

Ander accent

**Inwoners van Drenthe
over de zorg van morgen**

Ander accent

Inwoners van Drenthe over de zorg van morgen.

Een belevingsonderzoek.



“Ander accent”

is een uitgave van Zorgbelang Drenthe

Senior onderzoeker: Stan van Eck

Onderzoeker: Danny Wiekens

Reflecties: Jan van Loenen

Eindredactie: Stan van Eck

Vertaling: Huus van de Taol

Fotografie: Kim Stellingwerf en Bart Raaman

Opmaak en druk: Van Liere Media

Zorgbelang Drenthe
Annerweg 30
9471 KV Zuidlaren
info@zorgbelang-drenthe.nl

Het gebruik van fragmenten uit deze uitgave wordt aangemoedigd, mits voorzien van bronvermelding.

Voorwoord

Op 18 mei 1988 werd het Patiënten Platform Drenthe officieel opgericht. Geïnspireerd door de emancipatiebeweging in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw, was de tijd aangebroken om ook de positie van de 'patiënt' te verbeteren. In de oprichtingsakte is de statutaire doelstelling als volgt omschreven:

1. het behartigen van de belangen van alle gebruikers van de gezondheidszorg in Drenthe;
 2. invloed uitoefenen op de ontwikkeling van de gezondheidszorg door medezeggenschap van de patiënt/consument;
 3. een bijdrage leveren aan het bevorderen en behouden van een goede gezondheidszorg;
- [...]

Nu 35 jaar later heeft deze doelstelling nog niets aan actuele waarde ingeboet! In de tussentijd is het Patiënten Platform Drenthe (samen met een aantal andere belangenorganisaties) op 10 juli 2000 opgegaan in het Regionaal Patiënten Consumenten Platform Drenthe, een naam die per 1 september 2006 is gewijzigd in Zorgbelang Drenthe.

Waar in de beginfase lotgenotencontact en onderlinge uitwisseling van informatie een centrale plek innamen, heeft Zorgbelang Drenthe zich in de loop der tijd ontwikkeld tot een professionele organisatie die de belangen van alle inwoners behartigt als het gaat om de toekomst van de zorg in Drenthe en het Noorden.

Hoewel de uitdagingen in de afgelopen 35 jaar soms groot waren, staan we anno 2023 voor wellicht het grootste vraagstuk in het bestaan van Zorgbelang Drenthe: de noodzaak tot een ingrijpende herinrichting van het zorglandschap. De toenemende en veranderde vraag naar zorg en het aanbod daarvan staan op gespannen voet met elkaar. Schaarste aan beschikbare middelen (personeel en

financiën) maken het noodzakelijk de zorg anders te organiseren en het accent te verschuiven van zorg naar gezondheid.



Het dominante marktdenken van de afgelopen decennia heeft ook ons stelsel van gezondheidszorg beïnvloed. Door concurrentie te introduceren in de zorg dachten beleidsmakers begin deze eeuw de kosten beter te kunnen beheersen of zelfs omlaag te brengen. Twintig jaar later weten we beter en moeten we de foute aannames van die beslissing repareren. Een duurzame gezondheidszorg, waarin vraag en aanbod met elkaar in evenwicht zijn, kan alleen gerealiseerd worden door intensieve samenwerking tussen aanbieders, financiers én inwoners.

Voor Zorgbelang Drenthe zijn deze ontwikkelingen aanleiding geweest om een belevingsonderzoek onder inwoners te houden. Hoe ervaren zij de huidige zorg, welke wensen en behoeften hebben zij en hoe kijken zij naar de houdbaarheid van het huidige stelsel?

Op 16 juni 2023 werd een symposium georganiseerd ter gelegenheid van het 35-jarig bestaan van Zorgbelang Drenthe. Tijdens het symposium zijn de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd en kregen alle deelnemers de uitkomsten daarvan mee. Hiermee levert Zorgbelang Drenthe een actieve bijdrage aan de gesprekken over de toekomstige gezondheidszorg in Drenthe. Waar inwoners ook in 2035 kunnen rekenen op beschikbare, bereikbare en betaalbare zorg.

Hoe mooi dat de oorspronkelijke doelstelling van 35 jaar geleden nog zo actueel is!

Jan van Loenen
(bestuurder-directeur 2006-2023)



Veurwoord

Op 18 mei 1988 is het Patiënten Platform Drenthe officieel opricht. Met as inspiratie de emancipatiebeweging in de jaoren zeuventig en tachtig van de veurige ieuw, was het tied worden um ok te warken an de positie van 'patiënt'. In de oprichtingsakte wordt de statutaire doelstelling zo omschreven:

1. opkommen veur de belangen van alle gebroekers van de gezondheidszörg in Drenthe
 2. invloed oetoeven op de ontwikkeling van de gezondheidszörg deur inspraak van de patiënt/consument;
 3. bijdragen an het bevördern en beholden van een goede gezondheidszörg
- [...]

Nou, 35 jaor later, is dizze doelstelling nog aal actueel! Intied is het Patiënten Platform Drenthe (met een koppel aandere belangenorganisaties) op 10 juli 2000 opgaon in het Regionaal Patiënten Consumenten Platform Drenthe, een naam die per 1 september 2006 veraanderd is naor Zorgbelang Drenthe.

Waar in het begun contact tussen lotgenoten en under mekaar oetwisseln van infermatie in het middelpunt stunden, hef Zorgbelang Drenthe zuch intied ontwikkeld tot een professionele organisatie die veur de belangen van alle inwoners opkomp as het giet um de toekomst van de zörg in Drenthe en het Noorden.

Allewal de oetdagingen in de leste 35 jaor soms groot waren, staow anno 2023 veur wat misschien wal het grootste vraogstuk in het bestaon van Zorgbelang Drenthe is: de neudzaak tot een ingriepende herinrichting van het zörglandschap. De gruiende en veraandernde vraog naor zörg en het aanbod daarvan akkedeert niet met mekaar. An beschikbare middeln (personeel en centerij) bestiet een tekört, dat mak dat het neudig is daw de

zörg aans organiseert en daw de naodruk verschoeft van zörg naor gezondheid.

Het overheersende marktdeenken van de leste tientallen jaoren hef ok invloed had op oes stelsel van gezondheidszörg. Deur concurrentie in de zörg in te brengen, dachten beleidsmakers begun dizze ieuw dat ze de kosten beter bedwingen kunden of zölfs umdeel brengen kunden. Twintig jaor later weew beter en moew de verkeerde annames van die beslissing oplappen. Een duurzame gezondheidszörg, waarin vraog en aanbod met mekaar in evenwicht bint, is allén meugelijk as aanbieders, financiers én inwoners intensief samenwarkt.

Veur Zorgbelang Drenthe bint dizze ontwikkelingen anleiding west veur een belevingsonderzoek under inwoners. Hoe ervaart zij de zörg van nou, welke wèensen en behoeftes hebt ze en hoe kiekt ze naor de holdbaarheid van het stelsel zoas het nou is?

Op 16 juni 2023 hef der een symposium west veur het 35-jaorig bestaon van Zorgbelang Drenthe. Tiedens dit symposium bint de risseltaoten van dit onderzoek prissentend en kregen alle dielnimmers de oetkomsten met. Hiermet drag Zorgbelang Drenthe bij an gesprekken over de toekomstige gezondheidszörg in Drenthe. Waar inwoners ok in 2035 reken kunt op beschikbare, bereikbare en betaalbare zörg.

Wat mooi dat de eerste doelstelling van 35 jaor leden nog aal actueel is!

Jan van Loenen
(bestuurder-directeur 2006-2023)



Inhold

| | |
|-----------|---|
| 5 | Veurwoord |
| 9 | Leeswiezer |
| 10 | Het persoonlijke verhaal van Reina |
| 14 | Oproep WRR: maak keuzes voor holdbare zörg |
| 16 | Het persoonlijke verhaal van Koene |
| 20 | Integraal Zorgakkoord: samen warken aan gezonde zörg |
| 24 | Het persoonlijke verhaal van Paulien |
| | Zo kek de inwoner van Drenthe naar de zörg |
| 30 | I Vergriezing, meer as allén maor een prebleem |
| 34 | II Gezond leven, je eigen verantwoordelijkheid? |
| 38 | III Möt alles wat kan, ok kunnen? |
| 42 | IV Grèenzen an goed verdienen in de zörg? |
| 44 | V Personeelstekört, wen der maor an of biedt robots een oetkomst? |
| 48 | VI Digitalisering en e-health de heilige graol veur de zörg? |
| 52 | VII De beste ziekenhoeszörg: dichtbij of wieder vort? |
| 54 | VIII Kan naoberhulp professionele zörg vervangen? |
| 58 | IX Zo lang meugelijk zölfstandig blieven wonen, wiw dat wal en hoe dan? |
| 60 | Reflectie Zorgbelang Drenthe: beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar |
| | Wat kös de inwoner van Drenthe? |
| 70 | Het belangriekste behandeldoel |
| 72 | Stellingen |
| 74 | Slötwoord |
| | Bijlaogen |
| 78 | Regiobeeld GGD Drenthe |
| 80 | Onderzuuksverantwoording |
| 82 | Literatuuroverzicht |

Inhoud

| | |
|-----------|--|
| 3 | Voorwoord |
| 9 | Leeswijzer |
| 10 | Het persoonlijke verhaal van Reina |
| 14 | Oproep WRR: maak keuzes voor houdbare zorg |
| 16 | Het persoonlijke verhaal van Koene |
| 20 | Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg |
| 24 | Het persoonlijke verhaal van Paulien |
| | Zo kijkt de inwoner van Drenthe naar de zorg |
| 30 | I Vergrijzing, meer dan alleen een probleem |
| 34 | II Gezond leven, je eigen verantwoordelijkheid? |
| 38 | III Moet alles wat kan ook kunnen? |
| 42 | IV Grenzen aan goed verdienen in de zorg? |
| 44 | V Personeelstekort, wen er maar aan of bieden robots uitkomst? |
| 48 | VI Digitalisering en e-health de heilige graal voor de zorg? |
| 52 | VII De beste ziekenhuiszorg: dichtbij of verder weg? |
| 54 | VIII Kan naoverhulp professionele zorg vervangen? |
| 58 | IX Zo lang mogelijk zelfstandig wonen, willen we dat wel en hoe dan? |
| 60 | Reflectie Zorgbelang Drenthe: beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar |
| | Wat kiest de inwoner van Drenthe? |
| 70 | Het belangrijkste behandeldoel |
| 72 | Stellingen |
| 75 | Slotwoord |
| | Bijlagen |
| 78 | Regiobeeld GGD Drenthe |
| 80 | Onderzoeksverantwoording |
| 82 | Literatuuroverzicht |



Leeswijzer

“Ander accent”, is het verslag van een belevingsonderzoek uitgevoerd ter gelegenheid van het 35-jarig jubileum van Zorgbelang Drenthe.

In 35 huiskamerinterviews en 5 groepsgesprekken is de beleving van de inwoners van Drenthe ten aanzien van de zorg in hun provincie opgetekend. De beelden samen, geven een helder inzicht.

Doormiddel van citaten, gerangschikt naar negen thema's, worden de meningen van de inwoners in deze uitgave gepresenteerd. Van drie geïnterviewden is het gesprek, uiteraard met hun toestemming, volledig uitgeschreven. Vanuit Zorgbelang Drenthe is gereflecteerd op de inhoud van de gesprekken.

Het WRR-rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' en het Integraal Zorgakkoord waren belangrijke leidraden voor de gesprekken. Een korte samenvatting daarvan kan daarom niet ontbreken in deze uitgave.

Alle deelnemers aan de interviews/gesprekken is gevraagd wat het belangrijkste behandeldoel moet zijn bij een plotseling optredende ernstige ziekte. Ook zijn de deelnemers enkele stellingen specifiek over de zorg in Drenthe voorgelegd. De uitkomsten staan achterin dit verslag.

Leeswijzer

'Aander accent' is het verslag van een belevingsonderzoek dat veur het 35-jaorig jubileum van Zorgbelang Drenthe oetvoerd is.

In 35 hoeskamerinterviews en 5 groepsgesprekken is de beleving van de inwoners van Drenthe tegenover de zorg in heur provincie oetstukt. De beelden geeft samen een helder inzicht.

Deur middel van citaten, indield naor negen thema's, wordt de meningen van de inwoners in dizze oetgave prissenteeerd. Van drei geïnterviewden is het gesprek, met toestemming vanzölf, hielemaol oetschreven. Zorgbelang Drenthe hef zuch beugen over de inhold van de gesprekken.

Het WRR-rapport 'Kiezen veur holdbare zorg' en het Integraal Zorgakkoord waren belangrieke veurbeelden veur de gesprekken. Een kôrte samenvatting ontbrek daarom zeker niet in dizze oetgave.

Alle dielnimmers an de interviews/gesprekken is vraagd wat het belangriekste behandeldoel wezen môt aj iniene slim ziek wordt. Ok hew de dielnimmers een koppel stellingen specifiek over zorg in Drenthe veurlegd.

De oetkomsten staot achterin dit verslag.



Van een benedenwoning naar een appartement. En daarna?

Reina (72): “Hoe lang kunnen we nog zelfstandig wonen?”

“We mogen ons gelukkig prijzen dat we nog gezond zijn, maar de kinderen wonen wel helemaal in Utrecht. Als je geen kinderen in de buurt hebt, dan moet je wel zelfstandig blijven.” Reina Gort-Jetses (72) woont in een appartement in Meppel. Enkele jaren geleden werd de benedenwoning met een tuin en een slaap- en badkamer op de eerste verdieping bewust omgeuild voor een appartement. “Als je ouder wordt, ga je daar over nadenken. Hoe zelfstandig zijn we?”

“Mijn man is twaalf jaar geleden heel ziek geweest. Toen kon hij geen trappen meer lopen. Gelukkig is hij daar helemaal van opgeknapt. Veertien dagen geleden is hij aan een liesbreuk geopereerd, maar dat is eigenlijk een kleinigheid. Nee echt, we hebben tot nu het geluk dat we gezond zijn en weinig zorgvraag hebben. Maar ik maak me wel zorgen.”

“Wie moet mij mantelzorg verlenen? Mijn kinderen die in Utrecht wonen?”

“Wie moet ik bellen?”

“Ik maak me vaak zorgen over hoe de zorg zich ontwikkelt. Ik noem het afbraak. Iedereen moet maar langer thuis blijven wonen. Je moet echt wel wat mankeren voordat je in een verpleeghuis wordt opgenomen. Die tussenfase, de WMO voor hulpmiddelen en wat thuiszorg, vaak is dat niet voldoende. En alles wordt verplaatst. Die zorg die je nodig hebt, is steeds verder weg. Ik heb dan nog het geluk dat ik autorijd, maar mijn man kan dat al niet meer.”

“Er wordt gezegd dat je een netwerk om je heen moet hebben waar je een beroep op kunt doen. Hier in Meppel wonen twee zussen van mij. Ik ben de jongste, mijn zussen zijn 76 en 84 jaar. Als ik wat ouder mag worden en ik ga iets mankeren, wie moet ik dan bellen om mij ergens heen te brengen? En wie moet mij mantelzorg verlenen? Mijn kinderen die in Utrecht wonen, een drukke baan en een gezin hebben?”

“Naoberschap werkt niet meer”

“Naoberschap is iets uit het verleden, dat werkt nu niet meer. Ik heb wel gewerkt, maar altijd parttime. Toen we jonge kinderen hadden, heb ik een hele periode niet gewerkt. In mijn tijd begeleidde je je ouders bij wijze van spreken naar het graf. Je verzorgde je eigen ouders.”
“Een term als participatiemaatschappij is lulkoek voor mij. Daar moeten we niet meer op rekenen. Vroeger kwam de zorg meestal op de vrouw terecht. Die werkte niet of maar beperkt. Tegenwoordig is die situatie heel anders.”

“Klein wereldje”

“Ik denk dat veel mensen gezondheidsklachten hebben die hun oorsprong vinden in eenzaamheid. Mijn zus in Amsterdam liep al met een sneetje in haar vinger naar de

eerste hulp. Misschien zijn wij in Drenthe wat nuchterder in die dingen. Ik wil klachten ook niet bagatelliseren, maar misschien moeten we mensen wel bewuster maken van het probleem achter de klacht. Een vriendin van mij is alleen. Ze zit vaak bij de huisarts, die stuurt haar voor verder onderzoek door naar het ziekenhuis en daar komt dan weer niets uit. Ik denk dat ze meer heeft aan een gesprek met een praktijkondersteuner over haar eenzaamheid. Dat zou veel klachten kunnen wegnemen.”
“Hartstikke mooi hoor, dat zelfstandig wonen. Dat wil ik ook, maar als ik hier in mijn eentje zit en niet goed mobiel meer ben... Als je altijd al alleen en op jezelf geweest bent, zul je best gelukkig wezen, maar als je een sociaal ingesteld mens bent... Mijn wereldje zou wel heel erg klein worden.”

“Vroeger wordt geromantiseerd”

“De terugkeer van het bejaardencentrum zou een oplossing kunnen zijn. Aangepast aan de tijd waarin we nu leven. De bejaarden van nu en die komen gaan, hebben andere behoeften. Vrouwen die altijd gewerkt hebben, hebben bijvoorbeeld een andere omgeving nodig dan de huisvrouwen van vroeger.”

“Er is tegenwoordig eerder sprake van een sociale zorgvraag.”

“We moeten echt niet terug naar vroeger. Dat wordt geromantiseerd. Als je vroeger in een bejaardencentrum ging wonen, mocht je bij wijze van spreken nog niet eens afstoffen. Dat werd voor je gedaan. Dat is flauwekul natuurlijk. Daar gaat het niet om. Er is tegenwoordig

eerder sprake van een sociale zorgvraag. Een soort aanleunwoningen zouden een oplossing kunnen zijn. Je hebt contact met anderen, doet wat je zelf kunt doen en krijgt steun bij wat je niet meer kunt doen.”

“Mijn man maakt zich er niet zo druk om. Die zegt: ik zie het wel als het zover is. Ik maak me er wel druk om. Ik vraag mezelf vaak af hoe het moet als ik niet meer mobiel ben.”



“Geen anti-rook-politie of anti-snoep-politie”

“Ja, er zijn grenzen aan de zorg. De kwaliteit van leven moet voorop staan. Wat is het nut van een operatie als je daarna als een kasplantje door het leven gaat? Als de kwaliteit van leven toeneemt, mag je ook iemand van 95 nog opereren. Maar als iemand op die leeftijd een zeer zwakke gezondheid heeft en om wat voor een reden dan ook geen sociaal leven meer heeft en eenzaam is... ook al kan het technisch, er zijn grenzen.”

“Nee, eigen verantwoordelijkheid mag geen rol spelen. Ik zou niet graag willen dat de overheid bijvoorbeeld zegt als je zoveel kilo weegt, kom je daarvoor en daarvoor niet meer in aanmerking. Ik ben zelf ook stevig en heb mijn hele leven ertegen gevochten. Iemand die rookt moet ook gewoon bij de longarts terecht kunnen.”

“We moeten geen anti-rook-politie of anti-snoep-politie krijgen. Ik weet heel goed hoe het is als je wat dikker bent, hoe mensen daar op reageren. Als een slank iemand een frietje eet, kraait daar geen haan naar. Oh wee, als een dikker iemand een frietje eet... Ik heb in een verpleeghuis gewerkt,

wat ik daar allemaal niet te horen kreeg. Als er op gebak getrakteerd werd, kreeg ik te horen dat ik wel een extra gebakje mocht nemen omdat ik het wel zou kunnen gebruiken. Zulke dingen doen pijn.”

“Nee, eigen verantwoordelijkheid mag geen rol spelen.”

“Hoe je leeft, is een individuele verantwoordelijkheid, maar de overheid mag wel sturend optreden. Minder zout en suiker in producten en geen BTW op groente en fruit. En maak de ongezonde producten maar duurder. Ik las in het NRC dat hoe minder mensen verdienen, hoe meer fastfood ze eten. Gezond voedsel is duurder dan ongezond voedsel, dat moet echt anders!”

Oproep WRR: maak keuzes voor houdbare zorg

“Goede zorg voor iedereen vergt weloverwogen keuzes.” Met deze zeven woorden opende de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in september 2021 het rapport ‘Kiezen voor houdbare zorg’. In het rapport wordt opgeroepen scherpe keuzes te maken om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te blijven borgen. Daar ligt een verantwoording voor politiek, zorg én voor inwoners.

De WRR komt tot de conclusie dat er alleen sprake kan zijn van houdbare zorg wanneer mensen (zorgpersoneel), middelen (geld) en maatschappelijk draagvlak op peil en in balans zijn. Er worden drie algemene conclusies getrokken en drie aanbevelingen gedaan om (betere) keuzes te maken.

Conclusie-1: houdbaarheid onder druk door aanhoudende groei zorg

Niet alleen wordt steeds meer gebruik gemaakt van zorg, het gaat steeds vaker ook om duurdere zorg. De komende jaren blijft de zorgvraag stijgen door onder meer vergrijzing, toename van het aantal mensen met een chronische ziekte en door leefstijlfactoren als overgewicht. Het gebruik van de zorg stijgt sneller dan de groei van de economie en de groei van de beroepsbevolking kunnen bijbenen.

Aan de zorg als geheel wordt nu ruim 100 miljard euro per jaar uitgegeven. Deze uitgaven groeien door naar meer dan 300 miljard in 2060. Volgens de WRR verdringt deze groei andere uitgaven van de overheid, denk bijvoorbeeld aan onderwijs. Ook zal iedere inwoner via premies, belastingen of eigen bijdragen meer moeten uitgeven aan de zorg.

Op dit moment is één op de zes mensen van onze beroepsbevolking werkzaam in de zorg. In 2060 zal één op de drie in de zorg moeten werken, terwijl er nu al veel vacatures

zijn. Ondertussen brokkelt het maatschappelijk draagvlak af. Inwoners maken zich zorgen over personeelstekorten in de zorg en over de kwaliteit en toegankelijkheid. Ook de bereidheid te betalen voor anderen staat onder druk terwijl er steeds meer leefstijlgerelateerde aandoeningen zijn en komen, denk bijvoorbeeld aan roken en obesitas.

Conclusie-2: meer doelmatigheid en meer personeel nodig, maar dat is niet voldoende

Om de stijgende zorgvraag op te kunnen vangen, is al veel ingezet op doelmatigheid en efficiency. Meer inzet is nodig volgens de WRR, al zal dat nooit voldoende zijn om de zorgvraag aan te kunnen.

Datzelfde geldt voor personeel. Meer personeel is nodig, maar er zal nooit voldoende personeel beschikbaar zijn om de toekomstige ontwikkelingen aan te kunnen.

Conclusie-3: kiezen voor houdbaarheid

Als de bestaande aanpak niet voldoende is om de zorg in stand te houden, zullen keuzes gemaakt moeten worden. Volgens de WRR moeten samenleving, politiek en bestuurders zich voorbereiden op een tijdperk waarin schaarste in de zorg niet te vermijden is en een steeds grotere rol gaat spelen. Met de beschikbare mogelijkheden

binnen de zorg kan verstandig(er) worden omgegaan door:

- overal in de zorg de minimale normen voor kwaliteit en toegankelijkheid op orde te brengen;
- meer in te zetten op het bevorderen van de gezondheid, daarmee leven we langer gezond;
- te kiezen voor houdbaarheid op de lange termijn van de zorg als geheel en niet te sturen op één thema (bijvoorbeeld Jeugdzorg of GGZ).

Aanbeveling-1: versterk het maatschappelijk draagvlak

Bereid de samenleving voor op de toenemende schaarste in de zorg en de noodzaak tot het maken van keuzes, adviseert de WRR. Er zal een langetermijnvisie moeten komen specifiek voor ouderenzorg, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg. Keuzes, en de principes die daaraan ten grondslag liggen, moeten zoveel mogelijk in samenspraak met de samenleving gemaakt worden.

Aanbeveling-2: maak scherpere politieke keuzes

Als het aan de WRR ligt, pakt de politiek actiever haar verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid van de zorg op door prioriteiten te stellen.

Zo is het belangrijk dat bij nieuw beleid een inschatting wordt gemaakt van de te verwachten effecten op de personele, financiële en maatschappelijke gevolgen. Ook de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg moet daarin worden meegenomen. Kwetsbare groepen verdienen daarbij extra aandacht. Tijdig en breed evalueren is van belang. Van tevoren moet vastgelegd worden wanneer eventueel bijgestuurd moet worden. Daarmee wordt voorkomen dat alleen op incidenten wordt gereageerd. Gezondheid heeft met veel thema's te maken, bijvoorbeeld ook met onderwijs en wonen. Meer aandacht voor gezondheid op die andere thema's en op brede preventie levert gezondheidswinst op en remt de instroom in de zorg. Wettelijke maatregelen om daarmee preventie af te dwingen, mogen geen taboe zijn. Belastingmaatregelen, de balans tussen thuis en werk en zorgpersoneel uit het buitenland, zijn drie mogelijkheden die

het tekort aan personeel in de zorg kunnen beperken. Een politieke afweging hierbij is onmisbaar. Alle drie richtingen hebben ook een grote invloed op de samenleving, de economie en het overheidsbeleid.

Aanbeveling-3: versterk het uitvoerend vermogen

Om de groei van de zorg op een verstandige manier te kunnen begrenzen en te kunnen sturen, is het nodig af te bakenen wat voor vergoeding in aanmerking komt. De WRR adviseert voor een groter deel van de (nieuwe) zorg de (kosten)effectiviteit te beoordelen. Dit gebeurt nu alleen voor een deel van de geneesmiddelen. Andere zorg komt automatisch in het pakket en wordt daarmee vergoed. Alleen al de snelle ontwikkeling van zorgtechnologie (e-health, medische hulpmiddelen, robotica) maakt een bredere beoordeling nodig. Zorginkopers zoals de zorgverzekeraars missen het maatschappelijk draagvlak om vast te stellen wat verzekerde zorg is. De vraag 'hoeveel is een extra levensjaar ons waard', hoort bijvoorbeeld in de politiek thuis. De toepassing van de criteria op concrete behandelingen hoort juist niet bij de politiek thuis, maar bij een onafhankelijke toezichthouder. De zorg kent een grote administratieve druk en tegelijkertijd is het moeilijk de effectiviteit van zorg en van beleid goed te volgen. De WRR adviseert de verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen, bijeenbrengen en ontsluiten van data bij één organisatie onder te brengen.

Beter kiezen

Iedereen vindt prioriteiten stellen in de zorg erg ongemakkelijk. Dit geldt zowel voor de politiek als voor de samenleving. Met het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' wil de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid de samenleving voorbereiden op een toekomst waarin het debat over deze keuzes veel meer gevoerd moet worden. Het betrekken van de samenleving mag van de WRR voor de politiek geen excuus worden om beslissingen over de zorg te vermijden.



Is er nog voldoende zorg op het platteland?

Koene (55): “De zorg wordt onbetaalbaar voor mijn ouders”

“Het wordt hier op het platteland allemaal een stuk minder. Het aandeel ouderen in ons dorp neemt toe, maar de zorg neemt af. En overal moet voor betaald worden.” Koene de Lange (55) woont in Schoonoord. Hij maakt zich zorgen over de toekomst van de zorg en daarmee de leefbaarheid in zijn dorp. “Mijn ouders zijn beiden tachtig jaar, de zorg wordt voor hen onbetaalbaar.”

“Mijn ouders spreken vaak over de tijd van ‘vadertje Drees’. Er was zorg voor iedereen. Hoe anders is dat nu. Mijn vader heeft AOW en een klein pensioentje. De zorgverzekering wordt onbetaalbaar. Extra uitgaven om de zorg te krijgen die ze nodig hebben, zijn niet haalbaar. Dit speelt niet alleen bij ouderen. Ik praat met mensen die een stuk jonger zijn dan ik, ze hebben discussie over of het nog wel verantwoord is kinderen te nemen.”

“Als je hier van het openbaar vervoer afhankelijk bent, is het niet te doen.”

“Bussen rijden zeer onregelmatig”

“Je hebt hier in het dorp nog een huisarts, tandarts en een fysiotherapeut, maar verder moet je al snel naar Assen of naar Emmen. Ook als er 's avonds iets is, moet je naar Assen of Emmen. En de huisarts verwijst je door naar de ziekenhuizen van Treant. Jouw specialist zit de ene dag in Hoogeveen en de andere dag in Emmen of Stadskanaal. Ik heb daar zelf geen problemen mee, maar ik kan me voorstellen dat anderen dat wel hebben.”

“Als je hier van het openbaar vervoer afhankelijk bent, is het niet te doen. Assen en Emmen lukt nog wel met het openbaar vervoer, maar de bussen rijden zeer onregelmatig. En je komt met de bus niet altijd op de plek van bestemming. Voor het ziekenhuis in Emmen moet je eerst met een bus naar het station en dan overstappen op een andere bus. Naar Hoogeveen en Assen is het al helemaal een crime.”

“Weer een extra kostenplaatje voor mij”

“De zorg staat voor mijn gevoel onder druk. Het is ooit opgezet om iedereen te helpen. Of je nu klein, groot, dik, dun, arm of rijk bent; iedereen moet geholpen worden. We gaan niet zeggen: die meneer met een miljoen op de bank koopt de beste zorg en die meneer die van de bijstand moet rondkomen gaat maar naar de plaatselijke zorgverlener. Nee, dat echt niet. De zorg moet voor iedereen blijven zoals het bedoeld is.”

“Zorgverzekeraars hebben veel te veel te vertellen over de zorg.”

“Zorgverzekeraars hebben veel te veel te vertellen over de zorg. Steeds vaker moet je eerst met de verzekeraar bellen of jouw zorg wel wordt vergoed. Ook de overheid moet meer aan de huisartsen en ziekenhuizen zelf overlaten. Ik krijg vitamine D nu niet meer vergoed. Ik heb een maagverkleinende operatie gehad en maak daardoor te weinig vitamine D aan. Dat is weer een extra kostenplaatje voor mij terwijl ik het gewoon nodig heb.”

“We moeten weer veel meer vertrouwen op de zorgverlener. Die heeft ervoor geleerd.”

“Import weet niet hoe het er vroeger aan toe ging”

“We moeten weer veel meer vertrouwen op de zorgverlener. Die heeft ervoor geleerd. Als je in de wachtkamer zit, zijn er altijd mensen die al op internet hebben gezocht. Als ze dan bij de dokter komen, zeggen ze: ik heb drie keer gekucht en volgens Google heb ik dat en dat. Ik denk dat zoiets in de grote steden nog meer speelt, dat ze informatie van internet halen.”

“Professionele zorg moeten we niet willen vervangen door elkaar helpen. Vaak wordt gezegd dat er hier op het platteland nog naoberhulp is, maar dat is niet zo. Mensen die hier wonen en van buiten komen, hebben geen idee wat naoberhulp is. Als je om hulp vraagt vanwege een medisch probleem verwijzen ze je naar de huisarts. En als je vraagt of ze een boodschap willen meenemen, zeggen ze: bel maar even met de winkel, misschien brengen ze het wel. Met alle respect, maar de import weet echt niet hoe het er in een dorp aan toe ging vroeger.”

“Mijn ouders zijn van het face-to-face contact”

“Digitale zorg kan een deel van de oplossing van de problemen in de zorg zijn. Nadat ik geopereerd was in

Leeuwarden was er veel contact via beeldbellen. Laatst was mijn dochter gevallen. Dan bel je met de huisartsenpost en word je even later teruggebeld door de arts. Die vroeg of dit of dat pijn deed en gaf aan dat ze het rustig een paar dagen kon aanzien. Als er een deskundige is die je vertelt hoe je thuis iets kunt oplossen, is dat prima.”

“Ik heb geen problemen met zorg op afstand. Voor mijn ouders van 80 is dat anders. Ze snappen het allemaal niet meer zo en voelen zich al snel van het kastje naar de muur gestuurd. Met een laptop kunnen ze niet overweg. Ze houden meer van persoonlijke benadering. De generatie van mijn vader en moeder is meer van het face-to-face contact.”



“Nieuw leven mag je weghalen, maar leven dat niet meer wil niet”

“Aan beide zijden van de familie heb ik familieleden verloren aan de vreselijke ziekte kanker. Soms leek het na bestralingen goed te gaan, maar kwam de ziekte toch weer terug. Dat had en heeft veel impact op de familie. Sommige mensen doen zichzelf veel pijn om maar beter te worden. Ik vind dat de zorg soms te ver gaat om mensen maar in leven te houden.”

“Iemand die ongeneeslijk ziek is, moet zelf kunnen zeggen wel of niet te willen sterven. Daar moet veel meer aandacht voor zijn. Vaak wordt de keuze

aan derden overgelaten. Een ongeboren kind dat zwaar gehandicapt is, kun je laten weghalen. Je ontnemt nieuw leven, maar iemand die ernstig ziek is en dood wil het leven ontnemen mag niet. Dat vind ik moeilijk uit te leggen. Nieuw leven mag je weghalen, maar leven dat niet meer wil niet. Daar mag wel meer over gediscussieerd worden.”

“Dure ingrepen om alleen maar het leven te verlengen... ik weet het niet of we dat wel moeten doen. Ja, zo denk ik er ook over als het om mijn vader of moeder zou gaan.”

Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van ziekte

Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat in 2022 werd opgesteld, is een historisch document; het bevat (werk)afspraken over de zorg voor de komende vier jaar. Alle zorgpartijen werken samen aan de maatschappelijke uitdagingen in de zorg. Het draait om passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid.

Over het IZA is lang onderhandeld. Elf organisaties tekenden in de september 2022 het akkoord, maar de huisartsenorganisatie LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) hoorde daar op dat moment niet bij. En dat terwijl huisartsen een belangrijke schakel zijn in het IZA. Eind januari 2023 besloten de huisartsen alsnog het akkoord te ondertekenen. Tot de ondertekenaars behoren verder onder meer organisaties van medisch specialisten, ziekenhuizen, verpleegkundigen en verloskundigen, maar ook het Ministerie van VWS, zorgverzekeraars, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Patiëntenfederatie Nederland.

Vijf principes passende zorg

Het IZA borduurt met het begrip passende zorg voort op het 'Kader Passende Zorg' dat in juni 2022 verscheen. De missie hiervan luidde: "In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor verhoudingsgewijs niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu."

In lijn daarmee werkt het IZA met vijf principes van passende zorg:

- Passende zorg is waardegedreven. De zorg is op de eerste plaats effectief, voldoet aan de stand van

wetenschap en praktijk en heeft een meerwaarde voor de patiënt. Daarnaast is er sprake van doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen;

- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt;
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek;
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte;
- Passende zorg vindt plaats in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals.

De werkagenda van het IZA bestaat uit acht onderdelen:

1 – passende zorg

Samen wordt gewerkt aan de echte verandering die nodig is voor passende zorg. Dan gaat het bijvoorbeeld over wat wel en wat niet wordt vergoed door de zorgverzekering. Het gaat over het verhogen van de kwaliteit van de zorg. Alleen zorg die echt werkt, wordt aangeboden. Het gaat over constant leren en verbeteren en over duidelijke informatie voor de patiënt.

Er is een belangrijke rol weggelegd voor patiëntenorganisaties in het IZA. Deze organisaties zorgen er onder meer voor dat patiënten worden geholpen bij het

aangeven wat voor hen van belang is als het om de zorg gaat. Patiëntenorganisaties worden gevraagd daarvoor methoden en instrumenten te ontwikkelen.

Patiëntenorganisaties hebben ook een rol bij het aangaan van het gesprek over gezond gedrag en bewustwording bij de inwoner. Dan gaat het bijvoorbeeld over bewustwording van de schaarste in de zorg. Het gaat ook over het feit dat niet bij alle zorgvragen een medisch antwoord de beste oplossing is.

2 – regionale samenwerking

Regionale partijen maken afspraken over samenwerking in de regio, zodat de juiste zorg op de juiste plek wordt aangeboden. Om die afspraken te kunnen maken, worden regiobeelden opgesteld. Er worden afspraken gemaakt over betere samenwerking in de spoedeisende zorg. De zorg zal meer geconcentreerd worden, dat wil zeggen: dichtbij huis wat kan, maar verder weg wat moet (gespecialiseerde zorg).

Doel is het bereiken van integrale gezondheidszorg waarin de inwoner centraal staat. Het patiëntbelang moet dan ook nadrukkelijk meegenomen worden in de regionale samenwerkingen. Ook bij het opstellen van de zogenaamde regiobeelden en regioplannen wordt het perspectief van de inwoner betrokken.

3 – zorg dichtbij huis

Door vergrijzing, passende zorg en langer thuis blijven wonen, neemt de druk op de zorg dichtbij huis toe. Denk aan de huisarts, de fysiotherapeut of de wijkverpleging. De huisarts krijgt, als spil van de zorg dichtbij, meer tijd voor elke patiënt. Ook wordt gewerkt aan een betere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in de wijk.

De ondertekenaars van het IZA werken samen aan een visie op de eerstelijnszorg in 2030. Eerstelijnszorg is zorg waar je zonder verwijzing zelf heen kunt gaan, bijvoorbeeld huisarts, fysiotherapeut of apotheker.



Bij die visie hoort een plan van aanpak. Inwoners worden bij de planontwikkeling betrokken.

4 – samenwerking gemeenten, huisartsen en ggz

Het aantal mensen met psychische klachten dat een beroep doet op ondersteuning bij gemeenten, de huisartsenzorg en/of de geestelijke gezondheidszorg (ggz) stijgt al jaren. Vanwege de lange wachtlijsten in de ggz zijn huisartsen lang verantwoordelijk voor mensen met een complexe hulpvraag. De samenwerking tussen gemeenten (sociaal domein), huisarts en ggz verloopt niet overal optimaal. In het IZA staan afspraken, gemaakt om onder meer die samenwerking te verbeteren.

5 – gezond leven en preventie

Gezondheid gaat om het fysieke, mentale en maatschappelijke welzijn van mensen. Een gezonde leefstijl met aandacht voor een gezonde leefomgeving moet, vanaf het prille begin van het leven, deel uitmaken van het dagelijks leven van inwoners. Hulp komt daarbij allereerst vanuit het publieke of sociale domein. Preventie, betaald vanuit de Zorgverzekeringswet, wordt vooral ingezet bij zieke mensen of mensen met een verhoogd risico op ziekte.

Voor 1 januari 2025 moeten alle gemeenten samen met zorgverzekeraars afspraken maken over gezondheidsbevordering van de inwoners. Patiëntenorganisaties worden betrokken bij het maken van deze plannen.

6 – arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

De krapte op de arbeidsmarkt stelt de zorg voor grote uitdagingen. De zorg moet een aantrekkelijke sector zijn om in te werken en in te blijven werken. Meer tijd voor de patiënt, meer ontwikkelkansen, meer meebeslissen over beleid en minder administratieve rompslomp moeten daarbij onder meer helpen.

7 – digitalisering en gegevensuitwisseling

Elektronische uitwisseling van gegevens draagt bij aan een goede en veilige zorg voor de patiënt, verlicht de werkdruk en is een noodzakelijke voorwaarde om de andere doelen uit het IZA te halen. Alle inwoners van Nederland hebben in 2025 digitaal toegang tot hun eigen zorggegevens via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Passende zorg is steeds vaker een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg. Uitgangspunten daarbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.

Inwoners worden betrokken bij de communicatie over en de inzet van digitale zorg. Er is daarbij aandacht voor de gebruiksvriendelijkheid in het algemeen en specifiek voor mensen met lage gezondheids- en digitale vaardigheden.

8 – contractering

Het grootste deel van de zorg binnen de Zorgverzekeringswet wordt op basis van concurrentie ingekocht en individueel gecontracteerd. Dat blijft het uitgangspunt van het zorgstelsel. Wel gaan zorgverzekeraars onder meer scherper letten op het inkopen van passende zorg.

In de werkagenda van het Integraal Zorgakkoord zijn de acht onderdelen gedetailleerd uitgewerkt. Er is onder meer beschreven wie waarvoor verantwoordelijk is en welke stappen wanneer gezet moeten zijn.



H

Hoofdingang

Spoedpost





Ziekenhuizen en artsen weten van elkaar niet wat ze doen

Paulien (55): “Steeds weer opnieuw moet ik mijn verhaal doen”

“Het zou fijn zijn als in de zorg één persoon de regie heeft. Het valt mij op dat je steeds weer opnieuw je verhaal moet doen.” Paulien Fokkes (55) uit Hoogeveen heeft een zwaar ‘kankertraject’ achter de rug en maakt nog steeds veel gebruik van de zorg. “Ik heb ooit ergens getekend dat er gegevens uitgewisseld mogen worden, maar het gebeurt niet.”

“In het mamacentrum van Treant in Hoogeveen is één aanspreekpunt waar je terecht kunt. Het is daar keurig geregeld, maar zodra je naar Groningen moet, weten ze niet wat er in Hoogeveen gebeurt. In Hoogeveen weten ze niet wat er in Groningen gebeurt. Dat maakt dat je overal weer opnieuw je verhaal moet doen. Dat is belastend.”

“Niet iedereen is mondig”

“Als zorgverleners bepaalde informatie missen, bestaat het risico dat de zorg niet optimaal is. Als jij als patiënt je verhaal niet goed doet, kan er wat gemist worden. Nu ben ik vrij mondig, maar dat is niet iedereen. In het begin van het traject was ik nog niet mondig hoor. Ik liet mij alles aanleunen. Pas op een gegeven moment liet ik het weten als ik het ergens niet mee eens was. Daar werd eerst wel wat verbaasd op gereageerd.”

“In het begin van het traject was ik nog niet mondig”

“In de zorg moet je heel veel zelf navragen. Als je er niet zelf om vraagt, gebeuren dingen soms niet. Of er wordt een behandelvoorstel bij je neergelegd en daarmee moet

je het maar doen. Als je je daarin verdiept en doorvraagt, kom je tot heel andere gesprekken. En dan blijken er andere mogelijkheden te zijn.”

“De uitwisseling van gegevens is echt waardeloos”

“Ik ben nog steeds die ene persoon”

“Na de chemo’s kwam ik bij de hartspecialist voor een controle. Hij vertelde mij dat ik één tabletje moest nemen, zodat mijn hart rustig zou zijn tijdens het onderzoek. Ik had het gevoel dat hij mijn dossier niet had doorgenomen, hij vroeg bijvoorbeeld wat ik kwam doen. Bij de apotheek kreeg ik dertig tabletjes, dat stond op het recept van de dokter. Ik vertelde dat dat niet klopte. Zij bellen, bleek de arts een vergissing gemaakt te hebben. Wat was er gebeurd als ik gewoon die dertig tabletjes had geslikt?”

“De uitwisseling van gegevens is echt waardeloos. Dat verbaast mij. In Groningen had ik verschillende artsen, ze wisten van elkaar niet wat ze deden. Dan denk ik: ik ben nog steeds die ene persoon, kunnen jullie niet gewoon met zijn allen lezen wat er met mij aan de hand is, in plaats van allemaal je eigen dossier te willen vormen?”

“Familie om je heen”

“Voor bepaalde behandelingen moest ik naar Groningen. Dat snap ik en dat vond ik prima, maar ik maak we wel zorgen over zorg die hier in de regio verdwijnt. In Hoogeveen heb je in het ziekenhuis geen kinderafdeling meer. Als ouder wil je dicht bij je kinderen zijn als er wat is. Dat is lastig als het ziekenhuis verder weg is. In Hoogeveen kun je ook niet meer bevallen. Als er nu op het laatste moment iets ernstigs is, moet je een eind weg naar een ziekenhuis.”

“Dat Hoogeveen, Emmen en Stadskanaal samen zijn gegaan, klinkt mooier dan het is. Elk ziekenhuis zijn eigen specialiteit lijkt mooi, maar je krijgt veel reisbewegingen. Hoe ga je dat doen als je in de bijstand zit en naar het ziekenhuis moet? En hoe doen ouderen dat die slecht ter been zijn? Als mensen daardoor hun zorg uitstellen en pas in actie komen als het hoognodig is, is de zorg veel duurder.”

“Het is ook belangrijk dat je je familie om je heen hebt als je opgenomen bent. Voor mij was dat in ieder geval heel belangrijk. Als je verder weg in een ziekenhuis ligt, wordt dat lastiger. Je bent sowieso eenzaam in een ziekteproces, maar dan helemaal. Dat is niet helpend bij het weer oprabbelen.”

“In een ziekteproces ben je eenzaam”

“Er zijn wel andere manieren om te bezuinigen in de zorg. Als je nog geen tien minuten binnen bent bij de specialist betaal je al honderdtwintig euro. Niemand die vraagt wat de specialist gedaan heeft. En zorgkosten in het ziekenhuis

worden in ‘pakketjes’ gedeclareerd. Als ik dan kijk wat er in zo'n pakketje zit; die foto is niet gemaakt, die injectie heb ik niet gehad. Net als de chemo's. Als ik die om 11:30 uur kreeg, zat ik daar tot 13:30 uur. Twee uur dus, maar er werden twee dagdelen in rekening gebracht. Dat vind ik niet kunnen. Daar mag meer naar gekeken worden; hoe dienen specialisten en ziekenhuizen hun rekeningen in. Daar gaat veel mis.”



“De zorg staat onder druk, dat betekent ook wat voor de medewerkers”

“Door mijn ziekte is mijn vertrouwen in de zorg wel wat gedaald. Ik heb daarvoor teveel meegemaakt en gezien. Ik was 's morgens voor een operatie hartstikke bang. Mijn maag en een borst zouden in één operatie verwijderd worden. Ik lag daar en vertelde een verpleegkundige bang te zijn. Zegt een andere verpleegkundige: wat moet gebeuren, moet gebeuren. Daar kan ik niets mee, maar ik werd wel bij haar achtergelaten. Ik weet ook dat het moet gebeuren, dat neemt niet weg hoe ik mij voel. De zorg is veranderd en meer onder druk komen te staan. Dat betekent ook wat voor de medewerkers in de zorg, daar ben ik mij goed bewust van.”

“Het is zeker niet alleen maar kommer en kwel. Ik ben bijvoorbeeld blij met mijn huisarts; zij luistert echt naar mij en denkt goed mee. Op de revalidatieafdeling van het ziekenhuis in Hoogeveen wordt goed samengewerkt. Ik wilde er graag een haptotherapeut bij. De revalidatiearts reageerde positief en zei: ze is welkom, wij bieden dat niet aan, maar als het jou helpt gaan we graag met haar in gesprek zodat we nog steeds één team vormen om jou heen.”

“Luisteren naar de patiënt. Wat vindt de patiënt zelf dat hij nodig heeft? Dat is belangrijk en het kan!”



Zo kijkt de inwoner van
Drenthe naar de zorg



Vergrijzing, meer dan alleen maar een probleem

In het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' van de WRR wordt vergrijzing één van de oorzaken genoemd van de toenemende zorgvraag. De groep ouderen wordt niet alleen steeds groter, ook de gemiddelde leeftijd stijgt. Er wordt daarom gesproken van een 'dubbele vergrijzing'. In 2035 is de leeftijdsgroep 65-69 jaar de grootste groep in Drenthe. Hoe denkt de inwoner van Drenthe over vergrijzing en de druk op de zorg die dat met zich meebrengt?



Bevolkingssamenstelling Drenthe in 2035. (bron: Drentheincijfers.nl, CBS, ABF Primos)

“Als je vroeger naar je opa of oma van 65 keek, dacht je: ‘wat zijn ze oud’. Nu ben ik ook van die leeftijd, maar ik voel me helemaal niet oud. De ouderen van nu zijn jonger en fitter”, vertelt een deelnemer aan het groepsgesprek in Vledder. “De last van de medische zorg wordt steeds op onze schouders gelegd. Op het moment dat je geboren wordt, weet je precies wanneer je 65 wordt. We hebben allemaal knappe koppen in ons land, hoe kan het dan dat we verrast zijn over de druk van de ouderen op de zorg?”

Niet willen, maar door moeten

“Ik vraag me wel eens af of we ook gewoon ergens aan dood mogen gaan. Ik heb veel ziekenhuizen, artsen en onderzoekscentra bezocht. Ze kunnen steeds meer. Kanker is bijvoorbeeld bijna een chronische ziekte geworden. Dat betekent dat nog meer mensen langer leven. Gelukkig maar. Ik ben 55 jaar, blij dat ik nog leef en blij dat alles is gedaan wat kon”, aldus een inwonster van Hoogeveen.

“Maar bij mijn moeder... Ze zei vaak: ‘Ik bid vaak tot God dat hij mij komt halen, maar hij komt maar niet’. In verzorgingstehuizen zitten vaak oudere mensen die dementerend zijn, soms helemaal niet meer willen leven, maar wel door moeten. Het is schrikbarend duur als ze daar zitten. Dat vind ik een heel lastige.”

Het houdt een keer op

“Ik heb wel eens aan de arts gevraagd of het nog wel zin had om mij te opereren.” Een 76-jarige Emmenaar stelde daarom de vraag: “Dokter, ben ik het nog waard?”

“Ik heb al zoveel meegemaakt, ben al zo vaak geopereerd, moet het dan nog? En ik weet dat het allemaal erg duur is. Hoe vaak ik ben gedotterd, weet ik niet eens meer. Er is nu geen stent meer te zetten. En ja, dan stel ik die vraag.”

“Op dat moment kreeg ik nog het antwoord dat ik het waard was. Vorig jaar rond deze tijd lag ik in het ziekenhuis met een hartinfarct, veroorzaakt door een zware longontsteking. Ik ging naar huis met de boodschap dat het nu eerst weer goed is, maar dat ik nu wel uitbehandeld ben.

Ik slik veel medicijnen, die kosten allemaal een hoop geld. Het houdt een keer op.”

Doe mij dat niet aan

“Moet je het leven rekken om te leven? Of moet je het leven dat je nog rest zo aangenaam mogelijk maken?” Een 58-jarige inwonster van Assen heeft hier veel over nagedacht en haar standpunt staat vast.

“Ik heb genoeg pijn gehad. Ik heb genoeg ellende gehad. Ik heb genoeg tijd in het ziekenhuis doorgebracht. Vreselijk. Ik mankeer van alles. Een paar jaar geleden werden, vlak na mijn hersenontsteking, naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker twee poliepen weggehaald. Ik heb de kinderen gezegd dat ik geen behandelingen zou ondergaan als het darmkanker zou zijn. Als die euthanasiepil ooit op de markt komt, ben ik een van de eersten om hem in huis te halen. Natuurlijk moet die keuze gescand worden. Je kunt niet zomaar zeggen: doe mij maar een pilletje. De volgende dag is misschien leuker.”

“Twee maanden geleden ben ik weer geopereerd. Ik heb toen hele heftige discussies met mijn kinderen gehad. Ze waren het niet eens met mijn niet-reanimeren-verklaring. Uiteindelijk heb ik gezegd dat er alleen op de OK en de uitslaapkamer gereanimeerd mocht worden. Toen waren ze pas wat rustiger.”

“Ik wil niet nog meer van de zorg afhankelijk worden en zie er tegenop dat ik dat wel ga worden. Of dat ik het zelf niet meer in de hand heb. Mijn moeder had Parkinson en is dement geworden. Jongens, doe mij dat niet aan.”

Leren van oudere mensen

Een inwoner van Emmer-Compascuum ziet de vergrijzing allesbehalve als een probleem. Bij de verbouwing van zijn woning maakt hij dankbaar gebruik van de kennis van zijn oudere buurman. “Wij moeten de groep ouderen gebruiken om van te leren. Zij kunnen ons veel brengen, daar ben ik van overtuigd.”



“Ik heb het ook gemerkt als zorgverlener. Praat met een demente man over zijn werk, zijn passie of iets waar hij veel van wist. Daar kun je heel veel leren, ook al is hij dement. Ze hebben het misschien zelf niet in de gaten, maar ze geven veel tips.”

“Gooi het begrip ouderen maar overboord”, zegt een 62-jarige inwonster van Peize. “Laatst zei iemand tegen mij dat ik een oudere ben. Dat vind ik echt zo raar. Ik voel mij helemaal geen oudere. We gooien teveel op een hoop. Ik help een mevrouw van 87. We zijn allebei een oudere, maar we zijn niet hetzelfde. Ik ken een man van in de negentig; blind, krom, geen schoonheid, maar hij vindt dames om zijn vinger en heeft een heel leuk leven. Het is een aimabel mens, regelt zijn eigen zaakjes en krijgt alles voor elkaar.”

De Compascuummer krijgt ook bijval van een Hoogeveense: “Ja, onze babyboomers worden oud, maar dat vind ik mooi. Oude mensen zijn inspirerend, mooi en je kunt veel van ze leren. Wij moeten ervoor waken dat we oudere mensen gaan zien als lastig en zorgveelvraten. Er zijn genoeg ouderen die tot op hoge leeftijd vitaal zijn en volwaardig meedraaien in onze maatschappij.”

Waarom moet dit?

“Kwaliteit van leven moet het uitgangspunt zijn”, zegt de hierboven aangehaalde inwonster van Hoogeveen. “Niet het verlengen van leven met extra zorg en het verlies van zelfstandigheid tot gevolg.”

“Mijn tante lag ernstig ziek in het ziekenhuis. De arts nam haar dochter mee naar de revalidatie-afdeling van het ziekenhuis. Daar lagen allemaal leeftijdsgenoten van mijn tante. In een veganistische staat, zo omschreef mijn nicht het. Ze heeft toen direct gezegd: we gaan niet meer opereren. Ik vind het verdrietig voor die mensen waarbij wel is besloten te opereren om vervolgens de hele zelfredzaamheid te verliezen.”

“Vanuit mijn hart wil ik het vertrouwen hebben dat we solidair blijven met elkaar. Nogmaals, niet ouderen gaan zien als hoge zorgvragers, maar wel in gesprek blijven.

Moet je nou echt 95 worden? Als je het vanzelf wordt, prima. Maar als je op je 69e Alzheimer hebt, moet je dan tot je 80e in een zorginstelling wonen, in je eigen ontlasting, niet meer weten wat dag en nacht is? Ik heb daar geen woorden voor. Waarom is dat? Waarom moet dit?”

Oordelen over een ander

In een groepsgesprek in Nietap wordt discussie gevoerd of wel geoordeeld kan worden over de kwaliteit van leven bij een ander. “Je kunt de situatie niet beredeneren vanuit de situatie van nu. In werkelijkheid is de praktijk zo dat mensen langzaamaan in een situatie raken waarbij de buitenwereld zegt: ‘ik snap niet hoe iemand dat kwaliteit van leven vindt’, terwijl dat voor die persoon zelf wel zo is.”

“Mijn vader zat in een verpleeghuis. Eerst werd het ene been en toen het andere been geamputeerd, maar zijn koppie werkte wel. Hij ging iedere dag de krant halen en had op zondag zijn borreltje. Hij takelde af en als kinderen denk je dan ‘hoe houdt hij het vol’. Zelf vond hij het wel goed gaan. Ik denk dat dat bij heel veel mensen zo is. Ook bij ouderen die zeggen ‘van mij hoeft het niet meer’. Is dat echt wel zo?”

Bespreekbaar maken

“Je moet ergens stoppen met hele dure ingrepen”, wordt gezegd bij een groepsgesprek in Borger. “Je moet het met de patiënt bespreekbaar maken. Al vinden mijn vrienden die in de medische zorg werkzaam zijn dit heel erg lastig.”

“We hebben een dochter die arts is”, gaat een plaatsgenoot verder. “Dan komt een patiënt binnen die niet meer te redden is, maar de familie staat erop dat de patiënt geholpen moet worden. Onze dochter vindt het moeilijk om met dit soort dingen om te gaan.”

“Het gaat om bewustwording. We moeten meer met elkaar het gesprek aan. We moeten praten over de kwaliteit van leven, over hoe ver je wilt gaan en ja, ook over de dood.”



Gezond leven, je eigen verantwoordelijkheid?

Gezond leven, het klinkt zo eenvoudig. Gewoon een kwestie van gezond eten, voldoende bewegen, stress beperken en goed slapen. Simpel. De praktijk is anders. Wie is er verantwoordelijk voor ongezond gedrag? Het individu of de maatschappij? En zitten er gevolgen aan ons ongezonde gedrag?

“Ga je iemand die gerookt heeft en longkanker krijgt, behandelen? Ga je zorg aanbieden aan iemand die elke dag frikandellen eet? Volgens mij heeft de arts een eed afgelegd dat hij altijd zorg zal leveren. Je ziet nu inderdaad veel leefstijl gerelateerde ziekten, maar”, zo nuanceert een inwoner van Hoozeveer, “dat weten we met de kennis van nu. De inzichten veranderen ook steeds. Stel dat ik ook iets heb gedaan dat onverstandig was en de arts zegt dan later dat ik beter had kunnen weten. Dan ben ik toch blij dat hij die eed heeft afgelegd en mij dat wil vergeven. Ik ben blij dat hij mij op de operatietafel gewoon als patiënt ziet en niet als een slecht iemand.”

Tussen de oren

“Ik ben patiënt geweest bij het UMCG. Als ik naar buiten liep, zaten daar patiënten van de longafdeling met infuuspaal en al te roken. Daar verbaasde ik mij over.” Een inwoner van Zuidlaren spreekt niet alleen zijn verbazing uit, maar vindt ook dat dit gevolgen moet hebben. “Je maakt gebruik van de zorg, maar tegelijkertijd houd je je ongezonde levensstijl in stand. Als je ongezond leeft, mag je van mij wel meer bijdragen aan de zorg. Nou ja, als je ongezonder leeft dan de artsen je adviseren.”

“Bij onze instelling is een nieuwe kok komen werken die overal room in deed. In een half jaar tijd waren alle bewoners zo'n vijf kilo zwaarder geworden. Zij kunnen daar

niets aan doen”, vertelt een inwoner uit Zwartemeer. “Maar ik ken ook veel mensen die een maagverkleining hebben gehad en na jaren toch weer te dik zijn. Nadat het traject was afgelopen, zijn ze toch weer teveel gaan eten. Dan denk ik: je hoeft sowieso niet in aanmerking te komen voor een tweede maagverkleining.”

Niet iedereen is het er mee eens dat je letterlijk en/of figuurlijk de rekening van je gedrag krijgt gepresenteerd. “Ik weet uit ervaring dat je ook met een gezond leefpatroon dik kunt zijn. Moet ik puur op basis van mijn BMI aansluiten achteraan in de rij”, zo vraagt een Assense zich af. “En roken is bijvoorbeeld voor heel veel mensen ook een vluchtmiddel. Zonder sigaretje kunnen ze de stress niet aan. Je ziet het ook bij jonge mensen. Die gaan weer meer roken. Mijn eigen dochter ook, vreselijk vind ik dat.”

Ook veel eten, kan volgens een inwoner van Wijster, ‘tussen de oren’ zitten. “Het is vaak een psychosomatisch probleem. Ongemakkelijk in het leven staan en daardoor eten. Als we in ons hoofd minder druk ervaren, hebben we ook minder de behoefte ons maar vol te vreten.”

“Het heeft allemaal oorzaken dat mensen leven zoals ze leven. In achterstandswijken leven mensen ongezonder, het is allemaal verklaarbaar”, zegt een Emmense. “We mogen daarom nooit overstappen op ‘eigen schuld, dikke bult’.”

Droge worst

“De mensen in deze regio zijn over het algemeen wat dikker dan in de Randstad. Ik ben hier gaan wonen met het idee dat het hier gemoedelijker en vriendelijker is. Ik wilde de menselijkheid weer om me heen zien, dat heb je hier meer dan in de Randstad. Mensen zitten meer bij elkaar en er wordt dan ook meer gedronken, gegeten en gesnoept. Hier is het heel normaal dat we droge worst eten. Nou, dat is zo vet als het maar kan. In Rotterdam moet je daarvoor naar een speciaalzaak. Als ik hier naar de markt ga, staan er drie of vier kraampjes met van die droge worst”, aldus een ‘import-inwoner’ van Emmer-Compascuum.

“We hebben hier in Hollandscheveld vier snackbars, vier! En ja, ze hebben allemaal bestaansrecht. Toen ik in Hoogeveen naar school ging, stonden daar twee scholen tegenover elkaar met daar tussenin een snackbar. In de pauze stonden de scholieren daar rijen dik. Haal die snackbar weg en pas het aanbod van de schoolkantine aan. Ik mag ook wel eens een broodje kroket eten, maar er zal echt iets moeten veranderen. We hebben veel te veel aanbod gekregen.”

“Als ik zie hoe vaak de pizzaboer bij mijn burens komt...”, een inwoner van Hoogeveen bevestigt de woorden van de Hollandschevelder. “En ik heb een kleinzoon met obesitas. Toen hij nog niet kon lopen, zat hij al met sinas en chips voor de televisie. Dat lichaam is nu zo gewend aan suikers, kom er dan nog maar eens vanaf. Als je dit wilt aanpakken, moet je snoep, koek en chips uit de supermarkt halen. En die thuisbezorg-dingen afschaffen.”

Opvoeding

“Jonge mensen en oude mensen, we zijn allemaal rupsjes-nooit-genoeg geworden. Wat we willen, kunnen we pakken. Waar zijn de kaders? Waar is de maat? Waar is de redelijkheid? We moeten het ongezonde onbereikbaar maken, onbetaalbaar. Misschien raken er dan minder mensen verslaafd aan eten, roken, alcohol en drugs”, zegt een andere Hoogeveense.

“Het is ons aller verantwoordelijkheid om te zorgen dat we met z’n allen gezond leven”, meent een Assense. “Ik vind niet dat je een individu verantwoordelijk mag maken. De keuzes die je maakt, komen ergens vandaan.”

Een inwoner van Tiendeveen werd vroeger door zijn vader gestimuleerd te gaan roken: “Dan hoorde je erbij. En van baby’s werd altijd gezegd dat ze flink moesten eten. Vanaf het moment dat ze baby zijn, hebben ze dan al te maken met overgewicht.”

Een jonge vrouw uit Drijber brengt een andere ervaring in: “Ik denk dat heel veel mensen ook gewoon niet beter weten. Je wordt zo opgevoed. Kijk, bij ons werd er gewoon bietjes gegeten met suiker, heel veel suiker. Er werd best wel ongezond gekookt. Ja, dus wat kan ik? Ik kan goed ongezond koken! Gezond koken, dat is voor mij heel lastig. Ik hoop dat daar, zeg maar, cursussen voor komen vanuit de gemeente bijvoorbeeld. Of dat je gewoon gezellig in je dorp bij iemand, die wel heel gezond kan koken, kan aankloppen met de vraag wil je mij leren koken?”

“Mijn man woog 90 kilo. Toen kwam corona en kwamen alle mannen met een dikke buik in het ziekenhuis. Ik heb ‘m flink bang gemaakt. Er is nu 10 kilo af”, vertelt een inwoner van Pesse. “Eerst nam hij elke avond een plak cake en schepte bij het warme eten twee keer op. Dat doet hij nu niet meer.”

Ongezonder goedkoper

Een veelgehoorde opmerking is dat ongezond voedsel goedkoper is dan gezond voedsel. De inwoner van Drijber: “Als ik naar de winkel ga, koop ik 20 frikandellen voor de prijs van twee stukjes vlees of voor twee verpakkingen met groenten.” “Het valt mij op dat ongezonde producten in de winkel vaak in de aanbieding zijn”, vertelt een inwoner van Peize. “Daarmee veroordeel je mensen met een kleine beurs bijna tot het kopen van ongezonde producten.”

“Ik heb een laag inkomen”, vertelt een Smildenaar, “Twee maanden geleden ben ik gestopt met werken, dat verneem ik wel. Ondertussen wordt alles duurder. In de winkel koop ik vaker ongezonde producten, puur vanwege de prijs.

En als ze dan ook nog het vlees extra duur willen maken, worden weer de mensen met een laag inkomen gepakt. We eten al heel weinig vlees. Mijn vrouw zegt altijd: 'we hebben geen houten bek'. Wij willen ook wel eens een keer wat lekkers."

"Ik hoor het veel dat gezond eten duur is, ook van andere ouders bij mijn kinderen op school", vertelt een Hooogeveense. "De school heeft nu een broodbar. Daar kunnen kinderen brood eten met gezond beleg. Ook hebben ze een fruitprogramma. Dat vind ik een goede ontwikkeling. Als je jong begint met gezond eten, slijt het erin."

De aangekondigde BTW-verlaging op groente en fruit van 9 naar 0 procent krijgt bijna zonder uitzondering bijval. Wel wordt de verlaging slechts als een deel van de oplossing om mensen gezonder te laten eten gezien.

Meer bewegen hoeft in ieder geval niet duur te zijn. Een inwonster van Hooogeveen heeft een slimme tip om meer te bewegen. "Als ik naar de wc moet en ik ben beneden, ga ik naar boven. Als ik boven ben ga ik naar beneden. En als ik de was heb opgevouwen, breng ik het gelijk naar boven. Weer een keertje extra traplopen."

Waarschuwendes foto's

"We moeten op de verpakking eerlijker zijn met wat er in het product zit. Het moet duidelijker zijn wat goed voor je is en wat minder goed voor je is. Bij sigaretten staan er foto's van longkanker op de verpakking. Op ongezonde producten kun je foto's van obesitas zetten." Een inwoner van Schoonoord weet waar hij het over heeft. "Ik heb een maagverkleining gehad. Bij het Medisch Centrum Leeuwarden lieten ze wel foto's zien. Dat maakt het veel duidelijker. Veel obesitas komt uit verkeerde eetgewoonte. Voor dat ongezonde eten wordt juist veel reclame gemaakt." Anderen pleiten bijvoorbeeld voor foto's op alcohol die moeten waarschuwen voor de gevaren. "Zet er maar foto's op van mensen die met alcohol op zijn gaan rijden. Laat de slachtofferfoto's maar zien." En: "Drank wordt nog veel te veel verheerlijkt. We moeten hetzelfde doen als met roken

is gedaan. En gewoon niet meer op televisie laten zien."

Een inwonster van Assen bepleit het omgekeerde. "Besteed juist meer aandacht aan de gezonde keuzes. Wijs mensen op de gezonde keurmerken. Begin op scholen, zorg voor gezonde maaltijden." Ze is er niet van overtuigd dat het duurder maken van ongezond voedsel ook zoden aan de dijk zet. "Kijk naar de benzineprijs. Al is die nog zo hoog, de mensen blijven rijden. Omdat ze dat moeten of gewoon omdat ze dat willen."



UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GROWING



Moet alles wat kan ook kunnen?

Dankzij technologische ontwikkelingen binnen de zorg leven we veel langer. Ziekten die ooit dodelijk waren, zijn te genezen of worden chronische ziekten. Het is een mooie verworvenheid van onze tijd. Keerzijde is dat de kosten explosief stijgen. En: wanneer is het mooi geweest?

“Technologie drijft de kosten in de zorg heel erg op. Het vergroot het aantal behandelingen. Wanneer stop je?” Volgens een inwonster van Assen moet een arts goed naar de patiënt luisteren. “Als een patiënt zegt: ‘het hoeft van mij niet’, moet je het niet doen. Ook niet als de arts zegt: ‘ja, maar u heeft goede kansen’.”

“Voor mij staat als een paal boven water dat mijn leven leefbaar moet zijn. Ik heb nu, daar ben ik heel eerlijk in, geen leuk leven. Ik kan heel veel niet. Ik heb hersenletsel en longschade. Mijn wereldje is heel klein geworden. Ik heb een prima leven gehad, maar ik heb ook veel voor mijn kiezen gehad. Als ik bijvoorbeeld darmkanker of een hersenbloeding krijg, is het voor mij genoeg geweest. Ik heb een rotsvast geloof, laat mij maar gaan.”

“Als je kwaliteit van leven vooropstelt, moet je ook bereid zijn te zeggen: hier stopt het gewoon. Mijn man werd gediagnosticeerd met uitgezaaide longkanker. Een jaar geleden is hij overleden”, vertelt een inwonster van Wijster. “Wat wil je er allemaal uithalen, die vraag moet je stellen. Na de derde chemo had mijn man een opleving, hij was weer even goed. Na de vierde chemo voelde het ineens niet goed. Toen hebben we het er samen over gehad. Wat wil je? Hoe lang wil je dit gaan rekken? We zijn gestopt. Er zit een eind aan het leven, of je gelooft of niet gelooft.”

Een inwoner van Alteveer formuleert het kort en bondig: “Ik denk dat een nuchtere Drent op een gegeven moment zegt: ‘dit is de grens, het is klaar’.”

Verdienmodel

Een andere inwonster van Assen denkt dat het einde van de technologie in de zorg nog lang niet in zicht is. “Er wordt vaak gezegd dat als iets kan, kun je het niet tegenhouden. Het gaat hoe dan ook gebeuren, maar het is geen goede beweging. De ethiek verdwijnt uit het leven. Kwaliteit van leven gaat voor mij boven zo lang mogelijk leven. De gezondheidszorg is een enorm verdienmodel, dat is niet in ons belang.”

“Toen ik met de opleiding begon, lag iemand met een galblaasoperatie twee weken in het ziekenhuis. Nu gaan ze de volgende dag naar huis.” Een inwonster van Emmen werkte 54 jaar in de zorg. Zij telt ook de zegeningen van de ontwikkelingen. “Ja, er kan veel meer, maar daarmee kunnen we uiteindelijk ook mensen genezen. Leukemie was bijvoorbeeld vroeger heel moeilijk te behandelen. Nu kunnen we mensen beter helpen. Wel is medicatie voor kanker vreselijk duur. Belachelijk duur. Er wordt veel winst gemaakt.”

Ook een Hooogeveense vraagt aandacht voor de voordelen van technologische ontwikkelingen.

“Zoveel kwalen kunnen nu eenvoudiger opgelost worden. De stents van mijn moeder werden via de lies gezet. Vroeger waren dat grote ingrijpende operaties.”

Een Assenaar nuanceert dat de gezondheidszorg duur is: “Dat is een relatief begrip. Natuurlijk zijn de kosten de afgelopen decennia enorm gestegen. Maar je kunt ook zeggen: we gaan de mensen wat minder rijk maken en dat geld dat we dan binnenkrijgen, stoppen we in de zorg. We



zijn zo godsgrovelijk rijk in Nederland, we stikken van het geld. Hoe je het verdeelt, wordt door de politiek bepaald. Leg je het neer bij de mensen die het al hebben? Dat is een keuze, het is niet iets wat je overkomt.”

“De kwaliteit van leven van iemand moet belangrijker zijn dan hoeveel iets kost.” Voor een Hollandschevelder is er geen bovengrens. “Alles mag uit de kast gehaald worden. Als het moet dertig miljoen. Ik heb er veel moeite mee dat een verzekeringsmaatschappij aan een bureau een beslissing neemt zonder dat jij daarbij betrokken bent.”

Het is mijn vader

“Mijn vader heeft zeventien jaar geleden twee nieuwe longen gekregen. Toen zeiden ze dat de levensverwachting zes jaar was. Dankzij de technologische ontwikkelingen in de zorg heeft hij nieuwe longen kunnen krijgen. Om de longen in zijn lijf te houden, moet hij heel veel pillen slikken. Dat kost alles bij elkaar heel veel geld”, vertelt een Hoogeveense.

“Door al die medicijnen heeft hij nierfalen gekregen. Nu gaat hij drie keer in de week naar het dialysecentrum. En als we het dan hebben over verder gaan in de zorg: mijn vader is een nieuwe transplantatie aangeboden. Een nieuwe nier. Mijn vader is 87 jaar en heeft een heel hoge zorgvraag. En dan zeggen de artsen nog dat hij een nieuwe nier kan krijgen.”

“Ik zal heel eerlijk zijn. Als het niet mijn vader was, zou ik zeggen: ‘het is zo wel welletjes, hè’. Nu denk ik: het is mijn vader. En zo is het altijd iemands vader of moeder. Of iemands broer of dochter.”

Bang voor de dood

“Mensen zijn allemaal bang om dood te gaan blijkbaar. En ik denk dat het daardoor zwaarder wordt dan het zou hoeven te zijn”, meent een inwonster van Exloo. “Ik heb al jaren een verklaring bij mijn huisarts liggen dat ik in bepaalde situaties niet behandeld wil worden. Dat heeft te maken met mijn gevoel dingen zelf te willen kunnen doen.”

Operaties pakken niet altijd goed uit, ervoer een inwoner van Peize. “Mijn vader is geopereerd aan zijn heup terwijl hij allerlei andere mankementen had. Eén ziekenhuis wilde hem niet opereren omdat zijn conditie te slecht was. In een ander ziekenhuis kon hij wel terecht. Uiteindelijk is hij twee maanden later overleden. Zijn conditie was niet goed genoeg voor die operatie.”

“Als leek denk ik: waarom hebben jullie die operatie uitgevoerd? Hij had allemaal onderliggend lijden en ging toch voor die nieuwe heup. Mijn vader dacht dat hij dan minder pijn zou hebben en het leven makkelijker zou worden. En ja, dan is er een chirurg die besluit te opereren. Ik heb mijn vader wel gevraagd: ‘zou je dat nu wel doen’. Ja, dat wilde hij. Oké, dan is de keuze aan hem.”

Anders oud worden

Wil je oud worden en hoe wil je oud worden? Het zijn thema's die druk bediscussieerd werden tijdens de groepsgesprekken in Nietap, Vledder, Zwartemeer, Pesse en Borger.

“Mijn moeder is 100 geworden. Toen ze 100 werd, wilde ze nog wel even door. Ze vond het leven leuk”, vertelt een inwoner van Pesse. Haar dorpsgenote reageert: “Ik weet niet of ik het leven dan nog leuk vind. Ik heb een buurvrouw die zegt altijd: ‘er is niemand meer van mijn leeftijd’. Ik ben een uurtje per dag bij haar, maar dan heeft ze nog 23 uur. Ik zou niet zonder mensen om me heen kunnen.”

“Het maakt veel verschil hoe je in het leven staat”, vertelt een inwoner van Borger. “We worden allemaal ouder, maar ook allemaal anders oud.” “Op mijn zestiende werkte ik in een verpleeghuis in Drachten”, vult een plaatsgenote aan, “daar zag je mensen waar het bovenlijf krom van stond, die hadden zich letterlijk krom gewerkt. Dat hebben we nu niet meer. We hebben veel ontwikkelingen meegemaakt. Mensen worden gezonder ouder, maar daar zitten nu andere vraagstukken aan vast.”



Grenzen aan goed verdienen in de zorg?

Een specialist die op 52-jarige leeftijd met pensioen gaat. Declaraties van ziekenhuizen die vragen oproepen. Ongebruikte medicijnen die weggegooid worden. Hoge eigen bijdrage. Stijgende zorgpremie. Vragen bij de marktwerking en vragen bij de geldstromen, ze leven volop.

“In 1970 werkte ik samen met een professor gezondheidszorg. Die voorspelde deze dingen al. Het gaat onbetaalbaar worden, zei hij.” Een inwoner van Beilen is niet verrast dat de kosten van de zorg de pan uit rijzen. “En dan krijg je dus de discussie over wie zorg krijgt. De rijken wel en de rest niet? Maar het is ook de vraag waar de maatschappij in het algemeen haar geld aan besteedt. Tot nu toe besteden we dat vooral aan meer, meer, meer. En dat gaat ten koste van onze basis, van gezond leven.” “We gaan naar zo’n systeem als in Amerika. Dat iedereen zijn eigen kosten moet betalen”, vreest een inwonster van Echten.

Geen markt

“Het is voor mij nu al bijna niet te betalen, dus dat wordt nog wat”, spreekt een inwonster van Hoogeveen haar zorgen uit. “En als ik dan kijk wat een specialist verdient, dat is echt belachelijk. Je bent nog geen tien minuten binnen en er volgt al een rekening van 120 euro. Niemand die vraagt wat hij gedaan heeft voor dat geld. Net als de chemo’s die ik heb ondergaan. Als ik die om 11:30 uur kreeg, zat ik daar tot 13:30 uur en ging er een dubbele factuur naar de zorgverzekering. Een ochtend en een middag werden in rekening gebracht terwijl ik er maar twee uur was. Dat vind ik niet kunnen. Daar mag wel wat meer naar gekeken worden; hoe dienen specialisten en ziekenhuizen hun rekening in?”

Een thuiszorgmedewerkster uit Hoogeveen maakt zich ook zorgen over de betaalbaarheid. “Neem het eigen risico. Dat is voor heel veel mensen echt een hoop geld. Dan hebben ze medicijnen nodig, maar moeten ze eerst 385 euro zelf betalen. Zij hebben die medicijnen echt nodig. Of ze hebben een medicijn nodig dat niet wordt vergoed. Waar gaat dit heen? Waar zijn we mee bezig?” Een inwonster uit Wijster is eveneens werkzaam in de zorg. “Wij hebben een cliëntendossier en daarin staat wat mensen per week kosten. Die kosten gaan alleen maar omhoog. Dat kunnen we niet meer ophoesten met z’n allen. Ik zie de veranderingen met stijgende verbazing aan. Het is net of het stuur mist. Zorgverzekeraars hebben hierin een hele negatieve rol gespeeld. De zorg is geen markt. De zorg is gewoon: leven, genezen, dood. Meer is er niet. Daar haal je geen winst uit. Marktwerking heeft ons klauwen vol geld gekost.”

Vinger in de pap

“De marktwerking is een volkomen mislukt model”, zegt een inwoner van Borger. Een plaatsgenoot vult aan: “Ik heb een vriend die internist is. Hij kreeg in een gesprek te horen dat als hij wilde blijven werken, hij zich in moest kopen in de maatschap. Dat was de enige optie. Hij was geen ondernemer, hij wilde gewoon zijn werk doen.” “In Emmen is een cardioloog met pensioen gegaan.

Die man is 52 jaar. Een verpleegkundige die met hem heeft samengewerkt, vertelde me dat hij nooit meer hoeft te werken voor zijn geld”, brengt een inwonster van Emmen-Compascuum in.

“Zorgverzekeraars hebben een veel te grote vinger in de pap. Bij de artsen, bij de ziekenhuizen et cetera”, zegt een inwoner van Pesse. “Je moet alles eerst aanvragen bij de verzekeringsmaatschappij.” “We moeten terug naar het ziekenfonds”, meent een inwonster van Vledder. “Terug naar de collectiviteit van het ziekenfonds en gewoon inhouden op je salaris.” Een inwonster van Echten: “Maak de premie inkomensafhankelijk!”

“Solidariteit”, is het sleutelwoord voor een inwoner van Assen. “Dat de gezondheidszorg duur is, is een relatief begrip. We houden het huidige systeem in stand met onze huidige marktwerking en focussen op meer willen en groei. De kosten zijn gestegen de afgelopen decennia, maar je kunt ook zeggen: we gaan de mensen minder rijk maken en het geld dat we dan binnenkrijgen, stoppen we in de zorg. En de eigen bijdrage van 385 euro, die is voor mij goed te betalen. Voor iemand die een laag inkomen heeft, is het veel geld. En iemand die een miljoen verdient, betaalt net zoveel. Dat is onzin.”

“Dat een medicijnfabrikant zoveel moet verdienen, krijg ik in mijn hoofd niet rond”, vertelt een inwonster van Drijber. “Volgens mij proberen ze er een slaatje uit te slaan.” “Ik neem wel gewoon medicijnen als ik ze nodig heb, maar de hele marktwerking daarachter, daar heb ik wel mijn twijfels bij”, geeft een Assense aan.

Verspilling

“Als je in de thuiszorg materiaal nodig hebt voor wondverzorging, krijg je enorm grote dozen mee. Al gebruik je maar één gaasje uit een enorme verpakking, er wordt niets teruggenomen.” Verkwisting noemt de inwonster van Hollandscheveld dat. Een collega uit Hoogeveen vult aan: “Je krijgt voor bijvoorbeeld drie maanden geneesmiddelen mee, terwijl ze het maar twee

weken gebruiken. De apotheek neemt het niet meer terug. Daar kun je miljoenen op besparen.”

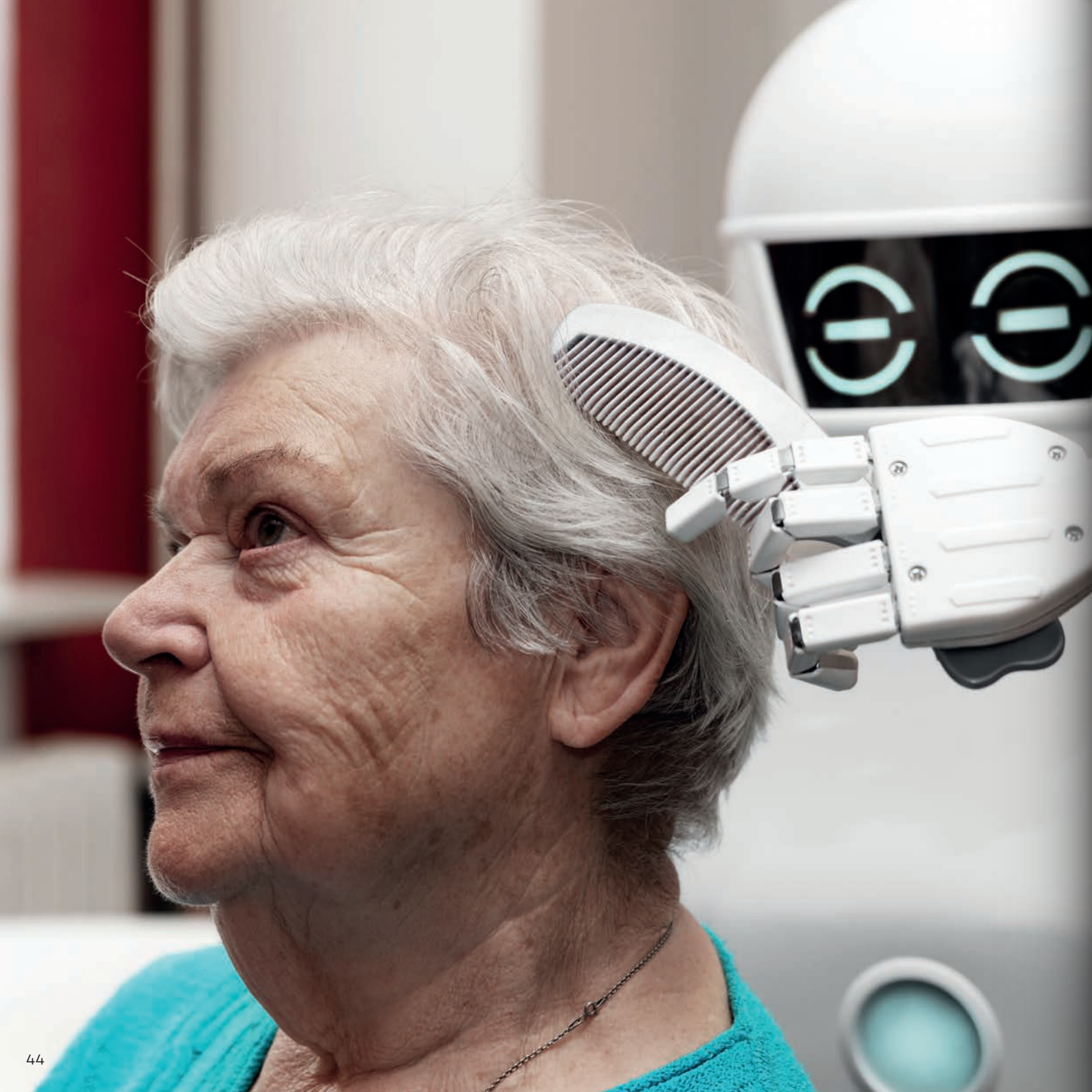
“Alles waar een medisch labeltje aan kan hangen, wordt in prijs vervijfvoudigd. De marges op iets van de zorg zijn veel hoger. Haal de stofkam door de zorg”, adviseert een inwoner van Roden. “En stop met het consultje op consultje en maar schrijven.” “Niet onnodig doorverwijzen, niet onnodig ingrijpen. Besteed het geld anders dan nu het geval is”, geeft een Emmenaar aan.

“De hele gezondheidszorg is een verdienmodel”, meent een inwonster van Assen. “Heel het feit dat er verdiend wordt aan zieke mensen, dat deugt al niet.”

Keuzes maken

“Ja, ik vind dat wij ontzettend veel kwijt zijn aan de zorgpremie. En wij hebben geen zorgvraag”, vertelt een inwonster van Hoogeveen. “Net zoals wij van ons salaris afdragen aan de AOW, zie ik de zorgpremie als mijn bijdrage aan de zorgkosten voor mijn vader.”

“We kunnen niet al het geld in de zorgkosten van zestigplussers stoppen”, zegt een Emmense. “Er moeten keuzes gemaakt worden, maar ik ben blij dat ik niet in de regering zit. Wat je ook kiest, het is nooit goed.”



Personeelstekort, wen er maar aan of bieden robots uitkomst?

In de zorg werken ongeveer anderhalf miljoen mensen. Eén op de zes werkenden is nu werkzaam in de zorg. Als alle ontwikkelingen doorgaan zoals ze nu zijn, moet in 2060 één op de drie werkenden in de zorg actief zijn. En dat terwijl er nu al 67.000 vacatures zijn. Wat merken we van het personeelstekort en hoe lossen we het probleem op?

“Een paar jaar geleden lag ik met een ernstige hersenontsteking in het ziekenhuis. Ik moest 's nachts vaak plassen, maar de verpleegkundige had geen tijd voor mij. En dus kreeg ik maar een katheter en op een gegeven moment moest ik zelfs met een luier aan slapen.” Een inwonster van Assen heeft de gevolgen van de hoge werkdruk in het ziekenhuis letterlijk aan den lijve ervaren. “Dit zijn de meest verschrikkelijke ervaringen die ik heb gehad.”

De tijd wordt korter

“Ik ben afgestudeerd als helpende. Ik heb een jaar in een verzorgingstehuis gewerkt, dat was verschrikkelijk”, vertelt een inwonster van Drijber. “Je loopt met twee mensen op een gang met dertien bewoners. De werkdruk was heel hoog. Ik had collega's die rustig een sigaretje gingen roken terwijl cliënten op de wc zaten. Ik rende daar de beentjes uit mijn lijf.”

“Wij hadden best wel een wat oude garde daar werken. Als je lang in de zorg werkt, verlies je misschien een beetje de liefde voor het werk en ga je dingen afraffelen. Dat vond ik heel erg.”

“Meer dan vijftig jaar heb ik aan het bed gestaan. Door de bezuinigingen zijn er veel minder handen aan het bed”, vertelt een Emmense. “Ja, je leidinggevende zegt dat je je werk anders moet indelen. Hoezo anders indelen? Er wonen

nog net zoveel cliënten op de afdeling, we hebben dezelfde zorgtaken en dan moet je het ineens met z'n vieren doen in plaats van met zijn vijven. Dat gaat ten koste van de cliënt, de bewoner. De kwaliteit van de zorg in Nederland is redelijk goed. Ik denk wel dat iedereen die in de zorg werkt het zo goed mogelijk wil doen.”

“Ik werk in de thuiszorg. Het is steeds harder werken, voor steeds minder geld eigenlijk”, licht een Hoogeveense haar ervaringen toe. “Ik zie dat de tijd steeds korter wordt. Dat we bijvoorbeeld steeds minder minuten, we praten altijd in minuten, krijgen om iemand te douchen. Het is gewoon niet realistisch meer. Tijd voor een bakje koffie zit er niet in. Het sociale praatje doe je in je eigen tijd, je bent toch begaan met de mensen.”

“Een vriend van mij werkt als zelfstandige in de zorg. Hij vraagt een gigabedrag van tachtig euro per uur”, vertelt een inwonster van Assen. “Hij werkt ook met demente ouderen. Dat is zijn doelgroep niet, maar ja ze hebben iemand nodig. Hij zit, bij die groep mensen waar hij geen binding mee heeft, puur om geld te verdienen. Hij heeft geen liefde en aandacht voor zijn cliënten. Hij irriteert zich er eigenlijk alleen maar aan. Daar komt hij ook eerlijk voor uit.”

Ik raad het mijn kinderen af

“Als je naar een verpleegkundige kijkt die aan je bed komt, die verdient helemaal niet de hoofdprijs in het ziekenhuis.

Die moet genoeg nemen met applaus als er corona is. Ik bedoel, die zouden ze rustig wat meer kunnen belonen”, meent een inwoner van Smilde. “En dan al dat onnodige administratieve werk dat ze moeten doen. Dat moet van de zorgverzekeraar. Dan denk ik: waarom zorgverzekeraar, je weet toch wat er speelt in het ziekenhuis?”

“Nou, hoe hebben wij onze zorgverleners die zich helemaal te pletter hebben gewerkt tijdens de coronacrisis behandeld? Hoeveel van die mensen zitten nu thuis met longcovid”, vraagt een inwoner van Hollandscheveld zich af. “Ik raad het mijn kinderen af in de zorg te gaan werken. Steeds meer regelgeving, steeds meer papierwerk... daar hebben de zorgverleners niet voor gekozen. Ze hebben gekozen om te zorgen in de zorg, anders waren ze wel administrateur geworden.”

“Ik werk niet meer in de zorg. Ik heb vier stages gelopen. Daarin ervoer ik zoveel druk. Die druk ging niet weg na mijn studie. Mijn collega’s gaven hun privéleven op voor het werk.” Een inwonster van Borger heeft een andere keus gemaakt. “Ik heb besloten dat ik dat niet wil, ook niet voor mijn gezin. Mijn visie voor de toekomst voor mij en mijn gezin ziet er anders uit.”

“Als medewerker in de zorg had ik een bepaald beeld van hoe je zorg moet leveren. Neem de tijd, daar verdien je tijd mee. Dat is mij altijd geleerd”, vertelt een inwoner van Emmer Compasuum. “Door alle veranderingen krijgen we die tijd steeds minder. De sociale contacten nemen af en mensen worden een nummer.”

“Ik ben hoogopgeleid en had een leidinggevende functie”, vertelt een inwonster van Vledder. “Ik ben gestopt met leidinggeven toen de patiënt een cliënt werd. Nu werk ik weer als verzorgende; lekker doen waar ik mezelf goed bij voel.”

Anders organiseren

“De oplossing voor het personeelstekort? Prijs de zorg aan. Vroeger op school dacht ik ook dat ik nooit konten zou wassen. Dat vond ik verschrikkelijk. Als je op school

al leert dat het veel meer is dan dat, willen meer mensen graag in de zorg werken”, geeft een inwonster van Drijber als tip. “Of laat iedereen na school een maandje in een verpleeghuis meewerken. Ik denk dat je er dan heel anders tegenaan kijkt. Je krijgt zoveel liefde terug en de bewoners hebben zulke mooie verhalen.”

Een inwoner van Meppel vindt een maandje meelopen veel te kort. “Laat iemand die van school komt de keus: twee jaar dienst in gaan of twee jaar maatschappelijke zorg. Dat ontlast de zorg direct en ongetwijfeld zullen er mensen zijn die verder gaan in de zorg.”

“Als alle vrijwilligers in de zorg stoppen, gaat het pas echt mis. Vrijwilligerswerk zou wel wat meer gewaardeerd mogen worden”, meent een inwonster van Pesse.

“Onze dochter leert voor verpleegkundige, maar ze kan geen stageplekken vinden”, vertelt een inwonster van Emmer Compasuum. “Er is geen personeel om haar tijdens de stage te begeleiden. Hoezo? Ga daarin investeren!”

“Ik las in de krant een artikel over twee jonge asielzoekers, ze hebben de juiste papieren om in de zorg aan de slag te gaan en willen graag, maar ze hebben geen status en mogen daarom niet werken”, vertelt een deelnemer aan een groepsgesprek in Nietap. “Dat moet echt anders georganiseerd worden.”

“Ze halen nu mensen uit de Filipijnen, hoorde ik op de radio”, vertelt een Assense. “Ze zijn goed opgeleid. Spreken ook Nederlands. Dat is heel belangrijk, vooral als je aan een ziekbed bij iemand staat. Dan denk ik van ja, als het er anders niet is dan zal het moeten.”

Volgende week naar de huisarts

“Vroeger maakte je een afspraak bij de huisarts. Nu wordt er een schifting gemaakt; moet je naar de huisarts, naar de praktijkondersteuner of wat dan ook. En eerder was het ook zo dat als je belde, kon je dezelfde dag nog terecht”, vertelt een inwoner van Meppel. “Nu moet je anderhalve week wachten om bij de huisarts terecht te kunnen, als je geluk hebt.”

“Ik heb positieve ervaringen met een praktijkondersteuner van onze huisarts”, geeft een Beilenaar aan. “Het is een toegevoegde waarde voor een huisartsenpraktijk om voor meerdere onderwerpen deze specialisaties te hebben. De praktijkondersteuner heeft ook korte lijntjes met een specialist. Voor een huisarts is dat niet meer allemaal te doen. Mijn praktijkondersteuner heeft mij heel praktisch en heel simpel in een paar korte gesprekjes heel veel verder geholpen.”

“De oude huisarts bestaat niet meer, dat kan ook niet meer. Huisarts zijn, was vroeger een roeping. De huisarts was altijd huisarts. Altijd bereikbaar: in de avond, in het weekend”, geeft een inwoner van Borger aan. “Nu kun je tussen negen en vijf naar de huisarts, daarbuiten is er de huisartsenpost. Dat hoeft geen probleem te zijn.”

Een deelneemster aan het groepsgesprek in Pesse: “Huisartsen werken tegenwoordig in een groepspraktijk. Je krijgt nooit dezelfde huisarts. Je leert de arts niet goed kennen en de arts jou niet.”

“Hoe moeten huisartsen nog gewone zorg kunnen blijven bieden als zij ook van die mini-operaties gaan doen”, vraagt een inwonster van Hoogeveen zich af. “Ik snap heus wel dat sommige huisartsen het hartstikke leuk vinden om van die kleine huidkankertjes weg te halen of zo, maar ik heb liever dat hij de mensen helpt. Kies voor gewone zorg in plaats van dit soort mini-operaties.”

“Zorg voor meer huisartsen in de dorpen”, zegt een inwoner van Zuidlaren. “Hoe? Stel een extra beloning in het vooruitzicht en geef subsidie.”

Gewassen door een robot

“Ja hoor, als hij of zij een beetje leuk is, wil ik wel door een robot gewassen worden”, zegt een Emmense lachend. En dan serieus: “Ik word liever door een robot gewassen dan elke week door een andere medewerker.”

“Nee, ik wil niet gewassen worden door een robot”, zegt een inwoner van Ruinerwold. “Mijn wereldje is al zo klein. Alle contacten zijn meegenomen.”

“Ik denk dat het verre van ideaal is, gewassen worden door een robot”, meent een Meppeler. “Je zoekt toch altijd nog de verbinding met mensen. Natuurlijk heb je in het ziekenhuis wat minder verbinding met mensen, maar om dan te moeten praten tegen zo’n stukje staal... dat lijkt mij niet gezond. Het bezorgen van de maaltijden zie ik wel gebeuren. Dat er zo’n robot bij jou in de kamer een bord nasi op je bed zet.”

“Als de zorgvraag toeneemt, moet je daar ook andere middelen inzetten. Wij hebben in de landbouw ook steeds meer machines ingezet. Zet steeds meer robots in”, zegt een inwoner van Tiendeveen. “We gaan ernaar toe dat we steeds meer hulpmiddelen krijgen. In het begin kijk je daar gek tegenaan, maar ik geloof wel dat dat goed gaat komen.”





Digitalisering en e-health de heilige graal voor de zorg?

Er wordt in de zorg veel verwacht van digitalisering en e-health. Soms lijkt het alsof beleidsmakers het zien als 'Haarlemmer olie'; als de oplossing voor alle problemen in de zorg. Hoe reageren de inwoners van Drenthe: omarmen of afstoten?

"Mij werd laatst een app geadviseerd, vanwege mijn longen. Toen heb ik gezegd: 'ik ben niet mijn longen'", vertelt een inwoner van Beilen. "Ik ben een mens die leeft en af en toe heb ik last van mijn longen en daar moet ik mee omgaan. Ik wil niet iedere dag bezig zijn met mijn app om aan te geven dat ik een longprobleem heb. Dan word ik helemaal gefocust op dat probleem. Nee, ik wil er niet constant mee bezig zijn."

"Je gaat die medische wetenschap als hoofdtoon van je hele leven pakken. En de hoofdtoon is volgens mij verbinding van mensen, zinvol bezig zijn. Ook als je ouder bent. Niet alleen maar bezig zijn je gezondheid in stand te houden."

Beperkingen

"In de zorg gaat het om mensen. Ik heb de ervaring dat een luisterend oor soms al zoveel lucht kan geven dat de klachten verdwijnen", vertelt een Hoogeveense. "Door het luisterend oor verdwijnen buikklachten, kan iemand weer beter slapen en dus ook weer beter functioneren op het werk. Op het moment dat je een luisterend oor vervangt door techniek ben je dat effect kwijt."

"Het idee dat ouderen in het verzorgingstehuis gezelschap moeten worden gehouden door een robot...", een inwonster van Assen heeft het niet op robotisering.

"E-health vind ik wel prima. Alles bijhouden op een app en zoals in de coronatijd via beeldbellen overleggen met de arts. Al zitten daar wel beperkingen aan. Het is minder dan een gesprek in de spreekkamer. De arts kan minder goed jouw emotie lezen en jij voelt je minder omarmd door de arts. Menselijk contact moet voorop staan."

"Als je voor een scherm zit, is er afstand. Ik denk niet dat een mens dan helemaal open is naar de arts toe", zegt een inwoner van Hollandscheveld. "En stel je hebt een versleten heup en je komt binnenlopen bij de specialist. Een goede zal direct al weten wat er aan de hand is. Aan het scherm mis je heel veel informatie. Digitalisering kan een bijdrage leveren aan de zorg, maar het zal niet de oplossing van de problemen in de zorg zijn."

"Het is inderdaad afstandelijke zorg, maar volgens mij moet je niet zo vaak bij een dokter willen zitten", vertelt een inwonster van Wijster. "Alleen als je echt hulp nodig hebt, ga je naar een dokter. Het is je vriendje niet."

Flinke uitdaging

"Sinds kort hebben we weer een huisarts in het dorp", vertelt een inwonster van Zwartemeer. "Maar daar gaat alles ook digitaal. Je moet alles via de computer doen. Formulieren voor bloedprikken moet je zelf uitprinten. Een afspraak maken? Via de computer. Uitslagen van

onderzoeken? Die staan in de computer. Bij de apotheek haal je de medicijnen met een code uit de automaat. Er is niets meer persoonlijk.”

“Ik red me wel, maar mijn ouders niet. Mijn ouders zijn 82 en 85, die moeten ook alles digitaal doen, maar dat wordt ‘m niet meer.”

“En ik durf een hoop op de computer hoor, maar er zijn zaken die ik liever niet doe. Alleen moet je tegenwoordig wel”, geeft een inwonster van Emmen Compascuum aan. “Veel websites zijn niet zo makkelijk. Ik heb er geen grip op. Als ik hoor dat je nu op een website medicijnen kunt bestellen, dat is voor mij een flinke uitdaging.”

“Wij werken ook digitaal via de telefoon en als ik geen wifi heb, kan ik helemaal niets. Ben ik al mijn gegevens kwijt”, vertelt een Hoogeveense die in de thuiszorg werkt. “Rapporteren, metingen noteren, gewicht, bloedsuikers, wond-app, stappenplan,... alles wat we bij iemand thuis doen, staat erin.”

“Ik zit zelf ook liever tegenover iemand. Dat vind ik persoonlijker, dat praat wat makkelijker. Voor kleine dingen of uitslagen vind ik digitaal prima. Met oudere mensen moet je dat helemaal niet willen, wat een drama! Dat heb ik nu al wel eens als ik met een oudere cliënt afspreek dat ik zal bellen. Zijn ze hun mobieltje kwijt als ik bel!”

Vrijheid terug

“Ik ken een oudere man met diabetes. Hij moest zelf spuiten, maar kon slecht zien. Hij gebruikt nu de iPad zodat iemand met hem kan meekijken. Vroeger kwam er drie keer per dag iemand langs en nu helemaal niet. Meneer heeft zijn vrijheid terug”, vertelt een deelnemer aan het groepsgesprek in Borger. “Digitalisering is een hulpmiddel waar je veel aan kunt hebben, maar mensen die in de zorg werken, willen mensen helpen. Het is de vraag of zij willen digitaliseren.”

“Wij kunnen onze huisarts online een bericht sturen. Je wordt daardoor sneller geholpen”, vertelt een inwonster

van Emmen. “Ik hoef niet meer te wachten tot ik volgende week een keer langs kan komen. Ik krijg snel een reactie van hem en maak eventueel alsnog een afspraak. Vroeger kon je alleen een afspraak maken en ging je daar misschien heen terwijl het helemaal niet nodig was.”

“Ik denk dat het goed is dat een verpleegkundige menselijk contact heeft. Je ligt er niet voor je lol”, zegt een inwonster van Wezuperbrug. “Keukenpersoneel vervangen door techniek. Snuffjes waardoor verpleging het wat rustiger heeft. Daar ben ik groot voorstander van als daardoor het persoonlijk contact toeneemt.”

Standaard e-health

“Thuis als het kan, digitaal als het kan en zelf als het kan. En anders naar een zorgverlener. Ik zou daar prima mee uit de voeten kunnen. Ik ben best wel bedreven op het gebied van internet en digitale zaken”, vertelt een Emmense. “Maar dat geldt niet voor iedereen.”

“Er heerst het beeld dat ouderen bij elkaar zitten in een bejaardenhuis in bloemetjesjurken en samen ‘het kleine café aan de haven’ zingen”, geeft een deelnemer aan het groepsgesprek in Borger aan. “Maar er is een andere generatie ouderen. Wij zijn al aardig vaardig. En de ouderen na ons zijn geboren met de mobiele telefoon.”

“Het hangt er natuurlijk wel een beetje vanaf waar het om gaat. Persoonlijk contact is soms gewenst, maar niet altijd. Ik kan me voorstellen dat het standaard e-health is, tenzij er persoonlijk contact nodig is”, vertelt een inwoner van Assen. “Nu is persoonlijk contact nog de norm. Terwijl ik me heel goed kan voorstellen dat we het omdraaien.”

Aanvaarding

“Als ik wat wil vragen aan mijn huisarts, typ ik gewoon even berichtje en krijg ik binnen 24 uur een reactie. Als ik naar de huisarts toe moet, denk ik altijd dat ik in de wachtkamer zieker word dan ik al ben”, vertelt een inwonster van Roderesch. “En ja, een digitale huisarts

mag van mij ook in Limburg zitten. Ik denk dat een verkoudheid een verkoudheid is.”

“We hebben innovatie nodig om straks ook nog mensen te kunnen verzorgen”, meent een deelnemer aan het groepsgesprek in Nietap. “Er zijn gewoon te weinig mensen in de zorg.”

“Uiteindelijk groeien we erin. Er zal een soort van algehele aanvaarding ontstaan. En als het je zelfredzaamheid vergroot, is het geen koude techniek, maar een hulpmiddel”, vertelt een inwonster van Hoogeveen. “Onze kinderen wonen hier niet, dus ik moet zelfredzaam zijn. Hoe meer techniek, hoe beter het is. Die aanvaarding komt er echt. Wij omarmen het, het is een nieuwe werkelijkheid.”



De beste ziekenhuiszorg: dichtbij of verder weg?

Hoe gehecht zijn we aan ons ziekenhuis 'om de hoek'? Zijn we bereid verder te reizen als daar de beste dokters aan het werk zijn? En wat doe je als je in Drenthe drie maanden moet wachten op een operatie en volgende week al in Maastricht terecht kunt? Of net over de Drentse grens in Duitsland? Hoe reislustig is de Drent als het om ziekenhuiszorg gaat?

"Er brak laatst iemand zijn pols. Hier in Hoogeveen werd een foto gemaakt, de pols moest gezet worden in Emmen. Uiteindelijk werd besloten tot een operatie in Stadskanaal", vertelt een inwonster van Hoogeveen. "Bij die operatie openen ze een operatieset en laten ze iets steriels vallen. Het was de laatste set. Hij kon weer inpakken. Oude man, hè. Vijfenzeventigplusser. Dat wij in die lus met drie ziekenhuizen zitten, vind ik heel droevig." "Als er iemand in het UMCG op de spoedeisende hulp komt met buikklasten willen ze daar best even naar kijken. Blijkt het een blindedarm te zijn, moet hij terug naar het Martini Ziekenhuis", vertelt een inwonster van Peize. "Een blindedarm doen ze niet in het UMCG. Daar zit je dan met je acute ontsteking. Ben je eerst naar het Martini geweest omdat daar de huisartsenpost zit. Word je naar het UMCG gestuurd en sturen ze je daar weer terug. We slaan een beetje door."

Familie om je heen

"Natuurlijk wil je zorg het liefst dichtbij, maar nou ja Nederland is niet zo heel groot. Als kinderen kanker krijgen, moeten ze soms naar Utrecht of Amsterdam. Dat lijkt me wel heel heftig. Aan de andere kant krijgen ze dan de goede zorg en kun je als ouder daar verblijven. Ik kies liever voor kwaliteit dan voor dichtbij", vertelt een Assense. "Ik ben ook niet gehecht aan een bepaald ziekenhuis."

"Ik hecht veel waarde aan de dingen die ik ken en waarvan ik weet dat ze goed voor mij zijn", vertelt een plaatsgenote. "Ik hecht veel waarde aan de artsen die ik ken. Ik word behandeld hier in Assen in het ziekenhuis, in het UMCG, in het Martini en in het MCL in Leeuwarden. Dat zijn er heel wat, maar ik wil per se in een van mijn eigen ziekenhuizen zijn."

"Het is ook belangrijk dat je je familie om je heen hebt als je opgenomen bent", vertelt een inwonster van Hoogeveen. "Voor mij was dat in ieder geval heel belangrijk. Als je verder weg in een ziekenhuis ligt, wordt dat lastiger. Je bent sowieso eenzaam in een ziekteproces, maar dan helemaal. Dat is niet helpend bij het weer oprakbelen."

Specialiseren

"Ik denk dat het beter is dat ziekenhuizen zich specialiseren. Dat hele idee van streekziekenhuizen is achterhaald", meent een inwonster van Assen.

"Ik vind het belangrijk dat ze veel specialisten bij elkaar zetten en dan heb je bijvoorbeeld een ziekenhuis alleen voor het hart en een andere alleen voor maagdarmklachten. De afstand is wel vervelend, maar dan weet je in ieder geval dat je goed geholpen wordt", vertelt een Beilenaar. "Ik denk wel dat de mobiliteit van de gemiddelde Nederlander te positief wordt ingeschat. Mijn zus kan niet meer rijden en mijn zwager mag niet meer rijden. Dat autootje is geen

oplossing meer, dus moeten ze over op openbaar vervoer. Dat is een probleem hier in het noorden.”

“Ik weet dat er sprake is geweest van één centraal ziekenhuis in Drenthe, in Beilen. Nou, ik zou zeggen: doe dat”, beveelt een inwonster van Hoogeveen aan. “Dan is het voor iedereen gewoon helder. Het is echt niet normaal nu; Hoogeveen, Emmen en Stadskanaal. En elke keer maar op het kaartje kijken waar je wordt verwacht. Oh nee, toch niet in Stadskanaal, de controle is in Emmen. Ik kan niet genoeg benadrukken hoe waardeloos ik dat vind. Veel ouderen raken er onzeker door.”

Een jaar verder

“Vorig jaar zomer had ik behoorlijk last van een hernia. Ik moest bijna drie maanden wachten op een MRI en dan weer een paar maanden wachten voor je bij de neuroloog terecht kon. En als die besluit dat het een operatie wordt, ben je zo weer in totaal een jaar verder”. Een inwoner van Meppel nam geen genoegen met dat vooruitzicht. “Ik heb overal druk achter gezet en andere ziekenhuizen aangeschreven en gebeld. Met acht weken lag ik met mijn hernia op de operatietafel bij de Bergman Kliniek in Arnhem. Zelfde zorg, je bent alleen sneller aan de beurt. Ik vond het wel mooier en netter, de kamers zijn ingericht als een soort Van der Valk-suite.”

“Ik ben naar Naarden geweest voor een knieoperatie”, vertelt een inwonster van Emmen. “Ver weg inderdaad, maar ik kon de dag na de operatie alweer naar huis.”

“De liesbreuk van mijn man begon steeds meer op te spelen. In Zwolle moesten we een half jaar wachten op een operatie. Met twee maanden konden we terecht in Hoogeveen”, vertelt een Meppelse.

“Ik heb een vernauwing bovenin de rug en steeds meer last van tintelingen in mijn rug. We laten even een MRI maken, zei de huisarts, en dan moet je naar de neuroloog.” Een inwonster van Rodersch vond het prima en wilde weten hoe lang dat ging duren. “De huisarts ging het even opzoeken. Het UMCG doet dat al niet meer, niet

interessant genoeg. Bij Martini tussen de zeven en negen maanden. Drachten zes maanden. Leeuwarden vijf weken. Ja, dan weet je wel waar ik heen ga.”

Facetimen in Maastricht

“Een operatie in Maastricht of in Meppen in Duitsland? Dan ga ik voor Maastricht”, zegt een Hoogeveense. “Ik heb niet zoveel met Duitsland, heel eerlijk. Ik vind dat het in Nederland moet. Ik kom hier weg. Het systeem is hier redelijk goed en in Duitsland weet ik het gewoon niet.”

“Ja, ik weet dat het in Duitsland kan”, vertelt een inwoner van Assen. “Dan zou ik me wel even moeten verdiepen in de gezondheidszorg in Duitsland. Wat betekent het precies, opereren in Duitsland? Is de kwaliteit daar hoog genoeg? Ik kan me wel voorstellen dat ik besluit het te doen.”

“De zorg in Duitsland is vaak veel beter dan hier in Nederland”, vertelt een deelnemster aan het groepsgesprek in Pesse. “Een vriendin van mij heeft een nieuwe knie gekregen en dat was echt super, alles. Haar man mocht er slapen. Ze heeft het gewoon zelf uitgezocht en het werd ook gewoon via de verzekering betaald.

De taal? Google translate of gewoon Drents praten!”

“Voor een specialistische operatie wil ik wel naar Maastricht, maar niet voor een standaardgreep. Dan wacht ik wel tot ik in Emmen geholpen kan worden. Als ik in Emmen drie maanden moet wachten en volgende week al in Duitsland geholpen kan worden? Dan wacht ik drie maanden. Ik ga niet naar Duitsland”, vertelt een inwonster van Zwartemeer.

“Een operatie verder weg is voor mij geen probleem”, geeft een deelnemster aan het groepsgesprek in Zwartemeer aan. “Ik heb zes dagen in Maastricht gelegen. Ik had mijn iPad mee en ging gewoon facetimen. Maar dat geldt niet voor iedereen; mijn zus moest naar Hoogeveen en zij was de dag daarvoor al hysterisch.”



Kan naoberhulp professionele zorgverleners vervangen?

Naoberhulp, een bekend begrip in Drenthe. Geldt dat ook voor de jonge inwoner en/of de import-Drent? Is anno 2023 naoberhulp nog mogelijk? Is er sprake van een nostalgisch terugverlangen naar vroeger? Naoberhulp, er wordt veel over gepraat...

“Door de buurvrouw je billen laten wassen, ik weet niet of ik dat snel zou laten doen. Maar boodschappen doen en dat soort dingen zeker wel”, vertelt een inwoner van Beilen. “Op dat punt heb ik een ontwikkeling doorgemaakt. Ik werkte bij een gemeente en toen kwam die zogenaamde participatiemaatschappij aanzetten. Ik had sterk het idee dat de overheid het dumpte bij de gemeente en de burgers. Vooral bij de burgers. Geleidelijk aan ben ik gaan inzien dat het de enige manier is om de samenleving overeind te houden. Dat mensen zich weer met elkaar gaan bemoeien en elkaar gaan helpen.”

Sociale controle

“Naoberhulp is de preventie naar professionele zorg”, vertelt een inwonerster van Wijster. “Kijk gewoon wat meer naar elkaar om”, zegt een inwonerster van het nabijgelegen Drijber. “Let op je tachtigjarige buurman. Ga kijken als je hem niet buiten ziet of als 's avonds de gordijnen niet dicht gaan.”

“Naoberhulp is hier heel belangrijk, meer dan in de Randstad”, meent een inwoner van Alteveer. “Wij hebben hier een buurtvereniging. Ze moeten wel een tip krijgen dat er wat aan de knikker is. Het is voor mij meer de sociale controle onder elkaar. Heeft ze vandaag de gordijnen open? Gaat het goed of heeft ze extra aandacht nodig?

Als ze zegt: ‘er ligt een bult blad, kun je dat aanvegen’, zeg ik: ‘dat kunnen je kleinkinderen ook wel doen’. Zo ben ik ook wel weer.”

“Mijn ouders wonen niet direct in de buurt. Anders had ik natuurlijk gevraagd ‘goh mam ik zit er doorheen, wil jij twee ochtenden voor mijn zoontje zorgen’. Ik heb natuurlijk wel vriendinnen, maar die wil je er niet mee belasten. Die hebben zelf een gezin, die werken. Nee, dat doe je niet”, vertelt een inwonerster van Assen. “Ik vind het heel ingewikkeld om hulp te vragen, maar als er nou een soort maatjeshulp is. Een ander gezin met ruimte en tijd die even voor een kindje van iemand anders kan zorgen. Dat zou mij geholpen hebben.”

Netwerk

“Ik moet als thuiszorgmedewerker soms steunkousen aantrekken, terwijl eigenlijk iedereen dat zou kunnen doen. En er zijn ook mensen waar je alleen even een maaltijd warm maakt in de magnetron. Tien minuutjes staan daarvoor. Je gooit de maaltijd nog net niet op tafel, maar zo voelt het wel. Met meer naoberhulp zijn wij professionals minder nodig”, vertelt een Hoogeveense.

“Er mag binnen de thuiszorg wel wat meer focus zijn op wat iemand zelf kan doen”, geeft een inwoner van Assen aan. “En als ik een buurman heb die elke dag wil

dat een maaltijd in de magnetron wordt gezet en voor hem neergezet, nou dat wil ik wel doen. Te snel wordt geaccepteerd dat er geen netwerk is.”

“Maar het vraagt ook wel iets. Je kunt niet meer alleen met de cliënt spreken. Je moet ook met de zoon of wie dan ook rond de tafel. Ik zie complexiteit, maar ook de vanzelfsprekendheid waarmee van een gezondheidsinstituut gebruik wordt gemaakt. Ik heb in de psychiatrie gewerkt, die mensen hebben bijna geen netwerk meer. Die hebben in hun netwerk vaak veel ellende veroorzaakt. Het ligt allemaal behoorlijk genuanceerd.”

Geen contact

“Onze zoon ondersteunt ons wel. De burens enzo, die sturen wel een kaartje, maar voor de rest...”, een inwoner van Tiendeveen merkt niets van naoverhulp terwijl zijn vrouw bedlegerig is en thuis verzorgd wordt.

“Naoverschap is iets uit het verleden, dat werkt nu niet meer. Ik heb wel gewerkt, maar altijd parttime. Toen we jonge kinderen hadden, heb ik een hele periode niet gewerkt. In mijn tijd begeleidde je je ouders bij wijze van spreken naar het graf. Je verzorgde je eigen ouders”, vertelt een inwoner van Meppel. “Een term als participatiemaatschappij is lulkoek voor mij. Daar moeten we niet meer op rekenen. Vroeger kwam de zorg meestal op de vrouw terecht. Die werkte niet of maar beperkt. Tegenwoordig is die situatie heel anders.”

“Vorig jaar lag mijn vrouw in het ziekenhuis en ik zat met corona thuis. Ik mocht niet naar buiten en geen contact hebben met andere mensen, maar er was ook niemand die naar mij omkeek”, vertelt een Smildenaar. “Onze burens weten niet eens hoe wij heten. Dat zijn Syrische vluchtelingen. Nou is dit nog een dorp, maar zelfs hier weten we weinig van elkaar.”

“Vaak wordt gezegd dat er hier op het platteland nog naoverhulp is, maar dat is niet zo. Mensen die hier wonen en van buiten komen, hebben geen idee wat naoverhulp is. Als je om hulp vraagt vanwege een medisch probleem

verwijzen ze je naar de huisarts. En als je vraagt of ze een boodschap willen meenemen, zeggen ze: bel maar even met de winkel, misschien brengen ze het wel”, vertelt een inwoner van Schoonoord. “Met alle respect, maar de import weet echt niet hoe het er in een dorp aan toe ging vroeger.”

Ouders en kinderen

“Vroeger woonden we dicht bij elkaar. Families woonden dicht bij elkaar. Dan helpen mensen elkaar veel sneller”, meent een inwoner van Hoozevee. “Kijk, ik kan mijn dochter bellen, die woont in Pesse. Als het nodig is, doet ze alles voor me. Maar mijn zoon woont in Amersfoort. Ik vind wel dat je makkelijker moet kunnen vragen. Oude mensen zijn soms heel traag met iets vragen. Ja, ik vind dat je je burens moet kunnen helpen. En jouw kinderen moeten jou kunnen helpen.”

“Als jij gewoon goed met je kinderen overweg kunt, gebeurt het automatisch wel dat ze helpen. Dan is het ook niet moeilijk om een kleine gunst of zo te vragen”, meent een andere Hoozeveense. “Maar ik vind het niet reëel dat je kinderen alles voor je moeten doen. Het verhaal jij moet voor je moeder zorgen, want die heeft vroeger voor jou gezorgd, daar geloof ik niet in. Die kinderen hebben hier ook niet om gevraagd, dat heb je zelf gedaan.”

Gloeiende kooltjes

“Weet je, een mens is niet gemaakt om alleen te zijn. Als je een gloeiend kooltje hebt, die dooft. Maar als je heel veel gloeiende kooltjes bij elkaar legt, blijven ze allemaal gloeien. Dat werkt bij mensen net zo”, vertelt een inwoner van Peize. “Je hebt gewoon contact nodig.”

“Naoverhulp is voor mij vanzelfsprekend, maar dat komt omdat ik uit een klein dorp kom. Uit eenzaamheid komen veel mentale problemen voort. Hoeveel moeite is het als je toch bij de supermarkt bent om boodschappen voor je oude buurvrouw mee te nemen? En als je een kwartiertje bij haar bent als je de boodschappen brengt, kan ze daar twee dagen op teren.”

“Ik woon in een dorp, maar ik heb niet veel contact met de mensen hier. Dat ligt aan mezelf, laten we dat maar zeggen”, geeft een inwonster van Exloo aan. “Op het moment dat je meer mensen nodig hebt, ga je automatisch meer contact zoeken. Denk ik.”

Geen tijd

“We zitten nu in een maatschappij waar bijna iedereen van mijn leeftijd moet werken om het hoofd boven water te houden. In mijn kindertijd waren de moeders thuis of hadden parttimebanen. Ik wil best voor mijn moeder zorgen”, vertelt een deelnemer aan een groepsgesprek in Nietap, “maar dan zou er wel een mantelzorgwoning bij ons in de tuin moeten komen en moet ik van mijn werkgever betaald zorgverlof krijgen.”

“Mijn leidinggevende ziet me aankomen”, vertelt een andere deelnemer aan hetzelfde gesprek. “Dan moet ik de klas naar huis sturen, omdat ik met mijn moeder naar het ziekenhuis moet.”

“Er is geen tijd meer voor naoverhulp”, meent ook een inwonster van Zwartemeer. “Ik heb het aan den lijve ondervonden. Ik heb aan beide kanten jonge burens wonen. Er lag een keer een briefje in de brievenbus met de tekst ‘als je ons nodig hebt, bel maar’. Toen mijn man naar het ziekenhuis moest, belde ik naar hun vaste nummer. Niemand thuis. Een mobiel nummer had ik niet. Het is allemaal goed bedoeld, maar in de praktijk werkt naoverhulp niet meer.”



Zo lang mogelijk zelfstandig wonen, willen we dat wel en hoe dan?

Een goede woning is een thuis. Is jouw oude vertrouwde woning nog steeds een thuis als je wat ouder wordt en alles niet meer vanzelf gaat of als je van zorg afhankelijk wordt? En wat doe je als thuiswonen echt niet meer gaat?

“Natuurlijk wil je zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar dat heeft wel een paar nadelen”, schetst een inwonster van Hoogeveen. “Ten eerste; de zorg wordt duurder. Ten tweede: je bent alleen. Ten derde: je zit in een huis waarin eigenlijk een heel gezin kan wonen. Als ik in dit huis alleen zou wonen... We hebben vier slaapkamers en je kunt er makkelijk vijf van maken. Ondertussen zijn er jonge gezinnen die een groter huis willen kopen, maar ze zijn er niet. Waarom hebben we in vredesnaam de bejaardenhuizen opgeschaald naar verzorgingshuizen? Ik denk dat dat weer moet worden afgeschaald. En ik ben het ermee eens dat die kamertjes uit de jaren zestig niet meer kunnen.”

Hoe zelfstandig zijn we?

“Ik denk toch dat we meer zelfredzaam moeten worden. We moeten woningen zo bouwen dat mensen daar kunnen blijven wonen. Ons huis is twintig jaar oud er moet wat aan gebeuren. We gaan nu verbouwen voor de toekomst”, vertelt een andere Hoogeveense. “Onderaan de trap komt stroom, zodat we als het nodig is direct een traplift kunnen aansluiten. En in de wc’s komen overal douchetoiletten. Een douchetoilet is fantastisch. Je kunt met je rollatorje naar de wc en wordt van onderen verzorgd. Er hoeft geen zorg aan te pas te komen. Dus ik zou zeggen: moet je iets

vernieuwen in huis denk dan ook na over de vraag of je je kunt redden in de douche en de wc.”

“Wij hadden een grote eengezinswoning en sliepen op zolder. Ik kon die twee trappen niet meer op en de badkamer was gedateerd. Toen kwam deze kans voorbij. Het is een uit de hand gelopen seniorenwoning geworden”, vertelt een inwonster van Beilen. “Alles op de begane grond is rolstoeltoegankelijk. Tegelijk hebben we er een mantelzorgwoning tegenaan geplakt; in de hoek van het huis hebben we een aangepaste badkamer en een slaapkamer. En door het kozijn te verplaatsen, kunnen we er nog een extra kamertje bij trekken.”

“Het is in principe een woning voor een gezinnetje en een ouder echtpaar of een alleenstaande geworden. Daar is het op gericht: als er met een van ons wat gebeurt, kan de ander op dit mooie plekje blijven wonen. Stiekem hoop je dat een van de kinderen dan hier gaat wonen. Tegelijkertijd weet je dat helemaal niet. Op dit moment zijn ze natuurlijk allemaal met hun eigen leven bezig.”

“Wij zijn van een eengezinswoning in de stad naar dit appartement gegaan”, vertelt een inwonster van Meppel. “Mijn man is twaalf jaar geleden heel ziek geweest. Toen kon hij geen trappen meer lopen. Toen zaten we van ‘ja, wat gaan we doen?’ Als je ouder wordt, ga je daar over nadenken. Hoe zelfstandig zijn we?”

Samen doen

“Moet iedereen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, vraag ik me wel eens af. In mijn straat wonen veel oudere mensen en als je dan ziet hoeveel thuiszorgmedewerkers door de straat wandelen. Als deze mensen bij elkaar wonen, kun je met minder mensen meer doen. Ook zal er dan minder eenzaamheid zijn. Denk bijvoorbeeld aan aanleunwoningen of appartementen. Volgens mij ben je in de huidige situatie uiteindelijk duurder uit”, meent een inwonster van Hoogeveen. “Neem de woningcorporatie hierin mee, zodat de woonkosten niet op de zorgkosten drukken.”

Ook een inwonster van Emmen doet een beroep op woningbouwcorporaties: “Bouw zo dat mensen meer zicht op elkaar hebben. Zorg voor een samenhangend woningbouwbeleid. Ik oriënteer mij op een wijkje in Nijmegen. Dat is heel erg gericht op samen doen. Het is allemaal van invloed op je gezondheid.”

Ook ziet zij oplossingen in slimme techniek. “Ik kan me voorstellen dat het veel geld oplevert, als mensen langer zelfstandig kunnen wonen door slimme dingen in huis. Ze zeggen weleens dat techniek de zorg onmenselijk maakt, maar ik zou het wel fijn vinden. Als ik een douche heb waar ik onder ga staan en alles gebeurt gewoon. Bijvoorbeeld dat er een föhn uit de muur komt en je je niet meer hoeft af te drogen.”

Studentenwoning voor ouderen

“De overgang van je eigen huis naar een verzorgingshuis is voor veel mensen een grote stap. Ik zie het ook bij mijn vriendin”, vertelt een inwonster van Exloo. “Dat wil je niet. Het zou mooi zijn als er tussenstations waren zodat je op de een of andere manier toch thuis kan blijven.”

“In Groningen heb ik vrijwilligerswerk gedaan bij ouderen met dementie. Als daar iemand wordt opgenomen, zie je dat hij sneller afglijdt”, vertelt een inwoner van Zuidlaren. “Het gaat sneller bergafwaarts als iemand uit zijn

vertrouwde omgeving wordt gehaald. Dat is zorgelijk.”

“In het verpleeghuis waar ik gewerkt heb, werden mensen soms heel boos als ze naar de huiskamer moesten terwijl ze dat niet wilden”, vertelt een inwonster van Drijber. “Als ze dat later bij mij doen, schreeuw ik dat hele huis bij elkaar. Mijn kamer is mijn huis, ik bepaal wat daar gebeurt. Laat mensen gewoon. Geef mensen liefde en aandacht, daar hebben ze behoefte aan.”

“Ik wil zelf kunnen bepalen waar ik woon en met wie ik woon”, geeft een inwonster van Peize aan. “Niet in het huis van een ander. Dus niet in een verzorgingshuis dat dan weer iets bedenkt, een boerderij koopt en daar mensen in zet. Ik denk bijvoorbeeld aan een studentenwoning voor oudere mensen. Op een avond kun je komen kennismaken en krijg je te horen of je wel of niet door de keuring bent gekomen.”

Meergeneratiewoning

“Mijn zus heeft samen met haar vriend een huis gekocht. Ze namen mijn moeder in huis. Ma leefde beneden en zij op de eerste en tweede verdieping. Mijn moeder had haar eigen spullen, maar ze was niet eenzaam en er was controle”, vertelt een inwonster van Emmer Compasuum.

“In Duitsland kennen ze familiehuizen, twee gezinnen wonen bij elkaar. Mijn burens woonden ook zo”, vertelt een deelnemer aan het groepsgesprek in Borger. “Oma heeft gezorgd voor de kleinkinderen en nu oma wat ouder wordt, zorgen de kinderen voor haar. Iedereen neemt de verantwoordelijkheid die op dat moment van belang is.”

“Er wordt veel gesproken over een Knarrenhof, een woonvorm waarbij ouderen bij elkaar wonen. Dat is leuk als je 65 jaar bent, maar wat doe je als 95 bent”, vraagt een andere deelnemer aan het gesprek in Borger zich af. “Woningbouw kan een oplossing zijn, maar zorg dan voor gemêleerde bouw. Zorg dat ouderen tussen de jongeren wonen. Je zult zien dat de mensen naar elkaar omkijken.”



BBB: beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar

De inwoner van Drenthe heeft gesproken. Wat betekent dat voor Zorgbelang Drenthe? Wat is de visie van de organisatie op de onderzochte thema's? Welke rol neemt Zorgbelang Drenthe de komende jaren op zich om goed invulling te blijven geven aan de drie B's van de zorg: beschikbaar, bereikbaar, betaalbaar.

Doorbehandelen

In een ziekenhuis gaan mensen dood. Thuis gaan mensen dood. Ook op andere plekken gaan mensen dood. We hebben de dood steeds verder van ons afgebracht. We praten er pas over als het zich aandient. De dood hoort bij het leven. Behandelen we door tot in het oneindige of komt er een moment dat we stoppen? Het is een ethische discussie die maatschappijbreed gevoerd moet worden. Het gaat hierbij niet alleen over vergrijzing. Ook bij een slechte diagnose op jonge leeftijd kan de vraag gesteld worden of doorbehandelen zinvol is. Het antwoord op die vraag moet een samenspel zijn tussen patiënt, arts en naasten van de patiënt.

Zorgbelang Drenthe wil de discussie de komende jaren actief voeren. Zonder daarbij zelf een uitdrukkelijk standpunt in te nemen, het gaat erom wat mensen er zelf van vinden. Het is belangrijk dat mensen hun keuze maken en dat tijdig bespreken met hun naasten en de (huis)arts.

Soms wil een patiënt niet nog een behandeling of operatie ondergaan, maar dringt de omgeving daar wel op aan. Zorgbelang Drenthe is geen scheidsrechter. Eén van de cliëntondersteuners had laatst zo'n moreel dilemma bij de ondersteuning van een cliënt. Ze heeft het dilemma zelf bij de familie gelaten, maar de punten feitelijk benoemd:

dit is er aan de hand, dit is de prognose en het medisch advies. Uiteindelijk heeft de familie de wens van de vader gerespecteerd en is niet medisch ingegrepen om nog verder te rekken.

Vergrijzing

Vergrijzing moet niet als een probleem gezien worden. Ons stelsel is gebaseerd op solidariteit, dat moeten we beschermen. Het kan niet zo zijn dat als je een gewoon leven hebt geleid, belasting en premies hebt betaald, je wat ouder wordt en wat zorg gaat gebruiken, dat je dan in één keer een kostenpost bent. Kijk ook naar wat mensen hebben betekend voor de samenleving.

Het aandeel vitale ouderen neemt toe en op enig moment kan het nodig zijn dat zorg en ondersteuning nodig is. In een fatsoenlijke samenleving moet die zorg en ondersteuning er zijn.

Op het gebied van ouderenemancipatie is er nog een hele weg te gaan. Het heeft veel te maken met beeldvorming. Zorgbelang Drenthe wil een bijdrage leveren aan het positieve beeld van ouderen in onze samenleving.

Kijk eens wat ouderen aan mantelzorgtaken verrichten en aan vrijwilligerswerk doen. Als dat betaalde arbeid zou zijn, zou de zorg pas onbetaalbaar worden. Ouderen leveren ook een bijdrage aan het remmen van de zorgkosten.

Leefstijl en verantwoordelijkheid

Schaarste dwingt naar de vraagkant te kijken. In het remmen van de zorgvraag is een rol weggelegd voor Zorgbelang Drenthe. Eigen regie en zelfmanagement zijn termen die daarbij passen. Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid. In het kader van de publieke gezondheid ligt er ook een overheidstaak. Bemoeizorg is een term die hierbij om de hoek komt kijken. De overheid heeft een zorgplicht voor haar burgers. Een actieve overheid grijpt zo nodig ook in. Bij de snackbar, bij de supermarkt.



Overgewicht bijvoorbeeld is een pandemie, dat alleen al laat zien dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Gedragsverandering vraagt een generatie. Of nog meer. De rookvrije generatie is er ook nog niet. Er zal nog veel meer aan bewustwording gewerkt moeten worden. Ook het instrument van beprijzing zal ingezet moeten worden. Bewustwording begint heel jong. Op school, maar vooral thuis. In de thuissituatie ligt een belangrijke oorzaak. De oorzaken moeten aangepakt worden waar ze liggen, anders is er sprake van symptoombestrijding.

Ongezond gedrag en leefstijl leidt tot een hogere zorgconsumptie. Dat betekent niet dat iemand zelf de rekening moet betalen.

We moeten afscheid nemen van de gedachte dat altijd alles kan. Voor acute spoedeisende situaties moeten natuurlijk altijd voldoende middelen beschikbaar zijn. Dat betekent scherpe keuzes maken. De arts maakt op basis van medische noodzaak en/of ernst een inschatting van die keuze. De ethische kant is een ander verhaal. Moet je iemand van 96 jaar die met het zesde hartinfarct in het ziekenhuis komt, helpen? Wat is de rangvolgorde als er meerdere mensen op een operatie wachten?

Schaarste dwingt ook de aanbodzijde kritisch te bekijken. Meer e-health, meer efficiency. En perverse prijsprikkels in de tweedelijnszorg aanpakken. Schaarste heeft ook een positieve kant, maar het mag nooit ten koste gaan van de noodzakelijke zorg die een mens nodig heeft. Nooit!

Moet alles kunnen

Innovatie is nodig om straks nog voor veel mensen te kunnen zorgen. Om goed invulling te kunnen geven aan de drie B's van de zorg - beschikbaar, bereikbaar, betaalbaar - is technologie nodig. Het is de vraag of alles wat technisch kan ook moet kunnen. Dat is een moreel-ethische vraag. Leeftijd mag geen criterium zijn om iets nog wel of niet te doen. Aan de andere kant is levensverlenging geen doel op zich. Net zoals productiedraaien geen doel van de zorg mag zijn. Samen beslissen, vindt steeds meer zijn weg binnen de

zorg. Er zijn steeds minder mensen die alles in handen van de arts leggen. Zorgbelang Drenthe stimuleert dat en richt zich op het toerusten van mensen op het moment dat ze zorgondersteuning nodig hebben.

Ongeveer een derde van onze inwoners is in meerdere of mindere mate niet of niet voldoende in staat die eigen regie te voeren. Daarvoor moet je er als samenleving gewoon zijn. Deze mensen moet je bijstaan.

Zorg moet beschikbaar en toegankelijk zijn voor zoveel mogelijk mensen. Er zijn zeldzame aandoeningen, waarvoor een medicijn op jaarbasis een paar miljoen kost. Dat moet mogelijk zijn; niemand heeft gekozen voor een zeldzame aandoening. Tegelijkertijd moeten farmaceuten die exorbitante prijzen vragen voor bepaalde medicatie aangepakt worden. Er moet ruimte zijn voor experimentele vormen van zorg. Zonder experimenteren, is er ook geen vernieuwing. Zorgverzekeraars zijn daarin veel te rigide, ze bieden geen ruimte voor experimenteren. Experimenten kunnen mislukken, maar dat zijn juist de bouwstenen van vooruitgang.

Financiën

Dat mensen die meer geld hebben zich meer kunnen veroorloven dan mensen die minder geld hebben, is altijd al zo geweest. Ook in de zorg. Nu dreigt de zorg voor grote groepen mensen onbetaalbaar te worden. Passende zorg, het centrale begrip in het Integraal Zorg Akkoord, lijkt daar een oplossing voor te zijn. Niet alles aanbieden wat op een gegeven moment tot de mogelijkheden behoort. Als je blijft aanbieden, creëer je een steeds verder toenemende vraag. Onderzoek na onderzoek wordt vaak uit de kast gehaald. Medisch specialisten gaan daarbij soms over grenzen heen en creëren een verkeerd verwachtingspatroon bij de patiënt.

Het huidige systeem en het concurrentiemodel dat daaronder zit, werkt niet. De belofte bij de invoering van het huidige zorgstelsel in 2006 was dat door concurrentie de betaalbaarheid van de zorg gegarandeerd zou zijn.





Dat is niet waar gebleken. De schaarste van nu leidt tot herwaardering van de publieke waarden in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder.

Zorgbelang maakt zich van oudsher sterk voor goed beschikbare en bereikbare zorg in de plattelandsprovincie die Drenthe is. Juist in het belang van beschikbaarheid en bereikbaarheid zal het gesprek ook meer over betaalbaarheid moeten gaan.

Personeel

We hebben onvoldoende mensen om te werken in de zorg. Investeer op een positieve manier in mensen die op goede gronden hier asiel aanvragen. Om aan de toekomstige vraag naar personeel ook maar enigszins tegemoet te kunnen komen, moeten we op zoek naar alternatief arbeidspotentieel. Verpleegkundigen of artsen uit de Filipijnen? Nederland is door de eeuwen heen een heel internationaal land geweest met allerlei invloeden. Geef verpleegkundigen uit de Filipijnen hier een aanvullende opleiding en laat ze instromen.

Er lijkt een mismatch te zijn tussen de opleiding verpleegkunde en het verwachtingspatroon van de studenten. Veel studenten haken tijdens de opleiding af. Ook in het werkveld haken veel mensen af. Mensen kiezen voor de zorg om te zorgen, maar het is meer dan dat. Het vak kan aantrekkelijker gemaakt worden door een betere financiële waardering. In beroepen waar schaarste is, moet je gewoon met geld over de brug komen. Maar je maakt het vak ook aantrekkelijker door het wegnemen van allerlei beperkende randvoorwaarden. Denk aan onnodige administratieve ballast. En schaf de stopwatchzorg in de thuiszorg af. Geef de professional ruimte en verantwoordelijkheid.

Zorgbelang Drenthe is voorstander van warme zorg. Door technologische ontwikkelingen te omarmen, is er juist meer ruimte voor warme zorg van betekenis. Als de professional weer tijd krijgt om het gesprek aan te gaan met een patiënt die het even moeilijk heeft, is robotisering van toegevoegde waarde.

Digitalisering / e-health

Er kan nog veel meer gebruik gemaakt worden van data. Dat biedt enorme kansen, bijvoorbeeld in de vorm van personalized healthcare. Data goed en integer benutten, is daarbij een noodzakelijke voorwaarde. Iedereen is eigenaar van zijn eigen data, waar deze zich ook bevindt. Dat moet wettelijk nog beter geborgd worden. Het gebeurt nog steeds dat een huisarts je wat meewarig aankijkt als je zegt: de inhoud van het patiëntendossier dat jij mag beheren, is wel mijn eigendom.

Persoonlijk of digitaal contact met je zorgverlener, het moet beiden mogelijk zijn. Corona heeft laten zien dat we snel kunnen overschakelen naar digitaal. Een beetje zachte drang richting digitaal is misschien nodig, gezien de schaarste in de zorg. Tegelijkertijd moeten we waken voor een te hoog tempo waardoor mensen achterblijven. De ontwikkelingen gaan door. De mensen die nu digitaal vaardig zijn, zijn ze dat ook met de nieuwe ontwikkelingen over 35 jaar? Het is de taak van de overheid om haar burgers zonder aanzien des persoons gelijk te behandelen en gelijke mogelijkheden te geven, nu en straks.

Om de zorg te kunnen blijven bieden die nodig is, zullen we digitalisering en e-health moeten omarmen. Steeds meer personeel erbij is geen reële optie. De vraag draait om hoe met inzet van andere middelen toch verantwoorde zorg te leveren.

Zorg verder weg

Het credo is: dichtbij wat kan, verder weg wat moet. Iedereen wil de beste zorg. En specialisatie draagt daaraan bij. Het is vervolgens de vraag of specialisatie onlosmakelijk is verbonden aan concentratie. Het is prima om verder weg te gaan voor een behandeling of ingreep. Op voorwaarde dat je vervolgens voor het herstel, als daar nog een bepaalde vorm van zorg voor nodig is, wel dicht bij je eigen woonomgeving terecht kunt. Het profiel van wat vroeger een streekziekenhuis was, zal meer veranderen naar een herstelplek. Een belangrijke randvoorwaarde aan

concentratie is goede bereikbaarheid. Daar mankeert in Drenthe het nodige aan.

Zorg stoort zich niet aan provinciegrenzen, maar ook niet aan landsgrenzen. Een knie is een knie; de nieuwe knie in Duitsland komt uit dezelfde fabriek als de nieuwe knie in Nederland. De verschillen zitten in de taal en in de cultuur. En zorgverzekeraars staan nog niet altijd te juichen om zorg in het buitenland te vergoeden. Werk aan de winkel.





Naoverhulp

Naoverschap, burenhulp en vrijwilligerswerk zijn belangrijk voor een samenleving, maar het is geen vervanging van professionele zorg. Ze hebben iets met elkaar te maken, het zijn verschillende zaken.

Een sterke sociale cohesie waarbij men iets voor elkaar over heeft, kan best betekenen dat mensen bijvoorbeeld minder eenzaam zijn. En doorredenerend: misschien minder een beroep doen op de GGZ. Maar naoverhulp gaat het plaatsen van een nieuwe heup niet vervangen. Naoverhulp is belangrijk voor een samenleving, maar is nooit een vervanger van zorg.

Thuiszorg is mogelijk een ander verhaal. Denk aan de beroemde steunkous die iedereen bij een ander kan aantrekken. Misschien is thuiszorg teveel aangekleed in de loop der tijd. Misschien is naoverschap daar weggeprofessionaliseerd. Naoverschap is belangrijk, voor de sociale cohesie. Er is een relatie met welzijn. Naoverschap kan een bijdrage leveren aan het feit dat iemand langer in het eigen dorp wil en kan blijven wonen. De andere kant is dat je niet meer terug kunt naar de tijd van toen. En heerst romantiek rond naoverschap, maar vroeger was niet iedereen even blij met de verplichting die eraan vastzat.

Wonen

Vraag en aanbod komen in Drenthe niet goed bij elkaar als het om woningbouw gaat. Zestig procent van de woningen is in meerdere of mindere mate niet geschikt voor de ouder worden Drentse bevolking. Dat is al twintig jaar bekend, maar er is niets aan gedaan. De maatschappelijke rekening daarvan, de WMO-aanpassingen die gedaan moeten worden, komt op ons af.

De ouderwetse manier waarop we onze ruimtelijke ordening vorm en inhoud geven, is onverstandig. Er wordt onvoldoende gevarieerd gebouwd. Zorg voor een betere mix. Multifunctionele accommodaties zijn populair, maar

nog te weinig functioneel. Combineer bijvoorbeeld ouderenhuisvesting met de nieuwe basisschool en het buurthuis.

Elke verandering begint bij bewustwording. Eigen woningbezitters moeten kijken of hun woning geschikt is voor hun 'oude dag' of dat er aanpassingen nodig zijn. Misschien is verhuizen naar een levensloopbestendige woning een verstandige beslissing.

Het bejaardenhuis roept een nostalgisch gevoel op. Het bejaardenhuis van toen kan nu niet meer. Het zou niet passend zijn in deze tijd. Je kunt het fenomeen bejaardenhuis wel herontwerpen naar de huidige tijdgeest.

Wonen is een basisbehoefte. Je bepaalt zelf waar en hoe je woont. En als je zorg nodig hebt, bepaal je zelf welke thuiszorgaanbieder je kiest. Gezien de schaarste moeten in dat laatste wellicht keuzes gemaakt worden. Is het nodig dat twaalf verschillende zorgaanbieders in één straat actief zijn? Beschikbaarheid gaat uiteindelijk boven keuzevrijheid.

Inzet Zorgbelang Drenthe

Veranderingen zijn nodig om het zorgstelsel in Nederland in het algemeen en in Drenthe in het bijzonder in de benen te kunnen houden. Veranderingen inzetten zonder daarbij in een vroegtijdig stadium de inwoner te betrekken, zijn gedoemd te mislukken. Zorgbelang Drenthe blijft zich inzetten om de stem van de Drent te laten horen.

Om die stem te kunnen laten horen, gaat Zorgbelang Drenthe nog meer in gesprek met de inwoner. Het beeld van vroeger mag daarbij niet geromantiseerd worden. Vroeger was niet alles beter. Net zoals de toekomst niet alleen maar duister en bangmakend is. Lastige thema's als doodgaan en keuzes maken, worden niet vermeden. Gesprekken hierover zijn nodig om de zorg te kunnen begrenzen. Eindeloze zorg bestaat niet. Samen met de inwoners werkt Zorgbelang Drenthe aan zorg die beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar is en blijft.





Wat kiest de inwoner
van Drenthe

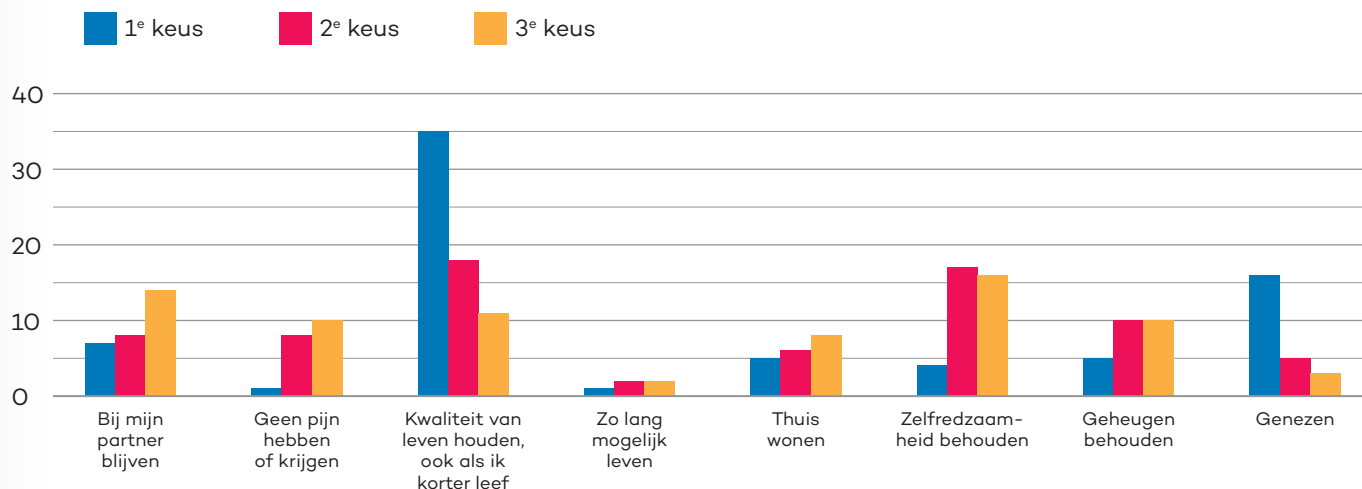


Het belangrijkste behandeldoel

Aan alle deelnemers aan het belevingsonderzoek is de volgende vraag voorgelegd:
Stel u wordt morgen acuut heel ernstig ziek, wat moet dan het doel van uw behandeling zijn?

De keuzemogelijkheden waren:

- Bij mijn partner blijven
- Geen pijn hebben of krijgen
- Kwaliteit van leven behouden, ook als ik korter leef
- Zo lang mogelijk leven
- Thuis wonen
- Zelfredzaamheid behouden
- Geheugen behouden
- Genezen



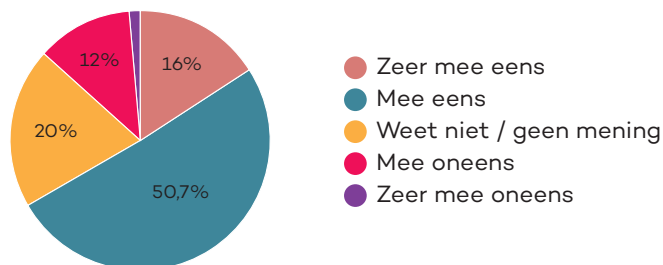
'Kwaliteit van leven behouden, ook als ik korter leef', is het meest genoemde behandelgoal. 'Zo lang mogelijk leven', het minst genoemde. Het zijn veelzeggende keuzes die onder meer de weg openen voor goede discussies over samen beslissen.

Stellingen

Aan alle deelnemers aan het belevingsonderzoek zijn vijf stellingen voorgelegd, drie daarvan waren specifiek gericht op Drenthe.

Stelling 1

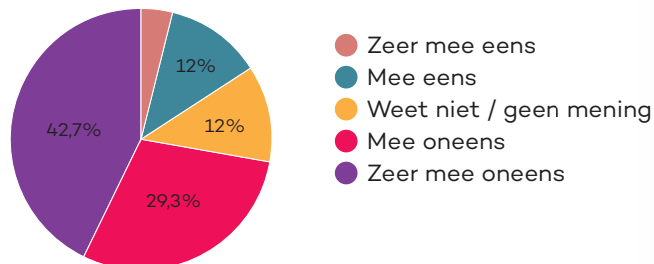
Als we in Drenthe (weer) meer doen aan naoberhulp, hebben we minder professionele hulp nodig.



Twee derde van alle deelnemers is van mening dat meer naoberhulp minder professionele hulp betekent. Vaak wordt daarbij zorg genoemd die onder thuiszorg valt. Een groot deel van de mensen die 'zeer mee eens' of 'mee eens' zegt, geeft aan dat het anno 2023 niet reëel is meer naoberhulp te verlenen. Zij praten meer over een denkbeeldige situatie.

Stelling-2

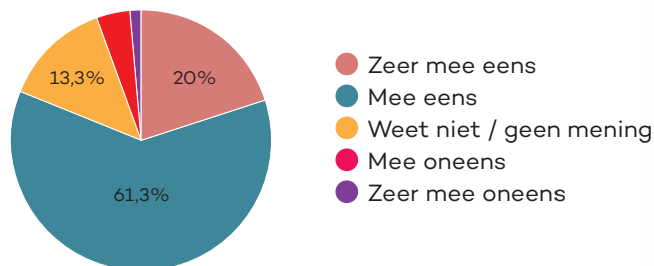
Het is een goed idee om in Drenthe de bestaande ziekenhuizen (Hoogeveen, Emmen, Meppel, Assen) te sluiten en centraal in Drenthe één nieuw ziekenhuis te bouwen.



In 2012 kwam KPMG Plexus met het advies centraal in Drenthe een nieuw operatieziekenhuis te bouwen. De deelnemers aan het belevingsonderzoek hekelen het pendelen tussen de drie Treant-locaties (Hoogeveen, Emmen, Stadskanaal). Toch zien maar weinig mensen heil in één centraal gelegen nieuw ziekenhuis. Liever zien de deelnemers vier volwaardige ziekenhuizen in Drenthe.

Stelling-3

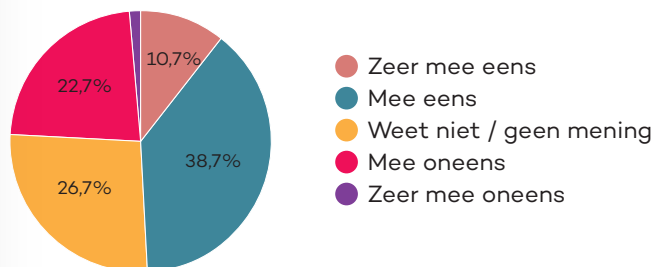
Ik wil als inwoner van Drenthe meer meepraten over de zorg in mijn wijk of dorp.



Ruim tachtig procent van de deelnemers wil meepraten over de zorg in de eigen wijk of het eigen dorp. Het laat de enorme betrokkenheid zien van de inwoner van Drenthe bij de zorg in hun eigen provincie.

Stelling-4

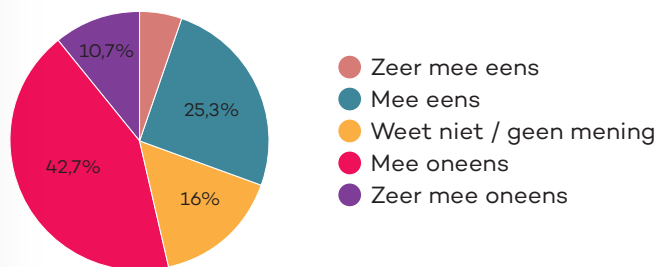
Zorg op afstand (e-health) is afstandelijke zorg.
Ik wil persoonlijk contact met mijn zorgverlener.



Een relatief grote groep mensen koos voor 'weet niet/ geen mening'. Vaak is hiervoor gekozen omdat het antwoord op de stelling afhankelijk is van de ernst van de kwaal/ziekte.

Stelling-5

Ik vertrouw erop dat mijn zorgverlener beter weet dan ik wat de oplossing is voor mijn zorgbehoefte.



Ruim de helft van de deelnemers is het niet met deze stelling eens. Zij zijn van mening dat zij zelf het beste weten wat de oplossing is voor hun zorgbehoefte.



Slötwoord

“Het giet um bewustwording. We moet meer met mekaar het gesprek angaon. Praoten over de kwaliteit van leven, over hoe wied aj gaon wilt en ja, ok over de dood.” (Inwoner Drenthe)

In de indrukwekkende verhaolen van het belevingsonderzoek staot veul oetspraoken die je achter het vessie griept. De bovenstaonde oetspraak heurt daor ok bij. Kwaliteit van leven is een kernweerde die mèensen met mekaar verbindt. Gelukkig kuw de gezondheidszörg in Nederlaand nog aal tot de beste van de wereld reken. Goed bereikbare, beschikbare, maor ok veural passende zörg, drag bij an kwaliteit van leven. De inwoners van Drenthe hebt zölf een goed beeld over wat kwaliteit is veur heurzölf en waor toegankelijkheid van zörg an voldoen môt. Dé Drèentse inwoner bestiet natuurlijk niet en vanzölf smet het onderzoek een hiel divers en daormet ok ‘riek’ beeld op.

Het mooie neis is dat inwoners zuch der dudelijk meer bewust van (worden) bint daw niet um veraandering in oeze gezondheidszörg hen kunt. Dizze bewustwording is een belangrieke veurweerde um verwachtingen over de zörg bij te kunnen stellen, zölf keuzes te kunnen maken en standpunten met betrekking tot de geleverde zörg in te kunnen nimmén. Het is slim belangriek dat toekomstige keuzes over de zörg recht doet an de maatschappij.

Inwoners vertelt oes dat kwaliteit van leven altied veuropsteld worden môt. Het beeld komp naor veuren dat hier nog te weinig aandacht an besteed wordt in het gesprek tussen (hoes)arts en ‘patiënt’. Inwoners ervaart mangs dat er te ‘medisch’ naor heur keken wordt en dat het gesprek over het vortlaoten van of opholden met een behandeling tot nou toe niet genug voerd wordt.

Met technologische ontwikkelingen in de zörg bint sommige inwoners hiel wies, maor ok wordt der kritische vraogen steld over de grèenzen daoran. Dizze grèenzen, mangs een keuze tussen leven of dood, is een gesprek dat niet allén in de behandelkamer een stee hef. Het mag, en môt misschien wal, ok bried in het maatschappelijk debat voerd worden.

Het is ok klaar dat inwoners bezorgd bint over toekomstige ontwikkelingen. In Drenthe speult extra de zörgen over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zörg, deur de ofstaanden binnen oeze ‘plattelaands’-regio. Under meer deur de relatief dunbevolkte regio is der spraoke van concentratie van (specialistische) zörg.

An de iene kaant is daor begrip veur, de kwaliteit van de zörg stiet vanzölf veurop. An de aandere kaant mak dit veur de inwoners een stoere logistieke puzzel, aj kiekt naor het vervoer en de betaalbaarheid daorvan veur heurzölf en heur familie. Daornaost lek het Drèentse naoberschap vaak minder vanzölf of makkelijk te gaon aw dèenkt. Dat betiekt dat de meugelijke oplössingen in het eigen sociale netwerk op maot en passend wezen moet.

Nog niet alle inwoners beseft dat het tekört dertoe dwingt keuzes te maken. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat as doel hef de zörg veur de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te holden, böd daorum kaansen. Naost kwantitatieve data (waj meten kunt) bint kwalitatieve data (waj merken kunt) onmisbaar um de neudige veraandering succesvol verlopen te laoten.

Nog aal, en nou meer as ooit teveuren, is het slim belangriek daw de ervaringen van inwoners structureel metnimt bij alle veraanderingen in het Drèentse zörglandschap.

Zorgbelang Drenthe hef in de leste 35 jaor veul kennis en ervaring opbouwd um inwoners de stem te geven die as ze neudig bint. De organisatie giet de ankommen jaoren deur met heur missie, waarbij passende zörg veur de inwoners van Drenthe veurop stiet!

Marleen Meijer

Directeur-bestuurder (vanof mei 2023)

Slotwoord

“Het gaat om bewustwording. We moeten meer met elkaar het gesprek aangaan. Praten over de kwaliteit van leven, over hoe ver je wilt gaan en ja, ook over de dood.” (Inwoner Drenthe)

De indrukwekkende verhalen van het belevingsonderzoek bevatten veel uitspraken die raken. De bovenstaande uitspraak is daar één van. Kwaliteit van leven is een kernwaarde die mensen met elkaar verbindt. Gelukkig behoort de gezondheidszorg in Nederland nog altijd tot de beste van de wereld. Goede bereikbare, beschikbare, maar vooral ook passende zorg, draagt bij aan kwaliteit van leven. De inwoners van Drenthe hebben zelf een goed beeld over wat kwaliteit is voor hen en waar de toegankelijkheid van zorg aan moet voldoen. Natuurlijk bestaat dé Drentse inwoner niet en levert het onderzoek vanzelfsprekend ook een heel divers en daarmee ook heel ‘rijk’ beeld op.

Het goede nieuws is dat inwoners zich duidelijk meer bewust zijn (geworden) dat veranderingen in onze gezondheidszorg onvermijdelijk zijn. Deze bewustwording is een belangrijke voorwaarde om verwachtingen over de zorg te kunnen bijstellen, zelf keuzes te kunnen maken en standpunten met betrekking tot de geleverde zorg in te kunnen nemen. Het is essentieel dat toekomstige keuzes over de zorg maatschappelijk gelegitimeerd zijn.

Inwoners vertellen dat kwaliteit van leven altijd vooropgesteld moet worden. Het beeld komt naar voren dat hier nog te weinig aandacht aan wordt geschonken in het gesprek tussen (huis)arts en ‘patiënt’. Inwoners ervaren dat er soms te ‘medisch’ naar hen wordt gekeken en dat het gesprek over het achterwege laten of stoppen van een behandeling tot nu toe onvoldoende plaatsvindt. Technologische ontwikkelingen in de zorg worden door sommige inwoners omarmd en ook worden er kritische vragen gesteld over de grenzen daarvan. Deze grenzen, soms een keuze tussen leven of dood, is een gesprek dat niet alleen thuishoort in de behandelkamer. Het mag, en misschien wel moet, ook breed worden gevoerd in het maatschappelijke debat.

Helder is ook dat inwoners bezorgd zijn over de toekomstige ontwikkelingen. In Drenthe speelt extra de zorgen over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg, vanwege de afstanden binnen onze ‘plattelands’-regio. Mede vanwege de relatief dunbevolkte regio is sprake van concentratie van (specialistische) zorg. Aan de ene kant is hiervoor begrip, immers de kwaliteit van de zorg staat voorop. Aan de andere kant levert dit voor inwoners een behoorlijke logistieke puzzel op, vanwege het vervoer en de betaalbaarheid daarvan voor henzelf en voor hun familie. Daarnaast lijkt het Drentse naoberschap vaak minder vanzelfsprekend of eenduidig dan we denken. Dat betekent dat mogelijke oplossingen in het eigen sociale netwerk op maat en passend dienen te zijn.

Het besef dat schaarste dwingt om keuzes te maken, dringt nog niet tot alle inwoners door. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) met als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, biedt daarom kansen. Naast kwantitatieve data (meetbaar) zijn kwalitatieve data (merkbaar) onmisbaar om de noodzakelijke transitie succesvol te kunnen realiseren. Nog altijd, en nu meer dan ooit, is het van het grootste belang de ervaringen van inwoners structureel in te bedden bij alle veranderingen in het Drentse zorglandschap.

Zorgbelang Drenthe heeft in de afgelopen 35 jaar veel kennis en ervaring opgebouwd om inwoners de stem te geven die nodig is. De organisatie gaat de komende jaren door met haar missie, waarbij passende zorg voor de inwoners van Drenthe centraal staat!

Marleen Meijer
Directeur-bestuurder (vanaf mei 2023)



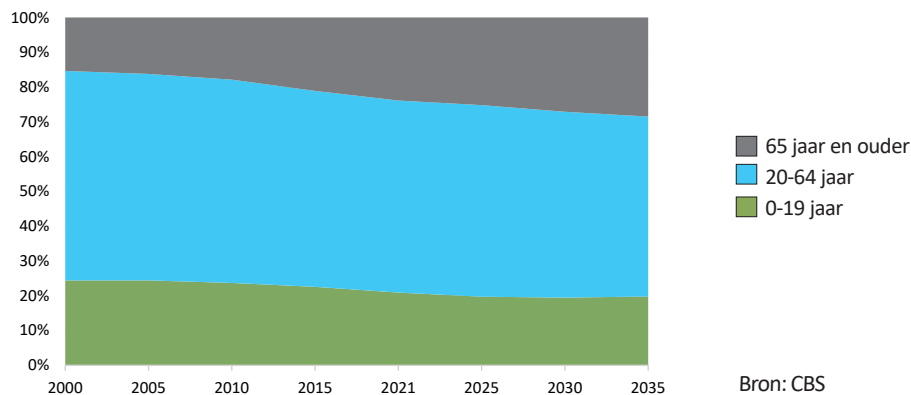
A rural landscape featuring a wooden barn on the left, a wooden fence in the middle ground, and several bare trees in the foreground and background. The sky is clear and blue. The word "Bijlagen" is overlaid in white text in the center of the image.

Bijlagen

Regiobeeld Drenthe

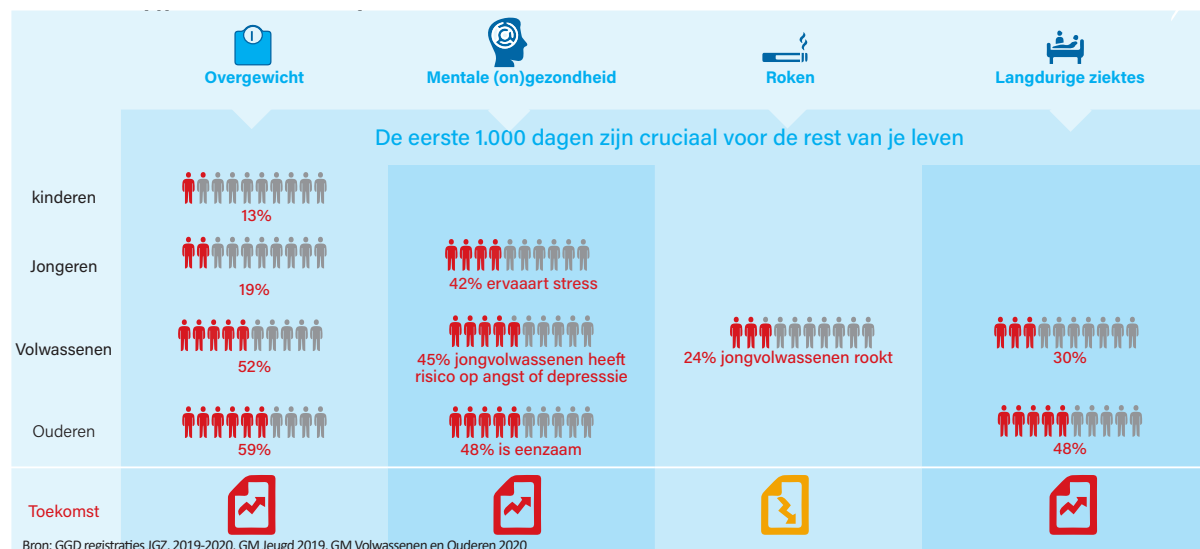
Het regiobeeld van GGD Drenthe (december 2021) laat zien waar de uitdagingen voor Drenthe liggen.

Vergrijzing



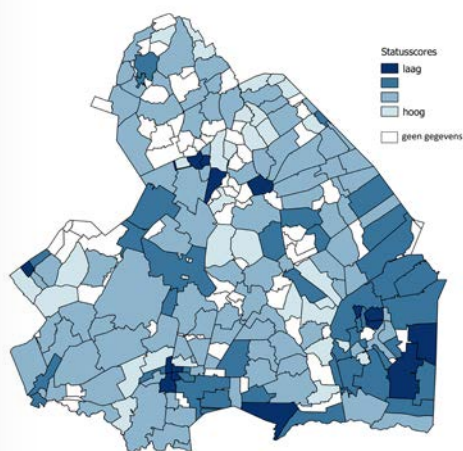
Vergeleken met Nederland wonen in Drenthe relatief meer ouderen. De vergrijzing neemt bovendien toe.

Gezondheidsthema's

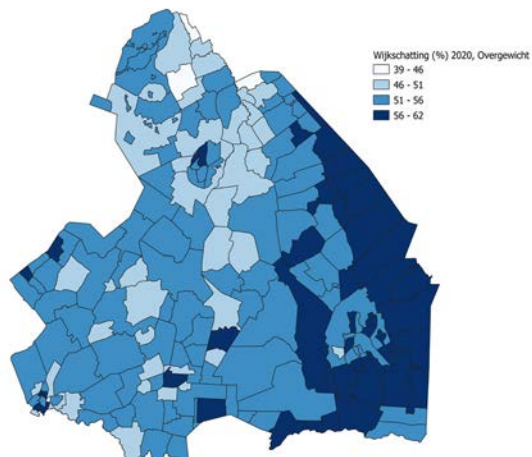


Overgewicht en stress zijn belangrijke thema's in Drenthe. Het aantal mensen met overgewicht en het aantal mensen dat stress ervaart, neemt bovendien toe. Net als het aantal langdurig zieken.

Sociaaleconomische status en overgewicht



Bron: SCP

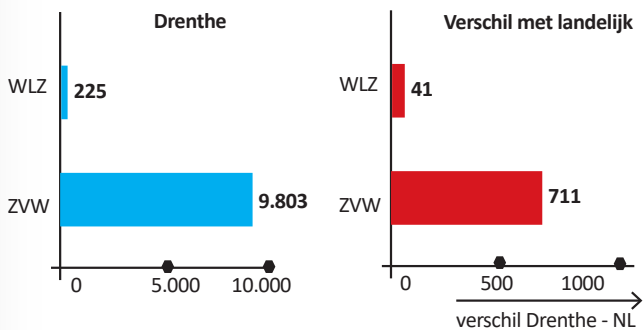


Bron: SMAP GM Volwassenen en Ouderen 2020

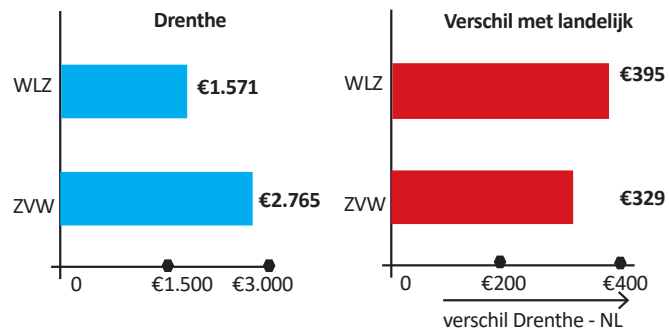
Er is een duidelijke relatie tussen de sociaaleconomische status en het voorkomen van overgewicht. Hoe lager de status, hoe meer overgewicht.

Zorggebruik Drenthe in vergelijking met Nederland

Aantal gebruikers per 10.000 verzekerden



Gemiddelde kosten per verzekerde in Euro



WLZ = Wet langdurige zorg **ZVW** = Zorgverzekeringswet

Onderzoeksverantwoording

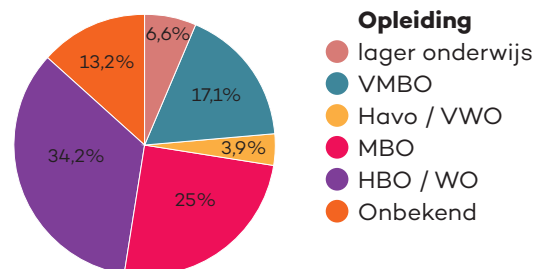
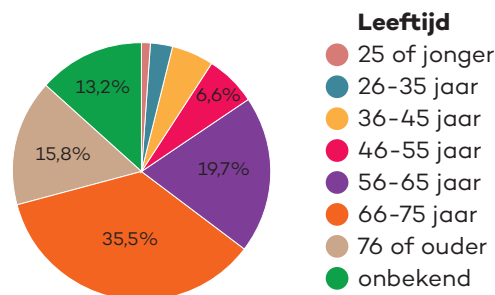
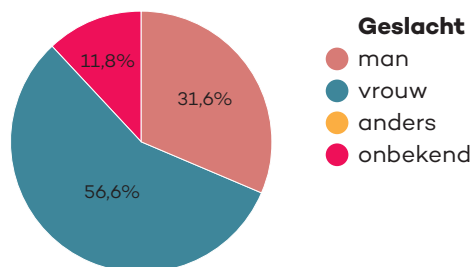
De opdracht tot het verrichten van onderzoek naar de behoeften, wensen en ideeën van inwoners van Drenthe met betrekking tot de zorg in Drenthe werd in mei 2022 verstrekt.

Gekozen werd voor een belevingsonderzoek. Dit is een vorm van kwalitatief onderzoek waarbij via individuele gesprekken en/of focusgroepen de beleving van mensen ten aanzien van een onderwerp in kaart wordt gebracht. Het gaat dus om de beleving, om het gevoel en niet om een absolute en objectieve waarheid. Alle individuele beelden samen, geven een helder inzicht.

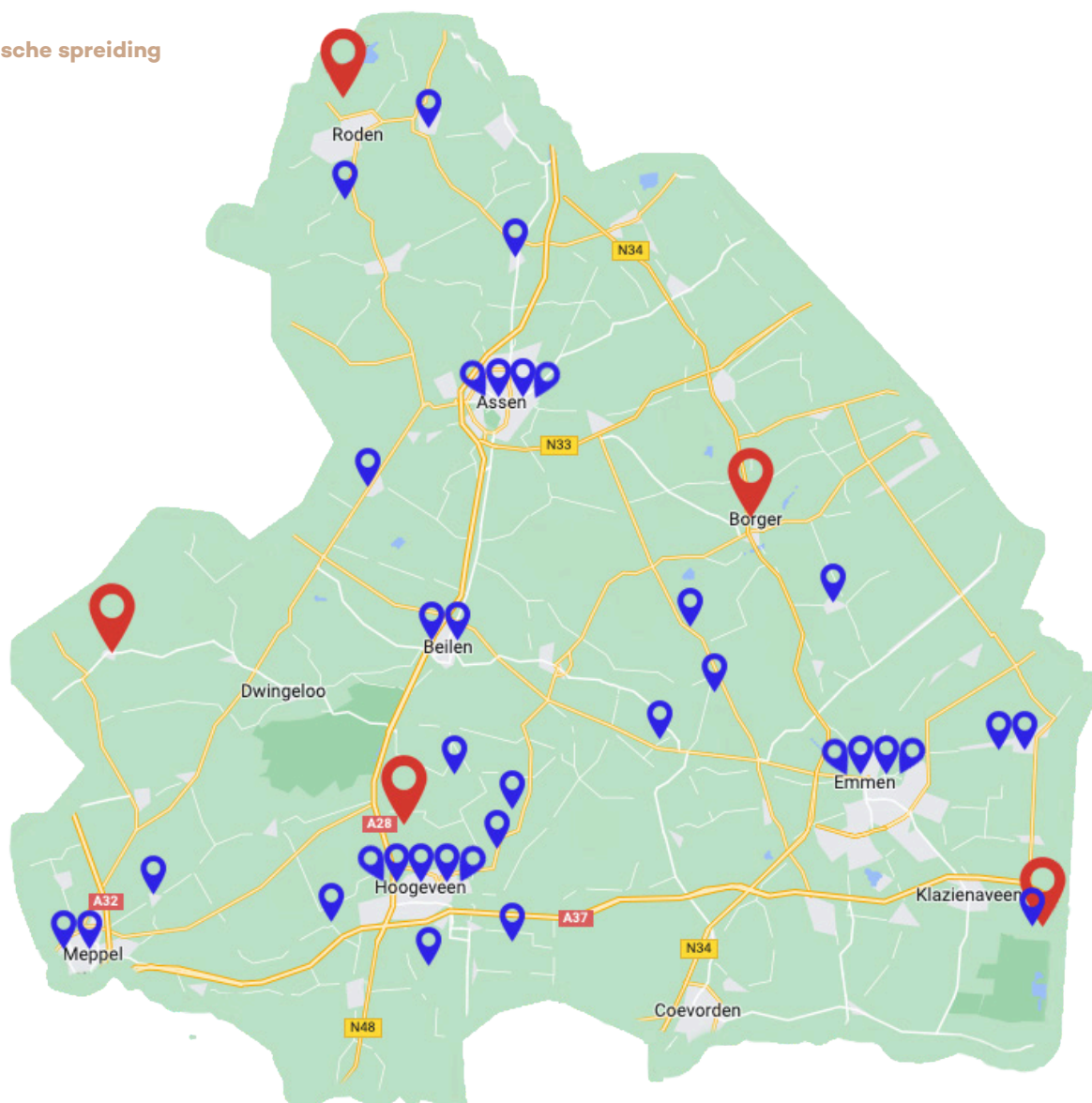
Het veldwerk werd in de periode november 2022 tot en met maart 2023 verricht. Er vonden in die periode 35 huiskamergesprekken en vijf groepsgesprekken met in totaal 41 deelnemers plaats. Dat brengt het totaal aantal deelnemers aan het belevingsonderzoek op 76.

De deelnemers voor de huiskamergesprekken zijn geworven via een gesponsord bericht op de Facebookpagina van Zorgbelang Drenthe. Die oproep leverde 78 reacties op. Bij de selectie van kandidaten is gekeken naar leeftijd, geslacht, opleiding en woonplaats. Ook de motivatie tot deelname aan het onderzoek is meegenomen in de selectie. Opvallend veel mensen die reageerden zijn of waren werkzaam in de zorg. Bij de selectie is dit meegenomen om te voorkomen dat (voormalige) zorgmedewerkers de hoofdmoot van de respondenten zouden vormen. De groepsgesprekken zijn tot stand gekomen via netwerkcontacten.

Alle gesprekken zijn woordelijk uitgeschreven en vervolgens zijn citaten gerangschikt op negen centrale thema's. De citaten zijn themagewijs voorgelegd aan de bestuurder-directeur van Zorgbelang Drenthe voor een reflectie. Ook die gesprekken zijn woordelijk uitgeschreven en uiteindelijk verwerkt in dit verslag.



Geografische spreiding



📍 = huiskamerinterview 📍 = groepsgesprek

Literatuuroverzicht

- De basis op orde – Raad Volksgezondheid & Samenleving, 2023
- Reisafstand bepalend bij kiezen van ziekenhuis – Vrije Universiteit Amsterdam, 2023
- IZA – GALA, opgaven voor de regio – Zilveren Kruis, 2023
- De transitie van zorg naar gezondheid en veerkracht – GGD Drenthe, maart 2023
- Vertrouwen van burgers in zorgprofessional is groot – Nivel, 20 maart 2023
- Integraal Zorgakkoord – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022
- Kader passende zorg – Zorginstituut Nederland, 2022
- De huisartsenmarkt in beeld – ABNAMRO, 2022
- De juiste zorg op de juiste plek. Het betrekken van burgers. – NIVEL, juli 2022
- Ervaringskennis – Movisie, mei 2022
- Kiezen voor houdbare zorg – Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021
- Gezondheidsvaardigheden in Nederland – Nivel, 2021
- Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief – Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021
- Werkagenda Drents Zorglandschap 2022-2026 – VDG, 15 december 2021
- Wie doet het met wie – KPMG Health, 2020
- Meerjarenbeleidsprogramma 2021-2024 – Drenthe samen gezond in beweging, 2020
- De actieve patiënt als utopie – oratie prof.dr. Jany Rademakers, 13 mei 2016
- Gezondheidsvaardigheden niet voor iedereen vanzelfsprekend – Nivel, september 2014
- Een vergezicht dichtbij – Zorgbelang Drenthe, 2011
-
- Stuur een patiënt niet als een nomade langs ziekenhuizen – Trouw, 3 april 2023
- Wen er maar aan, onze zorg zal flink veranderen – Financieel Dagblad, 31 maart 2023
- Artsen moeten we niet alleen opleiden om te opereren – Dagblad van het Noorden, 29 maart 2023.
- In de zorg blijven doen wat we doen, dat kan niet meer – De Volkskrant, 21 maart 2013
- De dokter heeft even geen tijd voor u – De Volkskrant, 18 maart 2023
- Vrachtwagens vol medicijnen eindigen in de verbrandingsoven – Medisch Contact, 9 maart 2023
- Uitbehandeld is een woord van lang geleden – Dagblad van het Noorden, 9 maart 2023
- Druk op de zorg in cijfers – NRC, 25 november 2022
- Het gevreesde 'zorginfarct' is er al. Wie ermee te maken krijgt? – NRC, 25 november 2022
- Een veerkrachtige publieke gezondheid in 2030: #hoedan? – Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, september 2022
- Ziekenhuizen gaan aan de slag met leefstijl – Zorginnovatie.nl, 22 september 2022
- Laat de politiek bepalen wat we wel of niet vergoeden – De Volkskrant, 1 september 2022
- De patiënt centraal: wat betekent dat eigenlijk? – Medisch Contact, 10 juni 2022
- De gezondheidsparadox: we zijn steeds gezonder, maar ook steeds zieker – De Correspondent, 1 juni 2022
- Nederlanders hebben minder geduld met ongezonde medemens – Trouw, 17 mei 2022
- Wie wil er nou nog een eigen praktijk? – De Groene Amsterdammer, 4 mei 2022
- Dokter Google heeft een hoop Nederlandse patiënten – Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 29 april 2022
- Ons zorgstelsel is vooral erg flexibel – Medisch Contact, 18 februari 2022
- Behandel de mens, niet de patiënt – Medisch Contact, 18 februari 2022
- Help! De dokter verdwijnt – De Groene Amsterdammer, 9 februari 2022
- Voor welke ziekten liggen we korter in het ziekenhuis? – Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 10 december 2021
- Patiënten kunnen echt met minder zorg toe – De Volkskrant, 25 juni 2020

“Ander accent”, is het verslag van een belevingsonderzoek uitgevoerd ter gelegenheid van het 35-jarig jubileum van Zorgbelang Drenthe.

In 35 huiskamerinterviews en 5 groepsgesprekken is de beleving van de inwoners van Drenthe ten aanzien van de zorg in hun provincie opgetekend. De beelden samen, geven een helder inzicht.

Zorgbelang Drenthe vertegenwoordigt in het Drentse zorglandschap al 35 jaar de stem van de inwoner. Gezien de uitdagingen waar de zorg voor staat, is het belangrijker dan ooit om samen met de inwoner op te trekken. Samen werken aan een zorg die beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar is.

‘Ander accent’ is het verslag van een belevingsonderzoek dat voor het 35-jarig jubileum van Zorgbelang Drenthe uitgevoerd is.

In 35 huiskamerinterviews en 5 groepsgesprekken is de beleving van de inwoners van Drenthe tegenover de zorg in hun provincie opgetekend. De beelden geven samen een helder inzicht.

Zorgbelang Drenthe vertegenwoordigt in het Drentse zorglandschap al 35 jaar de stem van de inwoner. Met de uitdagingen waar de zorg nou met te maken heeft, is het belangrijker dan ooit teveuren om samen met de inwoner op te trekken. Samen werken aan een zorg die beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar is.