar ik denk wel dat het een probleem is. Het risico is aantoonbaar.	Angst voor een tweedeling in de maatschappij	Tweedeling
7.10	Er zal altijd een groep blijven die je gewoon niet bereikt, behalve als je oneindig veel geld hebt. Er is een groep die 'al zo ver weg is' dat je die, wat je ook doet, niet meekrijgt	Niet iedereen kan participeren	Ideaalbeeld
8.1	ondersteuning anders georganiseerd moest worden; veel meer samen	Integraal samenwerken	Integraal samenwerken
8.2	als we nu die financiering op één hoop kunnen gooien en we kunnen naar creatievere manieren van samenwerking, je kunt zelf schuiven met die grote pot met geld, dan geeft je dat de vrijheid om het efficiënter in te kunnen richten	Integraal samenwerken, andere financiering	Integraal samenwerken
8.3	Nu kijken we wat iemand op dat moment nodig heeft, zoveel mogelijk in de eigen omgeving van de cliënt	Individuele aanpak	Individuele aanpak
8.4	Complexe problematiek: Ja. Dat herkennen we wel	Complexiteit problematiek	Complexiteit problematiek
8.5	mensen worden langer thuis gehouden, hebben meer ambulante ondersteuning nodig, ontwikkelen vaak meer complexe problemen, bijv. een combinatie met schulden, verwaarlozing van het huishouden, overlast geven in de buurt	Complexiteit problematiek	Complexiteit problematiek
8.6	Goed luisteren, probleem achterhalen, hoe complex is het probleem	Complexiteit problematiek	Complexiteit problematiek
8.7	Eenzaamheid: Dat is een heel moeilijke. Geen kant-en-klare oplossing voor	Eenzaamheid	Eenzaamheid
8.8	We zijn gestart met buurtpunten, laagdrempelige plaatsen in de buurt waar je gewoon binnen kunt lopen	Lokale aanpak	Lokale aanpak
8.9	We zetten er zoveel mogelijk op in. Je eigen regie, je eigen netwerk benutten, in wat voor vorm dan ook	Participatie staat centraal	Participatie
8.10	We zien ook genoeg mensen waarbij dat niet mogelijk is; voor wie het nog te vroeg is	Participatie is niet altijd mogelijk	Participatie niet altijd mogelijk
8.11	Vanuit positieve gezondheid kijken we vooral naar wat iemand zelf wil. Je kunt niet als hulpverlener op afstand voor iemand bepalen wat de juiste route is	Eigen regie	Zelfmanagement
8.12	Er zijn doelgroepen waarbij het kansrijk is, maar er zijn ook groepen waarvoor het niet het streven zou moeten zijn	Participatie niet altijd mogelijk	Participatie niet altijd mogelijk
8.13	Argwaan: Ja. Maar omdat wij heel erg in de buurt georiënteerd zijn en inwoners en medewerkers van allerlei pluimage door elkaar lopen, merk je dat die drempel wel steeds lager wordt.	Argwaan	Vertrouwen
8.14	Als je mensen met eenzelfde hulpvraag bij elkaar weet te plaatsen, kunnen die mensen elkaar vaak beter helpen dan dat een hulpverlener dat kan. Omdat ze het van elkaar wél aannemen	Nivelleren	Nivelleren

8.15	Het grootste probleem dat wij als hulpverleners zien, is vaak helemaal niet het probleem dat de burgers het belangrijkste vinden	Kijk vanuit de burger	Nivelleren
8.16	Wat voor deze regio waarschijnlijk nog meer speelt, is de 'Limburg-factor'. Daar zit ook wel een stukje slachtofferrol en pessimisme in	Limburg Factor	Limburg factor
8.17	De oude kaders boden daar niet de kansen voor. Goed of slecht? Weet ik niet. Ik denk dat wij hier goed op weg zijn. Ik ben blij met de kansen die decentralisatie geeft	Decentralisatie bied kansen	Kansen
8.18	Kijk vooral naar de voorbeelden die er al zijn. Gemeentes kunnen wel eens eigenwijs zijn, maar vergeet niet om bij collega's te informeren en gebruik te maken van de ervaring die er al is	Leer van elkaar	Voorbeelden
8.19	En toon bestuurlijk lef. Dat is een vereiste om dit aan te gaan. Als je wilt werken zoals wij dat doen, ben je aan het pionieren samen	Lef tonen	Pionieren
8.20	Dat je zowel provinciaal als regionaal als stedelijk verantwoordelijkheden hebt. Dat hoeft elkaar niet te bijten, dat kan elkaar aanvullen	Samenwerken in preventie	Preventie
8.21	Je kunt op verschillende niveaus investeren zonder angst dat de investering verloren gaat. Als je die op verschillende niveaus kunt dragen, is dat ook minder relevant	Samenwerken in preventie	Preventie
8.22	Ontschotting is een belangrijke les	Ontschotten	Integraal samenwerken
8.23	Vaak kan er op verschillende domeinen iets spelen en daarom is het belangrijk dat je die verschillende domeinen met elkaar verbindt	Integraal samenwerken	Integraal samenwerken
9.1	Menzis zet heel erg in op preventie en dat is eigenlijk heel gek voor een zorgverzekeraar	Verzekeraars doen minder aan preventie	Preventie
9.2	je kunt er geen businesscase op maken	Geen preventie businesscase	Preventie
9.3	samenwerking met gemeentes	Intersectorale samenwerking	Integraal samenwerken
9.4	Hier zijn veel meer chronisch zieken en mensen met GGZ problemen. Soms is het heel lastig om te bepalen waar dat nou door komt	Complexiteit problematiek	Complexiteit problematiek
9.5	Ik denk dat je moet beginnen bij kinderen. Scholen een belangrijke functie	Begin met de kinderen	Jeugd
9.6	Ook daar is er risico op betutteling	Risico betutteling	Moraliserend
9.7	We hebben een analyse gemaakt voor deze regio van het type mensen dat her woont. Met name in NO Groningen wonen mensen die 'wel betutteld willen worden' maar niet op een manier van 'ik weet wel wat goed voor jou is.'	Wel hulp, geen betutteling	Moraliserend

9.8	Ze vinden het lastig om zelf keuzes te maken. Dus wil je kans maken, dan moet je bij de jeugd beginnen, die het dan weer doorgeeft aan de volgende generatie	Begin met de kinderen	Jeugd
9.9	Alleen 'iedereen moet' dat werkt niet. Niet iedereen kan eigen regie nemen, die competentie moet je wel hebben	Niet iedereen kan participeren	Participatie niet altijd mogelijk
9.10	Eigen regie kan ook zijn dat je zegt: laat iemand anders maar voor mij de regie nemen want ik kan het zelf niet bepalen	Keuze om niet te participeren moet er zijn	Participatie niet altijd wenselijk
9.11	In de stad en het westen wonen mensen die dat wel zelf kunnen en willen, maar in NO niet	Regionale verschillen	Participatie niet altijd mogelijk
9.12	Maar niet iedereen wil participeren. Als iemand het best vindt om niet deel te nemen, dan mag dat van mij	Keuze om niet te participeren moet er zijn	Participatie niet altijd wenselijk
9.13	Ook een slechte keuze maken is eigen regie	Ook slechte keuzes zijn participatie	Participatie niet altijd wenselijk
9.14	Er zijn nog veel kansen, maar ik geloof niet in een totale participatiesamenleving in deze krimpregio	Participatiesamenleving is niet realistisch	Participatie niet altijd wenselijk
9.15	Met een krimpende samenleving zie je ook voorzieningen wegvallen. Winkels, scholen, maar ook bedrijven vinden het niet aantrekkelijk om zich hier te vestigen dus er wordt ook geen nieuw arbeidsklimaat geschapen	Voorzieningen verdwijnen	Voorzieningen
9.16	Preventie is geen wettelijke taak van ons; wij moeten de Zorgverzekeringswet uitvoeren. Datzelfde geldt voor de gemeenten	Geen wettelijke taak	Wettelijk
9.17	Het is volgens mij niet in de eerste plaats zo dat ze bang zijn dat de mensen wegtrekken en ze er de vruchten niet van plukken, maar ze hebben ook gewoon het geld er niet voor	Geen geld voor preventie	Financiën
9.18	Ophouden met naar elkaar wijzen en ophouden met het argument: 'als wij investeren in preventie, dan plukt de verzekeraar daar de vruchten van.' Je moet wel zeggen: de maatschappij plukt er de vruchten ervan. Schottendenken loslaten	Integraal samenwerken	Integraal samenwerken
9.19	Dus wel op lokaal niveau houden en ervoor zorgen dat je wel steeds het gesprek aangaat met die gemeentes	Lokaal aan preventie werken	Lokale aanpak
9.20	Een verzekeraar gaat alleen maar over zijn eigen verzekerden. Als wij hier dingen doen, in deze regio, dan kunnen we dat vaak alleen voor onze eigen verzekerden doen	Verzekeraar gaat niet over alle inwoners	Wettelijk
9.21	Ik denk hetzelfde als wat ons ook lang heeft tegengehouden, namelijk geld. Je moet het ergens uit financieren.	Geld problemen bij preventie	Financiën
9.22	Er is heel veel onderzoek gedaan naar preventie. Ik heb nog nooit ergens gezien dat het loont	Preventie loont niet	Preventie
9.23	De allerbelangrijkste les is dat je, voor je het gaat hebben over marktwerking in de zorg, je moet kijken of er wel een marktwerking is en of dat voor de mensen wel de meest wenselijke situatie is.	Martwerking in de zorg bestaat niet	Marktwerking

9.24	Als je kijkt naar de belangrijkste les over zorg en welzijn, en hoe je die aan elkaar kunt knopen, denk ik dat er in ons huidige systeem hobbels zitten die dat lastig maken	Huidige systeem is niet perfect	Huidige situatie
9.25	Over de participatiemaatschappij: dat is een utopie	Participatiesamenleving is niet realistisch	Participatie niet altijd mogelijk
9.26	'Zolang mensen niet lijden onder hun slechte leefomstandigheden gaan ze het ook niet veranderen.'	Urgentiebesef	Urgentie
9.27	ontsluiten van krimpgebieden ook een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het bevorderen van de gezondheid	Mobiliteit	Mobiliteit
9.28	Als het beter bereikbaar is, komen er meer mensen en kun je de vicieuze cirkel misschien doorbreken	Mobiliteit	Mobiliteit
9.29	En mensen maken de meeste zorgkosten in de laatste jaren van hun leven	Zorgkosten	Zorgkosten