

zorg belang
Fryslân



Jaarboek 2012 Zorg in Fryslân

DE ZORG IS VAN ONS ALLEMAAL!

Inhoud

- 2 Voorwoord
- 4 De toekomst van de zorg
- 11 Het belang van: de jeugdzorg
- 14 Interview Johan Mackenbach
- 22 Het belang van: ervaringskennis
- 25 Interview Evelyn Finnema
- 32 Zorgwinkelcentrum
- 34 Het belang van: de cliënt centraal
- 36 Interview Diana Monissen
- 40 Column terug naar de toekomst
- 42 Het belang van: shared decision making
- 45 Alles digitaal?
- 47 Het belang van: geboortezorg
- 50 Lijst met afkortingen

VOORWOORD

Op het moment dat ik dit schrijf, zitten de onderhandelaars van VVD en PvdA tot over hun oren in de formatie-besprekingen. Ongetwijfeld zullen de zorguitgaven een belangrijk onderwerp zijn. De kosten van de zorg zijn immers de grootste uitgavenpost op de rijksbegroting.

Toch is voor velen die direct bij de zorg betrokken zijn de maximale regeerperiode van vier jaar niet eens bijzonder interessant. Wie praat over de toekomst van de zorg blikkt immers al gauw vooruit naar 2040.

In dit eerste Jaarboek Zorg in Fryslân kijken we ook naar de toekomst van de zorg. Niet naar een specifiek jaartal en we doen al helemaal geen voorspellingen, maar we weten heel goed dat de zorg in Nederland op een belangrijk kruispunt staat. Willen we de zorg duurzaam maken, betaalbaar en toegankelijk houden in de toekomst, dan moeten overheid, instellingen en verzekeraars een aantal lastige besluiten nemen, samen met cliënten.

De zorg is immers van ons allemaal!

In dit Jaarboek presenteren we u een aantal visies van deskundigen: professor Johan Mackenbach van de

Erasmus Universiteit in Rotterdam, lector Evelyn Finnema van de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden en bestuursvoorzitter Diana Monissen van De Friesland Zorgverzekeraar.

Een Jaarboek zou geen echt jaarboek zijn, als we niet ook een beetje terugkijken op het afgelopen jaar. Daarom vindt u enkele nieuwsoverzichten met headlines van het nieuws over de zorg in onze provincie van het afgelopen jaar. Verder laten we u onder de titel 'Het belang van....' iets zien van de manier waarop bij Zorgbelang Fryslân in het afgelopen jaar aan de toekomst van de zorg is gewerkt.

Belangrijker is dat we 'echte' mensen aan het woord laten in de stukjes die we In Perspectief genoemd hebben. Het zijn korte citaten uit ervaringen van burgers met de zorg, zoals deze bij ons binnenkomen via onze afdeling Informatie en Klachtenopvang, via meldpuntzorgfriesland.nl en gewoon, via gesprekken die onze medewerkers voeren met mensen die ze tegenkomen in hun werk of privé.

Dit Jaarboek Zorg in Fryslân is een eerste editie en wij hopen hier een jaarlijkse traditie van te kunnen maken: informatief, een presentatie van ons werk, maar vooral een jaarboek dat uitnodigt om te lezen en u aan het denken zet.

Ik wens u veel leesplezier en laat ons vooral ook weten hoe u er over denkt!

Margreet de Graaf

directeur/bestuurder Zorgbelang Fryslân

Jeugdzorg (jongeren)

"Ik ben over twee maanden 18 jaar en mijn gezinsvoogd doet nu niets meer voor mij!"

"Mijn coach zou twee weken terug de tussentijdse evaluatie al klaar hebben, maar heeft dit nog steeds niet gedaan. Hierdoor duurt het langer voordat ik verder in mijn hulpverleningstraject kan".

"Mijn gezinsvoogd heeft vergeten mij aan te melden voor het Basishuys, nu moet ik 3 maanden langer wachten".

"Ik kan hier niet op de groep blijven maar weet nu al drie weken niet wat er met mij gaat gebeuren".

"Ik heb iedere maand contact met mijn gezinsvoogd en vind dit heel fijn. Ze heeft echt interesse in mij!".

INLEIDING DE TOEKOMST VAN DE ZORG

Ieder weekend wordt de Eerste Hulp van het Medisch Spectrum Twente geconfronteerd met jongeren die zo dronken zijn dat ze bewusteloos zijn geraakt. Deze zogenaemde 'comazuipers' zouden volgens Herre Kingma, de topman van het ziekenhuis, een rekening gepresenteerd moeten krijgen voor de kosten van de behandeling.

Een opmerking die goed lijkt te passen bij alle waarschuwingen dat door de almaar stijgende kosten, de zorg onbetaalbaar dreigt te worden. Het leek Kingma dan ook een eenvoudige wijze om te besparen op de zorgkosten, maar de politiek dacht daar toch anders over. Van links tot rechts stelden politici dat de zorg op de Eerste Hulp onderdeel is van de basisverzekering en dus vergoed zal blijven worden.

Het probleem van de comazuipers laat goed zien hoe ingewikkeld de discussie over de toekomst van de zorg is. De zorg dreigt onbetaalbaar te worden, maar

Het verleden van de zorg



Een vroege ambulance van Kielstra, Drachten, ongeveer 1935.

aan de ene kant betaalt de gemeenschap de behandeling van mensen die willens en wetens stomdronken worden. Aan de andere kant moeten mensen die niets kunnen veranderen aan hun beperking of chronische ziekte, steeds hogere premies en eigen bijdragen voor medicijnen en behandeling betalen.

Een ingewikkelde discussie die Kingma in zekere zin toch ook weer erg voorspelbaar insteekt. We zijn geneigd in de eerste plaats naar de kosten van behandeling, opvang en medicijnen te kijken. Het voorbeeld van bovenmatige alcoholconsumptie stelt echter een aantal pijnlijke vragen die niets met de kosten te maken hebben. Bijvoorbeeld de vraag of het acceptabel is dat in 2011 27 jongeren met alcoholvergiftiging in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) moesten worden opgenomen? ¹ Of: waarom is de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking in Nederland twee keer zo hoog als het gemiddelde wereldwijd? ² Zijn de schadelijke effecten van alcohol wel echt bekend bij de Nederlandse bevolking?

De legitieme wens om de stijging van de zorgkosten te beteugelen wordt ironisch genoeg gehinderd doordat de blik altijd eerst op de kosten wordt gericht. Daardoor is de valkuil rücksichtslos te bezuinigen nooit ver weg. Een goed voorbeeld is de recent voorgenomen bezuiniging op het Persoonsgebonden Budget (PGB). Dat de kosten daarvan snel stegen was duidelijk, de cijfers zijn indrukwekkend: zo'n 130.000 mensen hebben een PGB, waarvan de totale kosten oplopen tot meer dan 2 miljard euro per jaar.

De reflex van de regering is geweest het PGB goeddeels af te schaffen en daarmee een flinke bezuiniging van zo'n 900 miljoen euro te kunnen doorvoeren. Het PGB is echter ooit uitgedacht om patiënten en cliënten meer zeggenschap over de zorg te geven. Niet alleen om redenen van vraagsturing bleek het PGB een buitengewoon succesvol instrument, ook op de zorgkosten heeft een PGB een positief effect: in de extramurale zorg liggen de PGB-kosten 30-50% lager dan via Zorg in Natura ³.

“Een maand geleden ben ik bij de tandarts geweest die mij uitgebreid heeft behandeld. Ik heb daarvoor een vrij hoge rekening gekregen, maar omdat ik een uitgebreide aanvullende tandarts-verzekering heb, heb ik mij daar niet druk over gemaakt. Nu blijkt dat ik toch nog een aardig bedrag moet bijbetalen. Dat komt door de vrije tarieven, heeft men mij verteld. Mijn tandarts zit blijkbaar hoger met zijn prijzen dan de gemiddelde. Had hij mij daar niet voor moeten waarschuwen?”

In Perspectief

¹ bron: MCL

² Dalen, W. van, Kingma, J. - *Ziek van alcohol, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP), Utrecht (2012)*

³ bron: Per Saldo, *alternatief voorstel* dd. 21/6/2012

In Perspectief

“Zo’n tien jaar geleden verviel de kilometervergoeding en werden alleen nog taxikosten vergoed. Dat was een flinke stap terug. Ik heb toen met de gemeente onderhandeld over kosten rolstoelbus tegenover een taxivergoeding. Na veel gesprekken en over en weer sturen van berekeningen, moest de gemeente erkennen dat de aanschaf van een bus goedkoper was dan die vergoeding. De gemeente is akkoord gegaan met een bedrag voor de aanschaf en aanpassing vanuit Wmo. Onderhoud, benzine en belasting zijn (natuurlijk) voor rekening van mijn zoon.”

Dat in de zorg niet meer alles voor iedereen wordt geregeld op elk gewenst moment, is een algemeen geaccepteerd idee. Ook daarin gaat het niet alleen om de kosten. Daar waar mensen hun eigen verantwoordelijkheid kunnen blijven dragen, moet de zorg dit niet van hen afnemen. Zo is de scheiding van wonen en zorg een belangrijke ontwikkeling geweest. De zorginstelling regelt de woonkosten niet per definitie, maar mensen blijven er zelf voor verantwoordelijk.

Een heldere visie op wat in de toekomst nog wel voor wie en wanneer geregeld wordt, is er echter ook nog niet. In de recente verkiezingscampagne kwam die visie ook niet voor het voetlicht en werd hooguit gediscussieerd over de vraag of het eigen risico verhoogd moest worden of niet. Is het eigenlijk wel mogelijk naar de toekomst van de zorg te kijken zonder de vraag wat het kost te stellen?

Dat kin de brune net lûke!⁴

Kort en goed: de rijksoverheid geeft 74,5 miljard euro uit aan de zorg. Daarmee is de zorg de grootste kostenpost van de hele rijksbegroting.

Ter vergelijking: aan onderwijs en defensie wordt respectievelijk 31 en 7,2 miljard euro uitgegeven⁵. Dit is echter nog maar een deel van het verhaal, want een deel van de uitgaven in de zorg wordt immers gedaan door de zorgverzekeraars die daarvoor via de Zorgverzekeringswet premies innen. In totaal komen de uitgaven voor de zorg in Nederland uit 90 miljard euro⁶. Inderdaad, een bijna niet te bevatten bedrag.

De meeste uitgaven worden gedaan aan de ziekenhuiszorg en de huisartsenzorg biedt – met het beantwoorden en behandelen van 90% van de gezondheidsvragen – zeker waar voor het geld.

Op zichzelf genomen hoeft dat nog niet een probleem te zijn, zolang er maar genoeg inkomsten tegenover staan. Het probleem ontstaat uiteraard als de uitgaven sneller stijgen dan de inkomsten en dat is het geval in bijvoorbeeld de AWBZ. Daar zijn de uitgaven vanaf 2002 (18 miljard euro) gestegen naar 25 miljard euro in 2011. Vanaf 2006 is een duidelijke

trend zichtbaar dat er tekorten zijn in de AWBZ en dit tekort bedroeg in 2011 3 miljard euro. Bij de Zvw is het nog niet zo ver. De zorgverzekeraars in Nederland hebben in 2010 meer dan 30 miljard aan zorgkosten voor het basispakket uitgekeerd en hadden over dat jaar (met inbegrip van beleggingsopbrengsten) een positief resultaat van 277 miljoen euro⁷.

De vraag om jeugdhulpverlening is toegenomen, maar ook is door de reactie na een aantal incidenten de jeugdzorg nadrukkelijker in de belangstelling komen te staan. De kosten zijn navenant gestegen: de provincies kregen in 2005 de zeggenschap over de jeugdzorg. Sinds die tijd zijn de uitgaven gestegen van 0,7 miljard naar 11 miljard euro in 2011⁸. Naast de rijksmiddelen, legt iedere provincie nog zo’n tien procent uit eigen middelen bij op de jeugdzorguitgaven.

Toch zijn ook dergelijke cijfers altijd weer te relativeren, bijvoorbeeld door een vergelijking in internationaal perspectief. In een vergelijking van de zorguitgaven als onderdeel van het Bruto Binnenlands Product (BBP), scoort Nederland ten opzichte van omringende

sector	uitgaven (x mln)
ziekenhuiszorg	23.560
huisartsenzorg	2.701
V&V	16.084
GGz	5.524
apotheken	6.470

bron: CBS

⁴ Fries spreekwoord:

dat kan niet betaald worden

⁵ Nota over de toestand van 's Rijks financiën, 's Gravenhage (2011)

⁶ bron: CBS

⁷ bron: Vektis

⁸ bron: CBS

landen niet eens slecht. Nederland geeft 9,8% van het BBP uit aan zorgkosten, evenveel als Denemarken, meer dan Groot-Brittannië (8,4%), maar minder dan België (10,2%) en Duitsland (10,4% ⁹).

In de stijging van de zorgkosten over een periode van 10 jaar is een omgekeerde trend te zien: landen als Duitsland die al veel uitgeven, zien de kosten minder sterk stijgen dan landen (Groot-Brittannië) die toch al minder aan zorg uitgaven. Nederland scoort daar ten opzichte van andere ontwikkelde landen nog onder het gemiddelde ¹⁰.

Over de verdere ontwikkeling van de zorgkosten in Nederland valt weinig te zeggen. We kunnen steeds meer met technologie en medicijnen. Met ons allen vragen we ook steeds vaker om zorg en deels komt dat ook door de vergrijzing. De vraag is waar we gaan ingrijpen, welke keuzes we kunnen maken. Die keuzes liggen vooral besloten in de vraag wat in de toekomst nog wel en niet vergoed wordt, wat mensen zelf moeten betalen en waar we gemeenschapsgeld voor willen (blijven) gebruiken.

Maar dan heb je ook wat!

Er is genoeg goed nieuws over de gezondheid in Nederland: de levensverwachting kruipt nog steeds omhoog. Voor vrouwen tot 83,3 en voor mannen tot 78,3 en die levensjaren zijn we over het algemeen in goede gezondheid ¹¹.

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, beschrijft het RIVM de stand van zaken van de gezondheid van de Nederlandse bevolking en kijkt naar wat er in de toekomst nodig is om de gezondheidszorg nog verder te verbeteren.

Een belangrijke reden voor de toegenomen levensverwachting is de daling van de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten. Andere positieve trends zijn de toegenomen sportbeoefening, de aandacht voor omgevingsrisico's waardoor bijvoorbeeld het aantal dodelijke verkeersslachtoffers is gedaald. In absolute getallen neemt het aantal mensen met

NOVEMBER 2011

GGZ Friesland krijgt Zorgbelang Duim voor medicijn-app

Afslanking Sionsberg: acute zorg en geboortezorg verdwijnen

Nieuw centrum voor aanpak kindermishandeling

Extra ambulancepost boven Dokkum

GGZ Friesland: afkickkliniek voor welgestelden in St. Nicolaasga

doodsoorzaak	percentage
kanker	32
hart&vaatziekten	29
ziekte ademhaling	10
psych. aandoening	6

bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

⁹ Idenburg, P.J. van, Schaik, M. van – *Diagnose 2025, Scriptum (2010)*

¹⁰ idem

¹¹ Lucht, F. van der, Polder, J.J. – *Van gezond naar beter, kernrapport van de volksgezondheid toekomst verkenningen 2010, RIVM, Bilthoven (2010)*

een chronische ziekte toe, maar dit is op zichzelf goed te verklaren. We worden immers ouder en de ouderdom komt met gebreken, waaronder chronische ziekten. Verder is het deels het gevolg van steeds betere methoden om ziekten op te sporen en deels de betere behandelingen die de kansen op overleving hebben vergroot.

De conclusie mag zijn dat de Nederlandse gezondheidszorg, met haar hoge kwaliteit en toegankelijkheid, haar werk doet. Er is een stijgende lijn te zien waarin de Nederlandse bevolking gezonder en ouder wordt.

Er zijn echter wel degelijk problemen die om een reactie vragen. De steeds hoger wordende levensverwachting blijft wel achter bij de levensverwachting in de ons omringende landen. Dit wordt met name veroorzaakt door het achterblijven van de levensverwachting van de Nederlandse vrouw in vergelijking tot andere landen, die maar nauwelijks boven het Europese gemiddelde uitkomt.

Ook al is er een stijgende lijn en gaan we niet ongezonder leven, onze leefstijl ligt nog te vaak op een ernstig ongezond niveau. Anders gezegd: het wordt niet erger, maar het is zeker ook niet goed!

De grootste problemen doen zich voor rondom overgewicht (40 tot 50% van de Nederlanders is te zwaar), het aantal probleemdrinkers en drugsgebruikers neemt niet af en hoewel het aantal rokers – na jaren stilstand – weer wat afneemt, rookt nog steeds 27% van de Nederlanders en dat is meer dan in de ons omringende landen.

Sowieso is er geen reden achterover te leunen, want ook op onderwerpen waarop grote vooruitgang is geboekt, zoals veiligheid en omgevingsrisico's, kunnen zich altijd nieuwe problemen voordoen. Een goed voorbeeld daarvan is de uitbraak van Q-koorts, maar de recente geschiedenis rond SARS en vogelgriep heeft ook aangetoond dat Nederland voorbereid moet zijn op pandemieën.

Gezondheid en lage opleiding

Het RIVM beschrijft in de VTV 2010 hoe laag opgeleide Nederlanders gemiddeld zes tot zeven jaar eerder overlijden dan mensen met een hogere opleiding.

Het blijkt dat bijvoorbeeld het roken door mensen met een lage opleiding weer enigszins is toegenomen.

De verschillen in gezondheid worden onrustbarend groot en onbevredigend hardnekkig genoemd.

Het RIVM pleit daarom voor een effectiever gezondheidsbeleid voor laag-opgeleiden.

De toekomst

De meest cruciale punten die daarom blijvende aandacht vragen zijn:

1. gezondheidsbescherming

In het verleden is op dit terrein veel winst geboekt als het gaat om hygiëne, schoon drinkwater en goede huisvesting. Momenteel hebben arbeidsomstandigheden en (verkeers)veiligheid prioriteit, maar in een dichtbevolkt land als Nederland zal gezondheidsbescherming altijd een grote rol spelen.

2. ziektepreventie

Ook hierin is met vaccinaties en screening op kanker veel vooruitgang gemaakt, maar er zijn ook nog onbenutte vormen van preventie, die verzilverd kunnen worden.

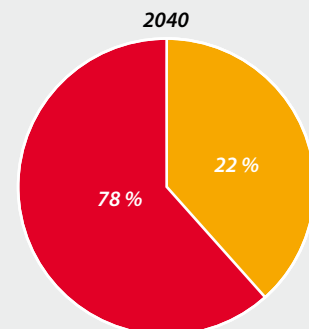
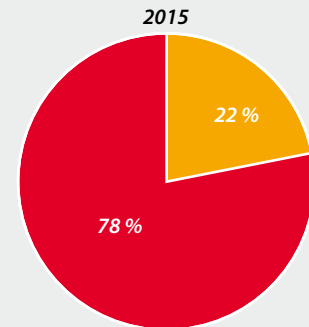
3. gezondheidsbevordering

Het wijzigen van leefstijl is moeilijk maar van groot belang, zeker als het om het bereiken van laagopgeleiden gaat. Mogelijkheden liggen in een mix van accijnzen, wettelijke maatregelen, interventies in omgeving en leefstijl.

De grote opgave waar we in Nederland voor staan is dat we de kosten van de zorg moeten gaan beheersen, terwijl we tegelijkertijd moeten investeren in de gezondheidsbevordering, zonder dat de solidariteit in de zorg in het gedrang komt.

Stijging zorgkosten

Sinds de eeuwwisseling stijgen de zorgkosten sneller dan de groei van de economie. Nu vormen de zorgkosten zo'n 10% van het Bruto Binnenlands Product, bij gelijkblijvende stijging is dat rond 2040 circa 18%. Deze stijging wordt nu opgevangen door te besparen op andere collectieve uitgaven.



- Aandeel zorgpremies (inclusief bijdrage werkgever)
- Totaal modaal inkomen exclusief zorgpremies

bron: Miljoenennota 2012

HET BELANG VAN: DE JEUGDZORG

Sinds 1999 is Zorgbelang Fryslân betrokken bij de jeugdzorg. Momenteel zijn er drie vertrouwenspersonen werkzaam binnen Zorgbelang Fryslân voor de provinciaal gesubsidieerde jeugdzorg en behandelcentrum Woodbrookers. Sinds 2007 krijgt Zorgbelang Fryslân provinciale subsidie om de collectieve belangenbehartiging vorm te geven. Vanaf 2009 is dit het terrein van Henriette Bleumink.

Het werkveld jeugdzorg is buitengewoon spannend, vindt Bleumink. Momenteel krijgt de 'transitie', de overgang van de jeugdzorg van de provincie naar de gemeenten, steeds meer vorm. Er is een kwartiermaker aangesteld om één plan te schrijven voor de 27 Friese gemeenten. Zorgbelang Fryslân is volgens Bleumink op haar 'qui vive': "Dit is het moment om met de gemeenten afspraken maken over de manier waarop de stem van de cliënt na de transitie goed in het beleid verankerd kan worden."

Die cliënteninspraak is natuurlijk niet nieuw. Al jaren praten cliëntenraden mee met directies en besturen, maar dat kwam niet vanzelf. We hebben de medezeggenschap echt moeten opbouwen. Dat is goed gelukt. Medezeggenschap is eigenlijk vanzelfsprekend geworden, maar het is voor de cliëntenraadsleden ook veel werk. Volgens Bleumink zouden de

In Perspectief

"Mijn broer zit al 35 jaar in dezelfde instelling bij mij in de buurt. Nu hebben we net te horen gekregen dat hij overgeplaatst wordt naar een andere instelling, 40 km verderop. Ik vind dat ze dat mijn broer niet aan kunnen doen na zoveel jaar. Iedereen bij wie ik het aanklaart in de organisatie haalt zijn schouders op."



Henriette Bleumink

leden van de cliëntenraden meer handvatten moeten kennen waarmee ze vanuit cliëntenperspectief beleid kunnen beïnvloeden.

“Veel wordt in beleidsdocumenten geregeld, waarvan mensen niet altijd het gevoel hebben dat ze het kunnen bijsturen. De instrumenten zijn er wel, bijvoorbeeld de C-Toets met cliëntenervaringen. Voor een cliëntenraad is dat een middel, ze kunnen kijken wat er met de resultaten vanuit cliëntenperspectief wordt gedaan en die volgen.”

Bleumink ziet enthousiasme bij gemeenten om de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg over te nemen, inclusief een goede medezeggenschap. “Met de transitie in aantocht moeten we nieuwe kansen creëren. We zijn aan het kijken hoe we het beleid creatief kunnen vormgeven zodat het ook meerwaarde oplevert voor de cliënten. Daar willen we de cliënten nadrukkelijk bij betrekken. De cliëntenbelangen moeten daarom een duidelijke plek krijgen in de plannen van de kwartiermaker. Ik hoop dat de gemeenten zich committeren aan provinciaal georganiseerde vertrouwenspersonen voor ouders en jongeren, een provinciaal platform, of een denktank van cliëntvertegenwoordigers, zodat gemeenten een plek hebben om te vragen hoe men vanuit cliëntenperspectief tegen nieuwe zaken aankijkt.”

Van inspraak naar invloed

Bleumink werkt momenteel aan de tweede bijeenkomst van de denktank voor cliëntvertegenwoordigers in de Friese jeugdzorg van dit jaar. De denktank is een breed platform van leden van cliëntenraden van Bureau Jeugdzorg Friesland en Jeugdhulp Friesland, Fier Fryslân en de landelijke William Schrikker Stichting, het landelijk cliëntenforum jeugdzorg (LCFJ), maar ook stichtingen als De Knoop, Balans, Minderjarigen Noord Nederland en de Nederlandse Vereniging van Pleegouders.

Een andere belangrijke activiteit is het doorontwikkelen van de cliëntenwijzer jeugdzorg. Enkele jaren geleden publiceerde Zorgbelang Fryslân een website

DECEMBER 2011

Benauwdheidspoli in Heerenveen

Politiek **Oosterwolde** discussieert met mensen met **verstandelijke beperking**

Protestmars in Dokkum **tegen afslanking Sionsberg**

Onderzoek: Friezen bereid om voor **operatie te reizen**

Vijftig kinderen met gedragsproblemen gaan **nooit naar school**

waar mensen die met de jeugdzorg te maken krijgen, stap voor stap kunnen zien hoe hun traject gaat verlopen. Het feit dat mensen al hun informatie op één plek weten te vinden, lijkt de belangrijkste reden voor het succes te zijn.

www.wegwijsindejeugdzorg.nl

“Het is belangrijk dat cliënten een stevige positie bij gemeenten en jeugdzorgorganisaties krijgen voor cliënteninspraak, maar als ik zie dat op landelijk en provinciaal niveau de ondersteuning voor collectieve belangenbehartiging door Zorgbelangorganisaties en het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg in de jeugdzorg bijna wordt wegbezuinigd, dan ben ik er niet gerust op. Op de korte termijn zullen we met de gemeenten hierover afspraken moeten maken. Daarnaast moeten er duidelijke resultaten zichtbaar worden, van wat die inspraak, die medezeggenschap oplevert.”

Het verleden van de zorg



Rooms katholiek verpleeghuis Bertilla in Drachten, 1964.

**HOOGLERAAR MAATSCHAPPELIJKE
GEZONDHEIDSZORG ERASMUS MC
JOHAN MACKENBACH**

Wetenschappers werken vaak langs rationale lijnen van door onderzoek verzamelde gegevens. Over het algemeen laten zij het maken van keuzes over aan politiek en beleidsmakers, het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Een oordeel geven wordt vaak als niet wetenschappelijk beschouwd.

Johan Mackenbach heeft als hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg aan het Erasmus Medisch Centrum een andere instelling. Hij ziet het niet alleen als taak onderzoek te doen, maar ook uitleg te geven, te duiden, zoals hij dat doet in zijn boek 'Ziekte in Nederland'. Het geeft een verhelderend inzicht in hoe we in Nederland tegen ziekte aankijken en door de eeuwen heen daar onze gezondheidszorg op hebben ingericht.

Naast onderzoeken en duiden, gaat Mackenbach een enkele keer nog verder en neemt stelling in, zoals die keer in de Volkskrant¹² dat hij de overheid angst voor paternalisme verweet. Deze angst heeft er volgens hem in de afgelopen decennia voor gezorgd dat de volksgezondheid in Nederland achteruit is gegaan. De gezondheidszorg is namelijk niet strak genoeg georganiseerd, waardoor de levensverwachting in Nederland lager, de babysterfte hoger, het aantal

**'Er is nog zoveel
gezondheidswinst te
behalen, maar we
moeten er wel wat
voor willen doen'**

¹² *Gezondheidszorg is lang niet strak genoeg georganiseerd; de Volkskrant, 11 september 2009*

rokers groter en de overlevingskansen na een beroerte lager zijn dan in de ons omringende landen.

Toch was Nederland ooit kampioen volksgezondheid. Zaken die we nu als vanzelfsprekend beschouwen, waren lang geleden revolutionair: publieke hygiënische maatregelen vanaf de eerste helft van de negentiende eeuw (riolering, drinkwaterleiding), sociale hygiënische maatregelen in de tweede helft van die eeuw (betere voeding, betere huisvesting), en de opkomst van de curatieve zorg in de twintigste eeuw.

We hebben volgens Mackenbach kansen laten liggen in de publieke gezondheidszorg, met name in het bestrijden van welvaartsaandoeningen als hart- en vaatziekten en kanker. Nog altijd is vijftig procent van alle ziekte in Nederland op de één of andere wijze een gevolg van omgevingsfactoren en gedrag en daardoor in principe vermijdbaar.

Nog altijd is vijftig procent van de ziektes het gevolg van vermijdbare oorzaken. Is dat niet een trieste conclusie, dat we na eeuwen van vooruitgang en de ontwikkeling van medische technologieën, moeten constateren dat we ziekte in Nederland nog niet verder terug hebben weten te dringen?

Ja, dat kan je tegenvallen, maar je kunt er ook positief tegenaan kijken. Er zijn immers nog veel mogelijkheden tot verbetering over, ondanks de enorme winst die we hebben bereikt, vooral door allerlei preventieve maatregelen. Je hoeft maar terug te gaan naar het einde van de 19^e eeuw. De drinkwaterleiding, de riolering en andere hygiënische maatregelen hebben de toenmalige omgevingsfactoren bijna helemaal uitgeschakeld als determinant van gezondheid. Je zou denken dat je ergens een keer tegen een harde grens aanloopt van wat je kunt voorkomen met preventie. Zo ver is het echter nog lang niet en dat biedt mogelijkheden voor de toekomst.

Ook nu nog kunnen we met preventie verdere gezondheidswinst behalen en daar vallen ook hele belangrijke oorzaken van voortijdige sterfte onder. Een

"Over de samenwerking tussen de cardioloog hier en de cardioloog in het academisch ziekenhuis ben ik minder te spreken. Ik zou geopereerd worden, ik lag al op de tafel. Toen hoorde ik dat het niet door ging. Later zou ik via mijn arm 'stents' ingebracht krijgen. Ze hebben twee dagen vergaderd wat er moest gebeuren, of ik een open hartoperatie zou krijgen of niet. Ik werd daarvan niet op de hoogte gehouden. Er was wel overleg tussen de cardiologen, maar daarover werd mij niets verteld."



Interview
Johan Mackenbach

deel van die mogelijkheden is al voor een deel benut, bijvoorbeeld bij het bestrijden van roken, ongezonde voeding, onveiligheid in het verkeer. In Nederland is dat – om het zo maar te zeggen – gemiddeld benut, maar er zijn andere landen die dat krachtiger gedaan hebben en beter gebruik gemaakt hebben van die mogelijkheden, vooral als het gaat om beïnvloeding van gedragsfactoren. Daarmee zijn we in Nederland relatief terughoudend geweest, waardoor we hier bijvoorbeeld nog steeds met een relatief hoog percentage rokers zitten.

We hebben misschien teveel een houding dat een ziekte ons overkomt, zonder ons te realiseren dat we met ons gedrag de ziekte zelf over ons afroepen?

Dat is zeker waar, maar niet het hele verhaal. De babysterfte kort voor, tijdens of na de bevalling is daar een duidelijk voorbeeld van. Het is een terrein waar Nederland in de afgelopen dertig jaar een achterstand heeft opgelopen ten opzichte van andere landen. De relatief hoge sterfte is een combinatie van factoren, waarvan gedrag, roken, er één is. Dat is één kant. We hebben echter in de coördinatie en de organisatie van de zorg verzuimd een aantal vorderingen te implementeren, die in het buitenland wel zijn doorgevoerd. Dat werd overigens al in 1986 gesignaleerd, ik herinner me het artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde nog goed. Vervolgens is twintig jaar lang ontkend dat er een probleem was. De beroepsgroepen meenden dat het hogere sterftecijfer in Nederland een gevolg was van een zorgvuldiger registratie in vergelijking met het buitenland. Door een paar goede internationale, vergelijkende studies is dat sprookje inmiddels gelukkig de wereld uit geholpen. Minister Klink heeft enkele jaren geleden – eindelijk – het initiatief genomen het probleem aan te pakken¹³. Daar is nu wel serieus werk van gemaakt en inderdaad lijkt de perinatale sterfte te dalen, maar of we ook onze achterstand ten opzichte van andere landen inlopen, is nog niet onderzocht. Ik geloof wel dat we op de goede weg zijn, dat wel.

“Veel mensen kunnen niet voor zichzelf opkomen. Op een informatieavond kondigde de gemeente een eigen bijdrage aan voor elke aanpassing. Niemand protesteerde. Ik heb toen zelf maar voorgerekend hoeveel dat zou gaan kosten in mijn geval. Daarna ging het voorstel van tafel, maar mensen moeten wel van zich laten horen. Voor wie dat niet kan, zou eigenlijk een soort troubleshooter, een ombudsman bij Zorgbelang Fryslân moeten bestaan die eventueel zelfs met mensen naar een wethouder gaat als pleitbezorger, een soort zorgadvocaat.”

¹³ *Initiatief: het rapport ‘Een Goed Begin’ van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte*

In Perspectief

Wat maakt dat we de oorzaken en het gedrag dat die vermijdbare ziekte veroorzaakt, uit het oog zijn verloren?

Wat ik zie is een zekere terughoudendheid in Nederland in het aanspreken van mensen op hun gedrag. Zo hebben we in Nederland een relatief hoog percentage vrouwen dat tijdens de zwangerschap rookt of alcohol drinkt. Verloskundigen hebben er moeite mee om zwangere vrouwen hierop aan te spreken. Ze voelen het alsof ze hun boekje te buiten gaan door hen er op te wijzen dat het slecht is voor de baby en voor henzelf en dat ze gebruik zouden moeten maken van de ondersteuningsmogelijkheden die er zijn.

Die terughoudendheid in het beïnvloeden van gedrag, zoals roken en alcoholgebruik, moeten we doorbreken, als we dat potentieel voor gezondheidswinst dat er nog is volledig willen benutten. Nederland heeft een traditie van burgers niet al te veel aan te spreken op hun gedrag. Het is een klein land, dat het economisch gezien moet hebben van de handel. Wil je kunnen handelen, dan moet je vrijheid en tolerantie hoog in het vaandel hebben. Een land als Denemarken is wat dat betreft te vergelijken met Nederland, zowel in handelstraditie, als in diezelfde terughoudendheid. Het interessante is dat ook in Denemarken nog veel wordt gerookt.

Toch worden Scandinavische landen vaak als lichtend voorbeeld voor de rest van de wereld genoemd. Wat doet men daar dan beter?

Verderop in Scandinavië, in Zweden en Finland, zie je dat men daar veel nadrukkelijker – ook van overheidswege – bezig is te proberen het gedrag van de bevolking in gunstige zin te beïnvloeden. Er is bijvoorbeeld een heel beroemd programma in Finland, het Noord-Kareliëproject. Dat programma loopt al dertig jaar. De overheid werkt daarin samen met particuliere partijen in die regio, en heeft een samenhangend pakket van maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat de Finnen minder gingen roken, minder vet en minder zout gingen eten, om daarmee de hoge sterfte aan hart- en vaatziekten terug te drin-

JANUARI 2012

GGD test alleen nog risicogroepen op **HIV en SOA**

Clïënteninbreng levert negen instellingen **Zorgbelang Oké vignet** op

Groei aantal verzekerden bij **De Friesland**

Samenwerking **De Sionsberg** met **Nij Smellinghe**

Alphahulpen hebben recht op **doorbetaling bij ziekte**

gen. Niet alleen werden campagnes opgezet om de Finnen te overtuigen hun gedrag aan te passen, maar tegelijkertijd ging men in school- en bedrijfskantines minder vet eten serveren en werden patiënten door zorgverleners actief benaderd als het ging om hun gedrag en de mogelijkheden om gezonder te leven. Als je het in zo'n brede context doet, waarbij ook via raadplegingen draagvlak onder de bevolking werd gekweekt en waarbij zoveel partijen betrokken zijn, dan zul je waarschijnlijk minder snel de reactie 'waar bemoei je je mee' krijgen. Ook Nederlanders begrijpen natuurlijk dat het uiteindelijk in hun eigen belang is een beetje gezonder te leven.

Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen voor de Nederlandse gezondheidszorg?

Vanuit mijn perspectief: Nederland weer kampioen maken op het gebied van volksgezondheid. Dat zijn we een tijd geweest en als we willen, zouden we dat gemakkelijk opnieuw kunnen worden, maar dat vereist dat we op het gebied van preventie nadrukkelijker inzet gaan plegen. Hier en daar wat meer middelen besteden, maar wat veel belangrijker is, is dat er een daadkrachtig beleid wordt geïnitieerd en geregisseerd door de overheid, dat met vele partijen samen wordt uitgevoerd.

Dan heb ik het niet alleen over de genoemde problemen als roken. Ook arbeidsomstandigheden blijven een bron van ongezondheid, zowel fysiek als sociaal, daar kan ook nog steeds veel verbeterd worden. Op het gebied van verkeersveiligheid is ook nog steeds verdere winst te boeken. Het zijn niet alleen de gedragsfactoren, al zijn dat wel de grootste bronnen van ongezondheid. De grootste uitdaging is volgens mij dat we daar effectief wat aan gaan doen.

Overigens wil ik dat direct laten volgen door de kostenbeheersing in de zorg op een zodanige manier dat de solidariteit gehandhaafd kan worden en dat we ervoor zorgen dat we de uitgaven die we doen terecht komen bij de dingen die echt werken. De afgelopen tien, twaalf jaar, heeft er een gigantische kostenexplosie plaatsgevonden in de zorg. We

Professor Mackenbach is bijzonder geïnteresseerd in de effecten die de grote mondiale milieuveranderingen die op dit moment plaatsvinden. Uiteindelijk zullen deze voor de gezondheid van de wereldbevolking – en dus ook de Nederlandse bevolking – gevolgen hebben.

“Nu verwacht ik dat voor de komende tien, twintig jaar de effecten in Nederland wel een beetje mee zullen vallen, omdat wij rijk genoeg zijn om ons in te dekken tegen de risico's. Als je echter wereldwijd kijkt, kun je wel degelijk belangrijke effecten van klimaatverandering zien, maar dat concentreert zich voorlopig in landen die nu al warm en arm zijn. In dergelijke landen zijn malaria of overstromingen nu al een probleem, omdat men onvoldoende middelen heeft zich ertegen te beschermen.”

In Nederland zijn de gevolgen van klimaatverandering slechts gering, een voorbeeld is de toename van de ziekte van Lyme. “Niettemin weet je nog niet zeker hoe zich dat in Nederland op de lange termijn gaat ontwikkelen”, aldus Mackenbach

zijn overgeschakeld van een budgetteringsstelsel, naar een stelsel waarbij hoe meer er gedaan werd, hoe meer ziekenhuizen en zorgverleners konden verdienen. Dat heeft geleid tot een enorme groei van het gezondheidszorggebruik. Dat heeft wel een positief effect gehad op een aantal fronten. Zo is de Nederlandse levensverwachting sinds ongeveer 2002 weer gaan stijgen. Ik denk dat dat te maken heeft met de verruiming van de middelen voor de gezondheidszorg, maar dat geld is vermoedelijk ook besteed aan allerlei andere dingen dan dingen die er wezenlijk toe doen. Denk aan de salarissen van specialisten en huisartsen die de laatste jaren ook enorm gestegen zijn. Ik weet niet of dat nou de bedoeling was....

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet, inclusief gereguleerde marktwerking, dachten we dat dat zou leiden tot kostenbeheersing. Nou dat blijkt niet het geval te zijn geweest. Integendeel, de marktwerking heeft op onderdelen de kosten juist opgedreven. Weliswaar zijn de kosten voor behandelingen goedkoper geworden of minder snel gestegen, maar het probleem is dat het totale volume van het aantal behandelingen enorm is toegenomen. Ik denk niet dat je van het doorzetten van de marktwerking de oplossing van de kostenstijging in de zorg moet verwachten.

Je moet je afvragen wat we er in de volksgezondheidszorg mee zijn opgeschoten. De geldkraan is opengezet en we lopen nu tegen de grenzen aan. Mede door de gevolgen van de economische crisis en de bezuinigingen die nu nodig blijken te zijn, is dat de grote uitdaging: het beheersen van de kosten en de beschikbare middelen daar terecht te laten komen waar het er echt toe doet, waar het de grootste gezondheidsimpact heeft.

Pleit u daarmee – ook – voor de herintroductie van budgettering van de zorg en dus wachtlijsten?

Misschien moet je inderdaad kijken of je toch weer elementen van budgettering moet invoeren, die hadden ook zo hun aantrekkelijke kanten. Al is het in

Jarenlang heb ik mijn hulpmiddelen besteld bij firma X. Ze leverden vaak de verkeerde materialen. Ook kwam het spul vaak niet op tijd of kreeg ik te horen dat de machtigingen niet klopten. Ik heb toen besloten om alles via mijn eigen apotheek te bestellen en dat ging veel beter. Nu ben ik overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en moet ik alle materialen weer bestellen bij firma X. Dat heb ik gedaan, maar weer gaat alles mis. Ik heb geklaagd bij de firma en bij de zorgverzekeraar, maar ik mag niet naar een andere firma. Wat voor keuzevrijheid heb je dan nog?

de jaren negentig daarmee wel uit de hand gelopen, door de enorme groei van de wachtlijsten. Het is misschien slimmer om elementen van verschillende systemen waaronder budgettering te gebruiken. Niet het één of het ander, maar maak een slimme mix.

Hoe ziet de zorgverlener van de toekomst er uit? Wat we steeds opnieuw onder de aandacht moeten brengen is dat de gezondheid in grote mate door omgevingsfactoren wordt bepaald. Als arts moet je daarom verder kijken dan de grenzen van dat lichaam dat daar voor je zit, het besef hebben dat de ziekte in dat lichaam zijn oorsprong heeft in de wijde wereld.

Ik houd studenten vaak voor dat zij een rol kunnen spelen in de bewustmaking van wat nou de oorzaken zijn van de problemen die bij jou op het spreekuur komen. Ik gebruik graag het voorbeeld van de oogartsen die al enkele jaren lang rond de jaarwisseling komen met cijfers over het aantal ogen dat verloren is gegaan door vuurwerk. Dat vind ik een goede rol die artsen kunnen spelen, door actief met dat soort feiten naar buiten te komen. Wat tref je aan op je spreekuur wat te vermijden was geweest? Neem de longartsen uit IJmuiden. Hun hele wachtkamer zit vol met mensen die daar niet zouden zitten als ze niet zouden roken. Zij voeren al jaren actie tegen sigarettenrook en besteden een deel van hun tijd aan het spreken met journalisten, of naar de Tweede Kamer gaan om te lobbyen voor meer tabaksbestrijding, of een stuk in de krant schrijven om aandacht te vragen voor dit probleem. Niet alleen maar reactief patiënten beter maken, maar ook doordenken over de vraag wat we kunnen doen om de gezondheidsproblemen van patiënten te voorkomen.

Zou u dan ook niet consequenties aan gedrag willen verbinden, zoals Herre Kingma comazuipers een rekening voor de behandeling zou willen sturen?

Het is wel goed dat er aandacht voor wordt gevraagd, maar Kingma bracht het gelijk in de sfeer van 'zelf opdraaien voor de kosten'. Ik weet niet of dat een goed idee is. Het is namelijk heel moeilijk een onderscheid

FEBRUARI 2012

Leeuwarden mag geen inkomensgrenzen stellen bij Wmo aanvragen

Klink: marktwerking heeft tot overproductie geleid

Friese meldcode levert meer meldingen kindermishandeling op

Meldkamer schakelt ook vrijwilligers in bij reanimatie

Schaatsweekend: drukte op gipskamers

te maken tussen mensen die het zichzelf uit vrije wil hebben aangedaan, en mensen voor wie het minder vrijwillig was. Het is belangrijker dat medische professionals een actieve rol gaan spelen in het debat. Zij mogen best de lastige vragen stellen over het gedrag van deze jongeren. Waar komt dat gedrag vandaan, zijn de schadelijke gevolgen van overmatig drankgebruik wel goed genoeg bekend en wat gaan we gezamenlijk – niet alleen de spoedeisende hulp, maar ook GGD en overheid en drankindustrie en horeca – doen om deze excessen terug te dringen?

Welke rol zouden patiëntenorganisaties in de toekomst kunnen spelen?

Patiëntenorganisaties maken op mij nog wel eens een dubbelhartige indruk als het gaat om preventie. Patiënten hebben natuurlijk al een ziekte, dus die hebben geen belang meer bij preventie, die hebben vooral belang bij een effectieve behandeling en bij goede zorg. Ik merk helaas weinig steun van patiëntenorganisaties voor preventie. Toch zouden ze daar een heel actieve rol in kunnen spelen. Graag! Ik zou het toejuichen als patiëntenorganisaties pleitbezorgers van preventie zouden worden. Misschien is het goed om ook binnen patiëntenverenigingen meer kennis te verspreiden over waar die ziektes vandaan komen. Ik denk dat je mensen dan best kunt mobiliseren om zich wat actiever met preventie bezig te houden.

Bij veel ziekten spelen gedragsfactoren een rol en het is misschien ook niet aantrekkelijk voor een vereniging om te zeggen dat patiënten voor een deel zelf schuld hebben aan het ontstaan van hun ziekte. Zo zal een COPD-vereniging bijvoorbeeld een eigenschuld-dikke-bult redenering willen vermijden en de eigen leden niet voorhouden dat de ziekte van de meeste leden met hun roken verband houdt. Wat mij betreft kun je ook heel goed wijzen op de rol van roken zonder in die redenering verzeild te raken, want de reden dat we in Nederland nog zoveel roken is dat we bij all onze terughoudendheid om de burgers aan te spreken op hun gedrag, ook de tabaksindustrie de vrije hand gelaten hebben.

Jeugdzorg (jongeren)

"Ik wil terug naar huis maar volgens mijn gezinsvoogd kan dit niet".

"Eén van de groepsleiders maakt soms kwetsende opmerkingen over de omvang van één van mijn medebewoners".

"Ik ben blij dat ik nu in de leefgroep woon. Het is een stuk rustiger dan thuis".

HET BELANG VAN : ERVARINGSKENNIS

Het credo dat het werk van Zorgbelang Fryslân het best weergeeft is 'echte mensen, echte ervaringen en echte verbeteringen'. Het streven naar kwaliteitsverbetering van de zorg gebeurt niet uit de losse pols, maar wordt richting gegeven door de contacten die Zorgbelang Fryslân onderhoudt met de mensen die gebruik maken van de gezondheidszorg, de langdurige zorg en de jeugdzorg. Gewone mensen met ervaringen in de zorg. Mensen die vertellen waar het niet goed gaat, maar die soms ook zorgverleners de hemel in prijzen.

“De verhalen die mensen ons vertellen, dat is eigenlijk ons kapitaal”, zegt Elizabeth Spieker. Zij is de centrale persoon binnen Zorgbelang Fryslân waar het gaat om ervaringskennis en signalering. Ooit begonnen bij het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg met het adviseren van mensen met klachten over de zorg, houdt ze zich nu bezig met het verzamelen van alle klachten, ervaringsverhalen, losse opmerkingen en uitkomsten van cliëntenraadplegingen.

“Zonder die verhalen zouden wij maar moeilijk richting kunnen geven aan onze belangenbehartiging. De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor ervaringskennis gekomen vanuit zorginstellingen

Uniek zorgbelangproduct

Hoewel alle collega Zorgbelang-organisaties werken aan cliëntenraadpleging en signalering van knelpunten, is gebleken dat Zorgbelang Fryslân de enige is die deze ervaringskennis systematisch opslaat in een databank.

Het enthousiasme van de Groninger Zorgbelangcollega's voor de databank heeft ertoe geleid dat ook zij toegang tot de databank hebben.

Nu zowel ervaringskennis uit Groningen en Fryslân verzameld en gedeeld wordt, is een eerste stap gezet naar een mogelijke 'uitrol' over meerdere regio's.

en zorgverzekeraars. Zij realiseren zich dat als ze hun aanbod op de behoeften van burgers willen afstemmen, dat ze goed moeten luisteren naar de knelpunten die mensen tegenkomen. Evengoed kunnen ze hun voordeel doen met de zaken waar mensen positief over vertellen. Goede voorbeelden zijn vaak een sterke prikkel om werkwijzen en behandelmethoden over te nemen.”

Bij Zorgbelang Fryslân staan de antennes dan ook uit om ervaringen op te tekenen en meningen te peilen. Niet alleen via de afdeling informatie en klachtenopvang, maar ook via websites als meldpuntzorgfriesland.nl en deeljezorg.nl komen ervaringen binnen. Verder zijn er regelmatig meldacties met digitale vragenlijsten en is het organiseren van focusgroepen een levendige tak van sport voor Zorgbelang Fryslân geworden.

Doordat de ervaringskennis een steeds centralere plaats in het werk van Zorgbelang Fryslân ging innemen, kwam de vraag op hoe deze verhalen, klachten en signalen verzameld en opgeslagen moesten worden. Spieker is al enkele jaren bij dit vraagstuk betrokken: “Uiteraard ga je denken aan een digitale manier van opslaan. Twee jaar geleden hebben we daarom opdracht gegeven tot het inrichten van een databank. Via een website kunnen alle medewerkers documenten invoeren waarin ervaringen van zorggebruikers in beschreven staan. Daarmee kunnen we nu systematisch ervaringskennis opslaan en later met een druk op de knop terugvinden.”

Een klein team van medewerkers houdt bij welke ervaringen door de collega's worden ingevoerd en bespreken de belangrijkste signalen met collega-belangenbehartigers. Daar waar actie ondernomen wordt, worden de resultaten in de databank bijgehouden. Op die manier werkt het opslaan van de ervaringskennis naar twee kanten. Spieker: “het geeft in de eerste plaats voeding aan de belangenbehartigers van Zorgbelang Fryslân. Als zij een gesprek hebben met directie of kwaliteitsfunctionarissen van bijvoorbeeld een ziekenhuis of verzorgingshuis,

MAART 2012

Tjongerschans
spoort borstkanker op
met **3D foto's**

Protest na TV opnamen
op SEH VUmc

Watersporters kunnen
ziekenhuis Sneek met
app bereiken

Nieuwe wachtlijsten
in **jeugdzorg**,
maar niet in Fryslân

De Friesland investeert
in **beeldhorloge**



Elizabeth Spieker

kunnen zij vlot controleren welke verhalen er de afgelopen periode over de betreffende instelling zijn binnengekomen.

In de tweede plaats laat het ons zien welke resultaten we hebben geboekt, zodat we scherper kunnen aantonen op welke ontwikkelingen in de zorg in Fryslân wij invloed hebben gehad.”

APRIL 2012

RVZ: geen concentratie
spoedzorg

Problemen gehoorcentra
door **ontbreken afspraken**
met zorgverzekeraars

Kliniek voor **vruchtbaarheid**
in **Wolvega**

Overlevingskans bij beroerte
in Groningen groter
dan in Fryslân

Provincie investeert in
ontwikkeling **digitale zorgpas**

Het verleden van de zorg



Willem de Kroon, chauffeur van dokter Hiemstra, de huisarts te Warns met achterin de auto de twee zontjes van de arts (omstreeks 1915).

NHL LECTOR
EVELYN FINNEMA

Praten over de toekomst van de zorg is vaak praten over vergrijzing. Niet alleen zal op den duur het aantal ouderen in absolute aantallen groter zijn dan nu, ook zullen ouderen een relatief groter deel van de bevolking vormen. Zoals wel vaker maken cijfers dit het beste duidelijk: rond 2040 zijn er meer dan 4,5 miljoen ouderen (boven de 65 jaar), waarvan meer dan de helft zelfs boven de 80 zal zijn¹⁴. Dat de zorg hierop zal moeten inspelen is vanzelfsprekend.

Dr. Evelyn Finnema is lector aan de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden (NHL). Daar houdt ze zich bezig met wonen, welzijn en zorg op hoge leeftijd en probeert ze een brug te slaan tussen het onderwijs en de maatschappij, door middel van op de praktijk gericht onderzoek.

Finnema wil het eerst hebben over de beeldvorming¹⁵: “De huidige stand van zaken is dat er ouderen zijn die thuis wonen en er zijn ouderen die het op een gegeven ogenblik niet meer redden en in een verzorgings- of verpleeghuis terecht komen. Wat we ons maar zelden realiseren, is dat de groep die thuis woont veruit het grootst is, zo’n 93%! Vaak denken we over ouderen in termen van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen, maar dat beeld klopt dus niet.”

**‘Ouderen zijn
geen exotische
diersoort’**

¹⁴ Gevel, B.J.C. van den - Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen, Raad voor Volksgezondheid, Den Haag (2012)

¹⁵ over beeldvorming, kijk ook eens naar: <http://www.youtube.com/watch?v=-m0EZ05O2dM>

Interview
Evelyn Finnema

Niet alleen de ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen, ook de mensen die thuis wonen, krijgen te maken met een achteruitgang van hun functies. Vijfenzestigplussers hebben gemiddeld twee chronische aandoeningen en hoe ouder, hoe meer aandoeningen er bij komen. De wens van politici en beleidsmakers, maar ook van ouderen zelf, is dat we het liefst zo lang mogelijk thuis wonen met zo min mogelijk hulp. Die wens is eigenlijk al grotendeels de praktijk.

Finnema vertelt dat een groot deel van de ouderen in Fryslân een beroep doet op thuiszorg en een kleiner deel gebruik maakt van een intramurale voorziening. Het zorgaanbod bestaat uit de meer traditionele instellingen, er zijn zorgboerderijen en er zijn innovatieve initiatieven, zowel opgezet vanuit instellingen als door particulieren. Naar haar mening willen aanbieders over het algemeen op een goede manier zorgen voor de mensen waarvoor ze de verantwoordelijkheid hebben gekregen.

“Er zijn natuurlijk voorbeelden waar het niet goed gaat, maar ik zie ook pareltjes van instellingen. Als oudere kun je steeds beter krijgen wat je zoekt. Daarbij gaat het niet alleen om innovatie of nieuwe woonvormen. Er zijn ook huizen die zorg en ondersteuning bieden aan de ouderen van het dorp en ook al is er niets spannends te zien aan het gebouw, als je er binnenkomt voelt het als een warm bad. Waar je merkt dat men ‘visiegedreven’ is om ouderen zo goed mogelijk te ondersteunen in hun dagelijkse behoeften.

Dat vind ik belangrijk. Een huis met een binding met het dorp: ze nemen het brood af van de bakker om de hoek, voor een verbouwing wordt de plaatselijke aannemer ingeschakeld, een ruimte die ook door het koor wordt gebruikt. Laagdrempelig, vriendelijk, met een gedreven directeur met liefde voor de doelgroep. Kwaliteit van zorg heeft niet altijd te maken met high-tech innovatie, maar zit vooral ook in het menselijke contact. Dat is de basis.”

“Mijn moeder is oud (83 jaar), maar was altijd nog erg actief en goed ter been. Ook geestelijk mankeert haar niets. Twee maanden geleden is ze gevallen en heeft ze een pols gebroken. Ze zit nu in het verpleegtehuis om te revalideren, omdat ze zich thuis niet kan redden met een arm in het gips. Maar in plaats van dat het beter gaat, gaat het alleen maar slechter met haar. Ze krijgt erg weinig te drinken en eten gaat moeilijk met één hand. De verpleging heeft geen tijd om haar te helpen bij het eten. Gelukkig kunnen wij af en toe bijspringen, maar wij wonen niet in de buurt en kunnen niet elke dag komen. Ook moet ze af en toe erg lang wachten voordat iemand haar kan helpen als ze naar de wc moet. Ze heeft nu een luier om gekregen omdat het soms te lang duurt. Mijn moeder vindt dat verschrikkelijk.”

Volgens Finnema is de tijd die je als verzorgende hebt, ondergeschikt aan je attitude. Roepen dat iets niet kan, dat er geen tijd voor is, is van alle tijden en Finnema is ervan overtuigd dat een menswaardige manier van zorg verlenen wordt bepaald door de houding van het personeel.

“In Rotterdam hebben we een cursus over eigen regie in de zorg gegeven aan verzorgenden. De inhoud van de cursus is mede bepaald door de bewoners van het huis zelf. Zij gaven aan wat ze vonden wat de verzorgenden moesten leren en hoe ze hen moesten ondersteunen in het maken van hun eigen keuzes. Bij eigen regie moet je ook in gesprek en dat kost ook weer tijd, maar uiteindelijk is het efficiënter, want je weet wat de cliënt wil. Je hoeft niet meer te vragen en te discussiëren en de cliënt heeft het gevoel beter gehoord te worden.”

Finnema erkent dat de basisformatie in verschillende instellingen gering is, maar wil het belang van kennis, vaardigheden en attitude benadrukken: “Zorg als directie voor je personeel, je moet een visie, betrokkenheid en passie hebben. Een geïnspireerde directie is zo belangrijk. Overal worden fouten gemaakt, maar als er maar bewust nagedacht wordt over het feit dat het mensenwerk is. Niet alleen maar denken in systemen, of wettelijke financiële en professionele kaders.

Informele zorg

Doordat mensen ouder, maar nog niet gezonder ouder worden, stijgt de complexiteit van de zorg en daarmee ook de organisatorische complexiteit. Je hebt al gauw te maken met de huisarts, een maatschappelijk werker, een specialist in het ziekenhuis, de thuiszorg en ga maar door. Hoe meer klachten, hoe groter het netwerk van hulpverleners. We maken de zorg zo ingewikkeld, iedere zorgverlenende instantie met een eigen intakegesprek en een eigen dossier. Cliënten kunnen het niet meer overzien en voor hulpverleners zelf is het ook onoverzichtelijk. We moeten naar samenhang in de zorg en een meer integrale manier van werken. Dat is een meer natuurlijke manier van werken dan de zaak verder optuigen met

Fietsongelukken

Het ministerie van Infrastructuur en Milieu publiceerde in mei 2012 cijfers over de toename van het aantal ernstig verkeersgewonden. Deze toename van 5% blijkt voor een belangrijk deel veroorzaakt te worden door eenzijdige fietsongevallen van vijftigplussers.

Uit een analyse van deze ongevallen komt naar voren dat een belangrijke oorzaak de inrichting van de weg betreft. Steeds vaker zijn door gelijke betrating het voetpad, fietspad en autoweg nog nauwelijks van elkaar te onderscheiden. Hoogteverschillen als stoeprandjes zijn dan voor ouderen minder goed zichtbaar, met valpartijen tot gevolg.

bron: verzamelbrief verkeersveiligheid, ministerie van I&E, 11 mei 2012

ook nog eens een case-manager. Nu is dat nog vaak noodzakelijk, iemand die probeert de verbindende factor tussen de verschillende zorgorganisaties te zijn. Maar wat zou het mooi zijn als we de cliënt en zijn sociale netwerk de regie zouden kunnen laten behouden in de zorgverlening en toegaan naar een meer overzichtelijk en samenhangend zorgaanbod."

Als je oud wordt en chronische ziekten of beperkingen zich aandienen, dan kom je al gauw in het professionele circuit terecht: huisarts, thuiszorg, etc. Daarnaast doe je een beroep op familie, vrienden en vrijwilligers. Het zijn echter vaak twee gescheiden werelden: die van de informele zorg en die van de formele zorg. Ik denk dat dit wel zal veranderen. Je zult zien dat er een omslag komt, waarbij we beginnen bij het informele netwerk en het professionele netwerk hiermee explicieter gaan verbinden en professionele zorg inschakelen voor alles wat vanuit de informele zorg niet geleverd kan worden à la het Eigen Kracht principe dat in de jeugdzorg al veel wordt toegepast."

Finnema is niet bang dat er een gebrek aan vrijwilligers en mantelzorgers zal ontstaan omdat mensen het te druk hebben of er gewoon geen zin in hebben. Bovendien is er een tendens dat 60 en 70 plussers zich inzetten voor 80 plussers. "Mensen die busjes rijden, de gastvrouwen die koffie en thee verzorgen en meegaan op uitstapjes en naar ziekenhuisafspraken, er wordt al zoveel gedaan en mensen zullen dat blijven doen. Ik verwacht niet dat het nog heel erg zal toe- of afnemen, er is toch geen zoon of dochter die tegen een zieke moeder zal zeggen dat ze het maar moet uitzoeken?"

Het is wel zo dat er vaak een verkeerde beeldvorming is, bijvoorbeeld dat mensen nog meer kunnen doen, of nog niet genoeg doen voor een ander. Net zo goed als het beeld bestaat dat veel ouderen in verzorgingshuizen wonen. Het is juist andersom. Bijna alle ouderen wonen op zichzelf, ondersteund door familie en burens. Dat is het plaatje dat we voor ogen moeten houden. Die informele zorg moeten we serieus

Jeugdzorg (ouders)

"Jeugdzorg moet beter naar de ouders luisteren"

"Jeugdzorg haalt alle 'oude' problemen er weer bij. Wij willen dit juist afsluiten."

"Jeugdzorg schrijft alles op wat anderen over ons vertellen, maar ze checken niet of het wel klopt."

In Perspectief

nemen en daarbovenop organiseren we professionele hulp, die informeel niet geleverd kan worden.

In de ouderenzorg wordt steeds meer rekening gehouden met mogelijkheden die technologie biedt. Finnema vertelt enthousiast over nieuwbouwcomplexen waar bewoners met en zonder beperkingen een beeldspraaktelefoon en andere ict-diensten aangeboden krijgen. Daarmee hebben bewoners verbinding met bijvoorbeeld huisarts of buurtcentrum: "Het is niet spectaculair, maar twintig jaar geleden hadden we het niet bedacht."

"Domotica en zorgtechnologie vind ik een uitkomst om langer thuis te kunnen blijven wonen. In Groningen hebben ze bijvoorbeeld een heel mooi experiment gedaan. Daar hadden ze een apparaat om mensen uit bed te kunnen tillen. De thuiszorgmedewerkers en cliënten waren er in eerste instantie niet enthousiast over, want hoe kun je nu een medewerker vervangen door een robot, dat is toch het meest onpersoonlijke wat je kunt doen?! Al gauw echter bleken de cliënten heel erg enthousiast over het apparaat, want ze kregen de eigen regie weer terug en ze waren niet meer afhankelijk van de thuiszorgmedewerker om uit bed te komen.

Zowel met maatschappelijke ontwikkelingen – langer thuis willen blijven – en technologische ontwikkelingen en ideeën over hoe we de zorg en ondersteuning gaan organiseren, moeten we proberen de toekomst goed tegemoet te treden en ik heb daar ook wel vertrouwen in.

Het is waar: het aantal ouderen gaat wel enorm toenemen, dus we mogen geen struisvogelpolitiek voeren. In Friesland zijn we volgens mij goed bezig. We hebben net samen met Zorgbelang Fryslân een onderzoek bij Pasana naar de multidisciplinaire polikliniek ouderengeneeskunde afgerond en bij De Friesland Zorgverzekeraar is een expertgroep Ouderenzorg bezig. Petje af voor de manier waarop in de provincie de blik is gericht op de toekomst, op het verbeteren, op het continueren en innoveren van de zorg en hoe cliënten daarbij betrokken worden."

"Mijn zoon heeft autisme. Het is een intelligente jongen, maar op school wist men niet hoe ze met hem om moesten gaan. De onderwijzeres gaf zelf aan dat ze handelingsverlegen was. We moesten hem maar bij het speciaal onderwijs aanmelden. Het komt zo vaak voor dat kinderen met een autistische stoornis van school worden gestuurd en thuis komen te zitten. Enkele tientallen in Friesland. Wie maakt zich druk om hen?"

In Perspectief

Samenleving

“We moeten onze voorzieningen, processen en capaciteiten inrichten op een toekomst met ouderen. Dat geldt overigens niet alleen in de zorg, maar ook hoe je bijvoorbeeld je stad gaat inrichten. We hebben het vaak over eenzaamheid en zorgbehoefte, en nog maar zelden over wat het betekent voor de fysieke inrichting van wijk en dorp.

Als je nog mobiel genoeg bent om van je huis naar de bushalte te lopen, maar je kunt niet meer een kwartier staand op de bus wachten, dan is het een hele simpele oplossing om wat meer bankjes te plaatsen. Misschien dat mensen van een afdeling ruimtelijke ordening zo nog niet denken en daarom moeten we ouderen meer betrekken bij de besluitvorming.

Vraag hun zelf maar waar behoefte aan is. Ouderen zijn namelijk niet alleen afnemers van zorg, het zijn ook burgers die heel lang aan de samenleving deelnemen. Nogmaals: pas bij de leeftijd van 95 jaar wonen er meer ouderen in verzorgingshuizen dan thuis!¹⁶ Dus in grote lijnen kun je zeggen dat mensen tot die leeftijd onderdeel van de samenleving zijn en dat je je dus ook moet afvragen wat dat betekent voor je woonbeleid en de inrichting van de straat. In de zorg gaan wel dingen mis, maar daar zitten we bovenop: de zorginstellingen, het ministerie, de inspectie, enzovoort. Vanuit de opleidingen hebben we er ook aandacht voor. Er moeten meer HBO-opgeleiden komen in de zorg, dus het besef is er wel degelijk dat het goed moet. Ik maak me meer zorgen over het geheel van de samenleving.

We kijken soms naar ouderen alsof ze niet meer gelijkwaardig zijn. Wij zijn goed functionerend en actief en ouderen horen er wel bij, we accepteren het, maar ze moeten ons niet voor de voeten lopen. Maar dat is natuurlijk onzin. Ouderen zijn niet anders dan jij en ik, ze hebben misschien een ander tempo, maar het is geen exotische diersoort! Je blijft gewoon dezelfde persoon met dezelfde behoeften als altijd.

MEI 2012

Fries CDA: regionale regie over zorg, zonder marktwerking

Bureau Jeugdzorg: minder klachten in 2011

Friese gemeenten reserveren € 165.000 voor overname jeugdzorg

Ophef over aanstelling

Paul Smits bij Zorgpartners Friesland

Lente akkoord: **eigen risico naar € 400**

¹⁶ Finnema, E. – *Lang zullen we leven!*, NHL Hogeschool, Leeuwarden (2011)

Een collega van mij heeft eens een mooi project gedaan waarbij studenten ouderen gingen interviewen over hun eerste verliefdheid, eerste baantje en andere onderwerpen waar je als student mee bezig bent, maar waar je je niet van realiseert dat ouderen dat ooit ook hebben meegemaakt. Dat gaf zo'n mooie verbinding tussen de ouderen en de studenten, want wie vraagt ouderen nog wel eens naar hun eerste vriendje? Zo doorbreek je even die beeldvorming. Het maakt bij de ouderen iets los, maar ook bij de jongeren

We moeten ons realiseren dat ook ouderen behoefte hebben aan een knuffel op zijn tijd of een arm om zich heen, net zoals iedereen. Dat vergeten we nog wel eens.”

“Bij de bakker stond een hele oude meneer voor mij en dat duurde maar en dat duurde maar en ik betrapte mezelf er op dat ik ongeduldig werd. Ouderen mogen blijkbaar wel onderdeel van de samenleving uitmaken, maar ze moeten wel opschieten.”

Het verleden van de zorg



De meisjesafdeling van het Sint Antoniusziekenhuis in de jaren zestig.

EEN VERGEZICHT VAN ZORGBELANG DRENTHE HET ZORGWINKELCENTRUM ANNO 2025

Praten over de toekomst vindt bijna iedereen leuk. Een idee van de toekomst kan worden gevormd door vrolijke fantasie, of serieus aan de hand van trends worden uitgewerkt. Toch zullen velen zich niet wagen aan concrete beschrijvingen van de toekomst.

Die visie is gebaseerd op jarenlang onderzoek onder patiënten en cliënten in Drenthe. Door goed te luisteren naar wat hun wensen en behoeften zijn, kon Ellen Buursma zich een beeld vormen van de manier waarop mensen zich het best geholpen zouden voelen: met een zorgwinkelcentrum.

In de visie wordt uitgegaan van de vraag van de cliënt. Er kunnen vijf typen vragen onderscheiden worden:

• Algemene informatieve vragen

Vragen naar informatie over een ziekte of aandoening, of over regelingen en adressen, die in de toekomst ongetwijfeld veelal via websites gesteld en beantwoord zullen worden.

• Preventieve zorgvragen

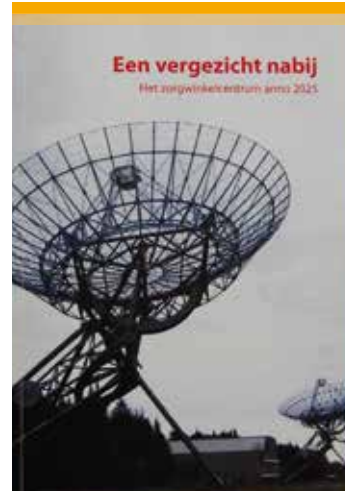
De vragen wat je moet doen 'in het geval dat', zijn vragen die wellicht digitaal, maar deels ook telefonisch beantwoord zouden moeten worden.

• Enkelvoudige zorgvragen

Een vraag die een ingreep of behandeling vereist en dus binnen een afstand van vijftien minuten autorijden door een basisarts verricht moet kunnen worden.

• Acute vragen

De vragen waarbij direct ingrijpen is vereist, vragen waarbij het bellen van 112 aan de orde is. De meeste zorgwinkelcentra zullen over een 'eigen' ambulance-team beschikken.



• Complexe en chronische zorgvragen

Vragen van ouderen en chronisch zieken, die in principe de vier hierboven genoemde vragen kunnen zijn, maar dan meer geclusterd en frequenter gesteld. Omvat ook sociale en welzijnsaspecten.

Uitgangspunten voor de zorgwinkelcentra zijn onder meer dat het moet bestaan uit een goed provinciaal dekkend netwerk. Gerekend wordt met een adherentiegebied van ongeveer twintig duizend inwoners.

Vanzelfsprekend is het een laagdrempelige voorziening, die 24 uur per dag bereikbaar is. In de communicatie speelt het eigen digitale zorgdossier een cruciale rol. Het is een modern communicatiemiddel waarmee de client zelf "preventief en curatief verantwoordelijk kan zijn voor zijn eigen zorgproces".

Zorgbelang Drenthe ziet een 'superverpleegkundige' als belangrijkste professional die beschikbaar is om vragen te beantwoorden.

Uiteraard zijn daarnaast basiszorgartsen beschikbaar, die overigens nauw samenwerken met praktijkondersteuners en gespecialiseerde verpleegkundigen. De huisarts zoals we die nu kennen zal naar verwachting van Zorgbelang Drenthe, verdwijnen.

Door het zorgwinkelcentrum uit te rusten met behandelkamers, ontstaat de mogelijkheid dat medisch specialisten er spreekuur houden. Gecombineerd met een beperkte capaciteit voor kortdurende opnames, wordt daarmee de ziekenhuiszorg dichterbij gebracht.

Zorgbelang Drenthe heeft een heldere visie neergelegd in een goed leesbaar boekje. Het zorgwinkelcentrum is een concept dat vraagt om concrete uitwerking.

JUNI 2011

Drukcabine
om wonden te genezen
in Sneek

Looprobot Lokomat
in gebruik genomen bij
Revalidatie Friesland

Afscheid
Cees Meijer
bij Nij Smellinghe

Tjongerschans breidt
kraamafdeling uit

Omstreden psychiater
ontslagen
na TV-uitzending

HET BELANG VAN : DE CLIËNT CENTRAAL

Termen als 'de cliënt centraal' worden vaak gebruikt, maar waar wordt het daadwerkelijk in de praktijk gebracht? Is het niet vaak retoriek in beleidsplannen? Volgens Noortje Wagter, belangenbehartiger ouderenzorg bij Zorgbelang Fryslân, is de ouderenzorg in de provincie bezig met een grote cultuuromslag.

“Natuurlijk wordt het vaak geroepen, maar lang niet altijd in de praktijk gebracht. Het idee van 'de cliënt centraal' is al zeker vijftig jaar oud en nog steeds moet Zorgbelang Fryslân die visie uitdragen, omdat het nog niet overal gerealiseerd is.”

Soms keert de wal echter het schip. Wagter ziet een tendens dat instellingen als verzorgingshuizen meer en meer gaan kijken naar de persoon achter de cliënt: “Men stelt de vraag wie je bent, wat jij verstaat onder kwaliteit van leven, wat je daar voor nodig hebt en wie daarbij voor jou een belangrijke rol spelen. Dat betekent bijvoorbeeld dat familie en vrienden, als een netwerk van informele zorgverleners worden ingeschakeld. De instellingen houden zo meer ruimte over om de feitelijke verzorging en verpleging voor hun rekening te nemen.”

Aandacht voor kwaliteit van leven, de eigenheid van de persoon, attitude van het personeel, de zorg

als aanvulling op jouw wensen. Hoe mooi het ook klinkt, Wagter moet toegeven dat dit ook gebeurt onder druk van bezuinigingen. Het is volgens haar echter de kunst om die ombouw op een goede manier te doen: “Professionals in de zorg zullen een andere houding moeten aannemen, waarbij ze in de eerste plaats partner worden van de cliënt. Samen kijk je naar wat nodig is, wat de cliënt wenst en hoe dat georganiseerd kan worden. Dat vraagt wat meer luisterwerk, maar levert in kwaliteit van leven meer op. Als je weet wat een cliënt wilt, voorkom je misschien ook handelingen die je bijna vanzelfsprekend anders wel had verricht. Nu hoor je misschien andere mogelijkheden die de cliënt zelf aanreikt. Misschien is er een buurvrouw, vriendin, zoon of dochter die een bepaald deel van de verzorging kan en wil doen. Juist zij leveren dat stukje van welzijn die voor een verzorgende niet te vervangen is.”

Op dit moment is Wagter aan het werk met ZuidOost-Zorg over een deel van de uitvoering van deze visie, maar ook met de Zorggroep Noorderbreedte: “Ik heb op vraag van en samen met Noorderbreedte op hun locaties teamsessies gehouden over dit onderwerp. Met sleutelfiguren in de locaties bespraken we zaken als wat ze nodig hebben om die omslag te kunnen maken, hoe je de dialoog aanpakt met je de cliënt en familie, welke verwachtingen cliënten en hun familieleden hebben en of je 'nee' kunt zeggen als dat moet.”

Uiteindelijk zal dit leiden tot een rapport dat goed inzicht geeft in wat medewerkers op alle niveaus nodig hebben aan kennis en vaardigheden. Want zowel vanuit de visie als door beperkingen in het budget, wordt een cultuuromslag van zorg verlenen naar partners in zorg onvermijdelijk. Een cultuuromslag die alleen mogelijk is door de mensen op de werkvloer serieus te nemen, te horen en handreikingen te doen voor de nieuwe praktijk. “In die zin doe ik eigenlijk met zorgprofessionals wat ik hoop dat zij straks met hun cliënten doen!”

Top 10 'frustraties' van cliënten

1. Iedereen verwijst me door, niemand doet iets
2. We moeten de diagnose steeds opnieuw 'bewijzen', terwijl een beperking echt niet geneest
3. Ik moet iedere keer opnieuw mijn verhaal vertellen
4. Ieder zorgkantoor heeft eigen regels voor budgethouders
5. Ik heb veel last van administratie in de zorg
6. Er komen steeds weer andere zorgverleners over de vloer
7. Ik krijg niet de zorg die ik eigenlijk nodig heb
8. Ik begrijp de regeling rond eigen bijdragen niet; ik kan het ook niet betalen
9. Ik weet niet wanneer ik voor een vergoeding in aanmerking kom
10. Gewoon eten koken, zoals thuis, mag hier blijkbaar niet meer

bron: LOC



**BESTUURSVORZITTER DE FRIESLAND
DIANA MONISSEN**

In Fryslân zindert het project Friesland Voorop door de zorgsector. Zonder twijfel is Friesland Voorop de belangrijkste ontwikkeling als het gaat over de toekomst van de zorg in de provincie. De Friesland Zorgverzekeraar kan als grootste zorgverzekeraar in de provincie de regie in handen nemen om de zorg toekomstbestendig te maken en heeft dat ook gedaan.

Diana Monissen is voorzitter van de Raad van Bestuur van De Friesland Zorgverzekeraar en zij wijst er graag op hoe uniek Friesland Voorop is: "Veranderingen in de zorg gaan meestal op een bijna organische wijze. Soms komt er iets nieuws bij, soms verdwijnt er een voorziening. Door de jaren heen zie je de zorg dan geleidelijk veranderen.

Wat zich nu echter voordoet is dat maatschappelijke ontwikkelingen sneller gaan dan de geleidelijke veranderingen in de zorg. Kijk naar de demografische ontwikkelingen. We hebben de komende jaren te maken met een forse vergrijzing en een toenemend aantal mensen met een chronische aandoening. In 2040 kent Friesland circa 650.000 inwoners waarvan ruim 170.000 ouder dan 65 jaar. In lijn met landelijke prognoses zullen zo'n 300.000 Friezen overgewicht hebben en rond de 135.000 hebben te maken met een ernstige aandoening als diabetes, COPD, depressie."

'Ik wil actief op zoek naar een duurzame inrichting van de zorg'

Daarnaast wil De Friesland de betaalbaarheid van de zorg scherp in het oog houden. De premie voor verzekerden moet immers ook in de toekomst voor iedereen op te brengen zijn. De kosten voor de gezondheidszorg stijgen al jaren sneller dan de inflatie en in combinatie met onder meer de vergrijzing zal dit bij ongewijzigd beleid de komende decennia doorzetten. De betaalbaarheid, bereikbaarheid en daarmee ook de kwaliteit van zorg komt op termijn onder druk te staan.

Aan het programma ligt een gedachte ten grondslag die ook is ontwikkeld vanuit de wetenschappelijke verenigingen van artsen zelf. Ook zij hebben aangegeven dat het goed is voor de kwaliteit als een operatie minstens een bepaald aantal keren per jaar door het team wordt gedaan. Dat leidt ertoe dat momenteel overal in Nederland ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars met elkaar in gesprek zijn over het concentreren van bepaalde operaties in één ziekenhuis. De Inspectie Gezondheidszorg neemt de normen van de wetenschappelijke verenigingen over en houdt toezicht op het minimum aantal keren dat een ziekenhuis een bepaalde verrichting moet uitvoeren. Die eisen zullen door Europese regels ook steeds strenger worden en het zal voor veel ziekenhuizen steeds moeilijker worden om daar aan te voldoen. Ook om de kwaliteit te kunnen garanderen moet de zorg anders ingericht gaan worden.

Om al deze redenen heeft Diana Monissen het initiatief genomen de Friese zorgsector om de tafel te halen en gezamenlijk te zoeken naar een toekomstbestendige en kwalitatief goede zorg. "Dat betekent dus dat je niet langer de geleidelijke ontwikkeling afwacht, maar dat je actief kijkt naar een slimme en duurzame inrichting van de zorg. Dat is uniek in Nederland. Daar wordt met enige jaloezie naar gekeken vanuit andere delen van het land. Men realiseert zich heel goed dat wat wij in Fryslân kunnen, vaak onmogelijk is in andere regio's. De schaal van de provincie en daarmee de korte lijnen tussen sleutelfiguren, maar ook de no-nonsense houding en oplossingsgerichtheid van Friezen spelen daarin mee."

JULI 2012

Q-koorts in **Fryslân**

Bruno van Albada
oud-directeur Tjongerschans
oud-voorzitter Zorgbelang Fryslân
overleden

Antonius Ziekenhuis
krijgt **dialyse centrum**

Fries offensief tegen **depressie**

Einde aan **experiment**
vrije tandartstarieven



Anderhalvelijn

Het traject is vormgegeven door zeven expertgroepen in te richten. De onderwerpen van deze expertgroepen zijn: complexe vatenzorg, spoedeisende eerste hulp/intensive care, geboortezorg, oncologie, ouderenzorg, chronische zorg en electieve zorg¹⁷. Medisch specialisten, de vijf Friese ziekenhuizen, het UMC Groningen, huisartsen, vertegenwoordigers van patiënten en De Friesland Zorgverzekeraar werken in het programma samen. In de expertgroepen worden de mogelijkheden om de zorg anders in te richten onderzocht. Voor de zeven vormen van zorg worden scenario's ontwikkeld met kwaliteit en toekomstbestendigheid als uitgangspunt.

Monissen: "Het kan uiteindelijk gaan om herverdeling van zorg tussen zorgverleners en om spreiding en specialisatie van bepaalde ziekenhuiszorg. Complexe zorg specialiseren waar dat kan en basiszorg spreiden en dicht in de buurt van mensen organiseren. De juiste zorg op de juiste plaats. Dit najaar liggen de scenario's klaar en dan volgt de eerste besluitvorming. Een belangrijk moment."

Als het gaat om het toegankelijk en betaalbaar houden van goede zorg, dan ziet De Friesland ook een belangrijke rol weggelegd voor de zogenoemde anderhalvelijns zorg. Dit is zorg die tussen de eerste lijn, de huisarts en de tweede lijn, het ziekenhuis, in zit. Eenvoudig gezegd betreft het specialistische zorg die mensen niet in een ziekenhuis krijgen maar in een centrum waar ook de huisarts en andere zorgverleners aanwezig zijn. De Friesland steunt hier in de provincie twee van dergelijke nieuwe zorgcentra en de eerste ervaringen zijn zeer positief. Mensen vinden het prettig als ze op één adres en in één keer verschillende artsen en therapeuten kunnen spreken. Deze nieuwe vorm van zorg is dus uitermate patiëntgericht. De kwaliteit van de zorg is goed en het draagt bij aan het betaalbaar houden van de zorg.

Naast innovatieve zorgvormen zoals anderhalvelijnszorg, zullen echter nog veel meer innovaties en toepassingen van nieuwe technieken in de zorg nodig zijn. Op allerlei terreinen. In de logistiek, in de

In Perspectief

"Ik heb allemaal 'gedonder' met mijn scooter. M'n eigen scooter is voor reparatie naar de hulpmideelenleverancier en de leenscooter begon uit zichzelf te rijden, waardoor ik omviel; nu heb ik een beknelde zenuw in mijn knie. Ik heb erover gebeld, maar werd niet teruggebeld. Later bleek dat mijn eigen scooter al afgekeurd was. Omdat ik hem niet terug zou krijgen, wilde ik graag mijn spiegel en naamplaatje terug hebben, maar toen bleek dat 'ie al was afgevoerd!"

¹⁷ Electieve zorg: planbare zorg, bijvoorbeeld heup- en staaroperaties

samenwerking tussen zorgverleners, in de werkprocessen. Zo zou het elektronisch patiëntendossier (EPD) een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan efficiëntere samenwerking en betere zorg. Het gaat ook om innovaties die direct ten goede komen aan de klant, de patiënt of cliënt. Innovaties die hen helpen om langer zelfstandig en zelfredzaam te blijven. Behoud van zelfstandigheid en eigen regie verhoogt niet alleen de kwaliteit van leven maar betekent ook minder behoefte aan zorg of een uitgestelde zorgvraag en dus minder kosten. Ook hier gaan kwaliteit en beheersing van kosten dus hand in hand.

De Friesland Zorgverzekeraar maakt middelen vrij om te participeren in innovaties om deze zo aan te jagen en te versnellen. De komende jaren komt daar een investering in E-health bij: zorg en ondersteuning die mensen online kunnen verkrijgen.

Monissen kan niet op de uitkomsten van de expertgroepen vooruit lopen, maar heeft wel een aantal verwachtingen: "Waarschijnlijk komt er een aantal plaatsen waar bepaalde operaties worden geconcentreerd. Daardoor kunnen de arts en het team een ingreep vaak uitvoeren en veel ervaring opdoen. Toch hoeven mensen niet bang te zijn dat ze veel verder moeten gaan reizen. Je kunt een operatie bijvoorbeeld ergens op een centrale plaats doen maar de voor- en nazorg dichtbij in de omgeving van de patiënt, waardoor reizen beperkt blijft."

"Ik heb er vertrouwen in dat we de uitdagingen waar de zorg voor staat het hoofd kunnen bieden. Dat we met elkaar in staat zullen zijn om ook de komende generaties van goede zorg te blijven voorzien. De bijdrage en steun van partijen zoals lokaal en regionaal bestuur, onderwijs en werkgevers is daarbij onontbeerlijk. De Friesland Zorgverzekeraar pakt graag haar verantwoordelijkheid en neemt de regie om samen met alle betrokken partijen de zorg voor de toekomst vorm te geven. Het moet niet alleen anders, het kan ook anders, daar ben ik van overtuigd."

AUGUSTUS 2012

Voortbestaan De Uiterdon op Vlieland onzeker

Zwartboek over Erasmushiem

Nieuwe aanpak Nij Smellinghe in eczeem **bij kinderen**

Bij **De Sionsberg** verdwijnen **veertig banen**

Toekomst **Mienskipsoarch** onzeker

COLUMN JOHANNES BEERS
TERUG NAAR DE TOEKOMST

De toekomst is altijd een gewild onderwerp geweest voor populaire cultuur: in sciencefictionboeken, in strips en in films. De bekendste toekomstfilm is misschien wel de Back to the Future trilogie van Steven Spielberg, waarin hoofdrolspeler Michael J. Fox naar de toekomst reist.

Auto's vliegen daar over onzichtbare snelwegen door de lucht, skateboards 'zweven' op magnetische velden zonder wieltes en gym schoenen hebben zelfstrikkende vetes. Opvallend is dat de film speelt in het jaar 2015. Toen hij in 1985 werd gemaakt, was dat nog heel ver weg, maar nu weten we dat vliegende auto's tegen over drie jaar zeker nog geen gemeengoed zullen zijn geworden. Als je de film nu ziet, is het toekomstbeeld een beetje potsierlijk. Nee, 2015 wordt veel minder spannend dan we toen dachten.

In films wordt de toekomst van de zorg vaak versimpeld tot pilletjes die ziektes volledig uitbannen en zijn artsen opvallend vaak vervangen door computer-gestuurde robots. Maar als je dan ziet hoe onvoorspelbaar de toekomst blijkt te zijn in Back to the Future, dan realiseer je je ook hoe herkenbaar de zorg over twintig jaar waarschijnlijk nog zal zijn.

Daarom spreekt de visie van professor Mackenbach en lector Finnema me zo aan: laten we in de toekomst kijken hoe we ziekte kunnen voorkomen en de samenleving zo inrichten dat ook ouderen die wat trager zijn, niet buitengesloten worden. Van die hele basale dingen, die haalbaar zijn en eigenlijk niks kosten.

Nee, de toekomst is niet aan uitvindingen en 'gadgets' als het digitale zorgdossier. Dat komt er vast wel, net als nieuwe futuristische machines en revolutionaire medicijnen. Daar bouw je echter geen toekomst mee, dat is 'slechts vooruitgang'. Een goede toekomst is meer. Dan heb je niet genoeg aan wetenschappers en uitvinders. Een goede toekomst is wat we zelf

In Perspectief

Jeugdzorg (ouders)

"De communicatie onderling loopt niet lekker en daar door veranderen de plannen steeds. Dat maakt mij onzeker."

"De uithuisplaatsing van mijn dochter wordt steeds weer verlengd. Jeugdzorg noemt steeds andere redenen; er komt steeds weer iets bij."

"In het jeugdzorg rapport staat informatie over mij die niet klopt. Het rapport gaat ook naar andere instanties en blijft jaren bewaard. Daar zit ik mooi mee opgescheept."

bouwen, met elkaar. De toekomst is aan preventie en normale omgang met elkaar. Als we dat weten te bereiken, dan hebben we het goed gedaan.

Al hoop ik natuurlijk wel dat we in de toekomst ook zelfstrikkende vetes hebben.....

Het verleden van de zorg



Dokter Beekhuis, huisarts te Bolsward, een foto uit de jaren twintig.

HET BELANG VAN: 'SHARED DECISION MAKING'

Paula van Driesten is belangenbehartiger bij Zorgbelang Fryslân met als account de ouderenzorg. De afgelopen tijd heeft ze veel aandacht gegeven aan het onderwerp 'zorg in de laatste levensfase'. Onderdeel daarvan was voorlichting over het belang fat je bij familie en zorgverleners aangeeft hoe je verzorgd en behandeld wilt worden en dat je ook vooruit je beslissingen over je levenseinde vastlegt. Er kunnen zich immers situaties voordoen waarin het niet meer mogelijk is dit aan te geven, bijvoorbeeld na een beroerte.

Het onderwerp heeft ook de interesse van diverse zorgaanbieders, waar het idee breder werd getrokken. Nu worden ook de keuzemomenten en de kwaliteit van leven onder de loep genomen als mensen nog gewoon in staat zijn beslissingen te nemen. Vaak worden die keuzes nu nog gestuurd door zorgverleners of familieleden.

"Wat zo belangrijk is, is dat mensen goed geïnformeerd, weloverwogen beslissingen nemen", vertelt Van Driesten. "Dat betekent dat je mensen bij de grote keuzes die ze soms moeten maken gaat ondersteunen. Wel of niet een behandeling, de keuze voor opname of zelfstandig wonen. Die ondersteuning bestaat uit uitgebreide voorlichting. Je moet de cliënt op een bepaald kennisniveau brengen, zorgen dat

De Wet cliëntenrechten zorg

De Wcz is een wet die de rechten van patiënten en cliënten bundelt die tot nu toe over verschillende wetten verspreid waren.

In de Wcz worden zeven specifieke rechten onderscheiden:

- goede zorg
- keuze informatie
- privacybescherming
- klachtrecht
- medezeggenschap
- goed bestuur en toezicht
- maatschappelijke verantwoording

Hoewel al meerdere jaren aan de wet gewerkt wordt, is de behandeling ervan in de Tweede Kamer diverse malen uitgesteld.

men de keuzemogelijkheden kent en begrijpt. Dat vraagt vaardigheden van de professional, want je moet goed aansluiten bij je cliënt en het vraagt ook tijd. Je geeft mensen immers de tijd om de mogelijkheden rustig in zich om te laten gaan en weloverwogen een besluit te nemen. Als zorgverlener ga je meer voorlichten en minder sturen."

De praktijk is vaak dat mensen afgaan op de mening van een arts of verzorgende. Van Driesten wijst er dan ook op dat het ook iets vraagt van de cliënt zelf. "Je hoort nog zo vaak dat 'dokter moet het maar zeggen, want dokter weet het het best'. Dat is heel begrijpelijk, maar het betekent niet dat je zelf niet een grotere rol in die besluitvorming kunt krijgen. Als mensen gewend zijn om vragen te stellen, komt er vanzelf meer informatie, op basis waarvan ze zelf zullen kunnen meebeslissen. Daarom wordt deze werkwijze ook wel *Shared Decision Making* (gedeelde besluitvorming) genoemd. Dat is niet helemaal nieuw, vroeger heette het participatie, maar het gaat nu wel iets verder."

Om ouderen tegemoet te komen in dit proces, is een viertal vragen ontwikkeld die zij als kapstok kunnen gebruiken:

1. wat zijn de mogelijkheden?
2. wat zijn de voor- en nadelen?
3. hoe waarschijnlijk is het dat die optreden?
4. wat is voor mij van belang?

"Het aardige is dat het heel mooi te koppelen is aan de patiëntenrechten zoals die geformuleerd zijn in de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) die er aan zit te komen. Op die manier kan ik dat ook mooi gebruiken in de trainingen die gegeven zullen worden bij Hof & Hiem, want voor verzorgenden zijn die rechten natuurlijk heel mooi, maar wat doe je er mee, hoe geef je daar handen en voeten aan?"

Als je weet dat zo'n 84% van de mensen aangeeft thuis te willen sterven, terwijl meer dan de helft daarvan toch in het ziekenhuis komt te overlijden, dan is er nog veel te winnen. Bij geboorte hebben we heel veel ideeën over hoe belangrijk het is dat je thuis



Paula van Driesten

Een cardioloog tijdens een patiëntveiligheidscongres: "we maken de zorg onveilig omdat de we de naam van de medicatie zo vaak veranderen."

In Perspectief

bevalt, in een goede sfeer en de juiste aandacht, dan is het opvallend hoe weinig we nadenken over het levenseinde. Dat is zo jammer!

We zijn echt klaar voor *shared decision making*, niet alleen meer gericht op het lichaam en behandeling, maar dat we ook de tijd nemen om contact met mensen te maken. De mens is een geheel en meer dan zijn ziekte of beperking. Die kanteling zie je ook in welzijnsland, die integrale benadering van de cliënt als mens. Nu vinden mensen het maken van keuzes soms nog een stap te ver, maar ik ben ervan overtuigd dat over tien jaar zowel zorgprofessionals als cliënten op een heel andere manier, maar altijd gezamenlijk, tot beslissingen gaan komen.”

SEPTEMBER 2012

Nationale Jaarprijs Zorg
voor
'topziekenhuis' MCL

Menzis: **puntensysteem**
met *korting* voor
gezonde leefstijl

Jeugdhulp Friesland **zoekt**
pleeggezinnen
voor pubers

Lifelines viert
100.000^{ste}
deelnemer

Provincie boos
over korting
op jeugdzorg

DE BALANGENBEHARTIGING VAN DE TOEKOMST ALLES DIGITAAL?

De oorsprong van Zorgbelang Fryslân ligt bij de verenigingen van patiënten, organisaties van mensen met beperkingen en ouderenbonden. Zij richtten in 1986 een platform op dat hun gezamenlijke belangen zou moeten behartigen op provinciaal niveau. Al jaren wordt de vereniging die de grondslag van Zorgbelang Fryslân is, gevormd door ongeveer negentig van die verenigingen. Sommige groot, zoals de Reumabond en de Astmavereniging, anderen betrekkelijk klein.

De verhouding met de lidorganisaties is door de jaren heen veranderd. Nog altijd hebben de leden via de Algemene Ledenvergadering invloed op het beleid en de activiteiten van Zorgbelang Fryslân, maar de verbondenheid van individuele bestuursleden met werkgroepen zoals dat vijftien jaar geleden bestond is verdwenen. Het bestuur is zelfs verdwenen en in plaats daarvan werkt Zorgbelang Fryslân nu met een directeur/bestuurder en een Raad van Toezicht.

Niet alleen van de kant van Zorgbelang Fryslân zijn er echter veranderingen, ook de patiëntenverenigingen werken niet meer hetzelfde als ooit. Een belangrijke tendens is dat het ledenbestand vergriest en in veel gevallen zelfs terugloopt. Mede daardoor lopen steeds meer verenigingsbesturen tegen problemen aan bij het vinden van leden die activiteiten kunnen organiseren of in het bestuur zitting willen nemen.

Een voor de hand liggende reden waarom nog maar weinig jonge mensen lid worden van een patiëntenvereniging, is het internet. De traditionele taken van de patiëntenvereniging waren immers altijd informatievoorziening en het met elkaar in contact brengen van lotgenoten. Via informatieavonden en tijdschriften werden leden op de hoogte gehouden van de laatste ontwikkelingen rondom bijvoorbeeld medicijnen en behandelingen. Op contactavonden en in doelgroepcafés werden ervaringen uitgewisseld, vaak gericht op het elkaar versterken.

Digitale zorgbelangen

Deel Je Zorg

Waar Facebook en Hyves commerciële websites zijn waar privacy onder druk van adverteerders staat, is Deel Je Zorg een website waarop mensen een profiel kunnen aanmaken, en net als bij andere social media informatie en ervaringen kunnen uitwisselen, maar dan zonder commercie.
www.deeljezorg.nl

Meldpunt Zorg in Fryslân

Misstanden in de zorg, medische missers en onheuse bejegening, u kunt melding doen en desgewenst advies krijgen van een medewerker Informatie & Klachtenopvang
www.meldpuntzorgfriesland.nl

Panel Zorg in Fryslân

Regelmatig bevraagt Zorgbelang Fryslân een vast panel van Friese burgers op een actueel onderwerp via een digitale vragenlijst. Meld u aan via
www.zorgbelang-fryslan.nl/e-panel

Social media

Volg ons op Facebook of via de actief twitterende directeur van Zorgbelang Fryslân
www.facebook.com/zorgbelangfrl
[@zorgbelangfrl](https://twitter.com/zorgbelangfrl)
[@margreetdegraaf](https://twitter.com/margreetdegraaf)

Met de komst van internet veranderde dat allemaal. Informatie was vrij toegankelijk via tal van websites en op internetfora en social media konden lotgenoten elkaar uit een veel grotere regio treffen en je hoefde er je huis niet meer voor te verlaten. Jonge mensen zien daardoor het nut en de noodzaak van een vereniging minder in.

De meeste patiëntenverenigingen zijn op die trend ingesprongen door zelf informatieve websites aan te bieden, compleet met discussiefora voor lotgenotencontact. Toch merken veel afdelingen dat het moeilijker wordt in de regio om de verenigingsstructuur in stand te houden met een handjevol mensen en teruglopende bezoekersaantallen voor informatieavonden.

Een belangrijke – zo niet de belangrijkste – taak van patiëntenverenigingen, is echter de belangenbehartiging. Deze kan nooit door internet overgenomen worden. Juist op die taak zullen ook Zorgbelang Fryslân en de lidorganisaties elkaar blijven ontmoeten. De belangrijkste methode voor Zorgbelang Fryslân om die belangenbehartiging vorm te geven is via de verhalen van burgers.

De knelpunten en goede voorbeelden die uit hun verhalen naar voren komen, worden door Zorgbelang Fryslân aan de zorginstellingen, gemeenten en verzekeraars als een spiegel voorgehouden. Het is namelijk onze ervaring dat echte verhalen van 'echte mensen', voor de zorgsector de sterkste prikkel zijn om te luisteren en veranderingen na te streven.

Om met mensen in contact te kunnen komen, blijft Zorgbelang Fryslân vertrouwen op haar lidorganisaties: de patiëntenverenigingen, organisaties van mensen met een beperking en ouderenbonden. Of zij hun achterban moeten blijven organiseren met contributiebetalende leden, een ledenblad en ledenvergaderingen, is niet een vraag die Zorgbelang Fryslân kan beantwoorden. Voor Zorgbelang Fryslân blijft een 'mobiliserende' functie van de patiëntenverenigingen echter van groot belang.

HET BELANG VAN : GEBOORTEZORG

Dat de zorg in Nederland op een hoog peil staat, staat buiten kijf. Toch zijn er zo nu en dan alarmerende berichten over de kwaliteit van de zorg. Zo kwamen enkele jaren geleden verschillende onderzoeken tot de conclusie dat de perinatale sterfte¹⁸ in Nederland hoger was dan in andere delen van Europa. Binnen Nederland lag de gemiddelde sterfte weer hoger in de noordelijke provincies, waaronder Fryslân.

Zorgbelang Fryslân heeft het onderwerp tot speerpunt in de belangenbehartiging gemaakt en publiceerde in voorjaar 2010 een themanummer van het magazine BelangStelling over het onderwerp geboortezorg.

Daarna ging het snel. Belangenbehartiger Johannes Beers: "Het leek alsof de zorgsector blij was dat er nu ook vanuit cliëntenperspectief de aandacht voor het probleem was. Het Districtsverloeskundig Platform (DVP) vroeg of Zorgbelang Fryslân bij de vergaderingen kon aanschuiven. Het DVP was betrokken bij een grote subsidieaanvraag bij ZonMw om op landelijke schaal onderzoek te doen naar de oorzaken van de hogere perinatale sterfte en verbeteringen door te voeren. Daarna de vraag van De Friesland Zorgverzekeraar, om deel te nemen in de expertgroep Geboortezorg van het project Friesland Voorop, waarin

¹⁸ overlijden van een baby kort voor, tijdens of kort na de bevalling



Johannes Beers

zeven van dergelijke expertgroepen praten over een nieuwe structuur voor de ziekenhuiszorg in Fryslân.”

De expertgroep was nog maar koud gestart of het nieuws van de afslanking van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum volgde. Dat betekende volgens Beers ook de nekslag voor de geboortezorg in Noordoost Fryslân: “In naam is het nog wel mogelijk, maar in zo’n relatief afgelegen gebied is het natuurlijk niet meer veilig om thuis te bevallen. Ook de reisafstand naar een ziekenhuis is in geval van onverwachte complicaties, erg groot.”

Zorgbelang Fryslân publiceerde in het voorjaar van 2012 een visie op de toekomst van de geboortezorg. Cruciaal in die visie is dat kosten niet leidend mogen zijn in geval van spoedeisende hulp. De consequentie daarvan is dat moeders juist bij die onvoorziene complicaties bij zwangerschap en geboorte, moeten kunnen rekenen op volledig toegeruste geboortezorg op zo kort mogelijke afstand.

Van daaruit volgt dat Zorgbelang Fryslân zich tegen de sluiting van de geboortezorg in Dokkum heeft verklaard. Het was echter een trein die niet meer te stoppen bleek. Beers: “Dan moet je je dus afvragen wat je met dat gegeven gaat doen. Boos weglopen van de tafel, of verder kijken en meepraten over wat er dan nog wel mogelijk is.”

Dus volgde deelname in een vierde gremium, de taakgroep die de geboortezorg in Dokkum opnieuw vormgeven. Daarbij zal de nadruk meer komen te liggen op controles door gynaecologen uit Nij Smellinghe, dan op klinische bevallingen. Om het cliëntenperspectief te kunnen inbrengen, startten De Sionsberg en Zorgbelang Fryslân in het najaar van 2012 een uitgebreid onderzoek onder zwangere en pasbevallen vrouwen in Noordoost Fryslân met de vraag welke zorg zij belangrijk vinden.

OKTOBER 2012

*Geen ernstig seksueel misbruik
in Friese jeugdzorg*

*Nieuwe app
GGZ Friesland
over manisch depressiviteit*

*Apothekers Fryslân
raken in de knel*

*CJG’s in Fryslân
hebben **niet veel te doen***

*Leeuwarden moet PGB geld
Wmo-vervoersclients
terugstorten*

“Blijvende gedragsverandering”

Beers wil blijvende aandacht voor minstens twee belangrijke redenen die vaak worden aangevoerd als mogelijke oorzaak voor de hogere sterfte. In de eerste plaats de gebrekkige informatie uitwisseling en communicatie tussen de beroepsgroepen: “Daar is veel vooruitgang geboekt, bijvoorbeeld in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) die rond ieder ziekenhuis de gynaecologen, verloskundigen, kraamzorg en huisartsen om de tafel halen. Als ik echter verhalen hoor dat er nog steeds een VSV is waar slechte communicatie en wantrouwen tussen de beroepsgroepen het functioneren van het VSV in de weg staan, dan vraag ik me af of men zich realiseert dat hun gedrag babylevens kan kosten.”

In de tweede plaats werpt Beers een kritische blik op de moeders zelf. Zij zijn zelf een risico voor de ongeborene als er sprake is van bijvoorbeeld alcoholgebruik en overgewicht.

“Het is moeilijk te geloven dat nog steeds zo’n 14% van de vrouwen doorrookt tijdens de zwangerschap. Toch gebeurt het en we weten ook dat vooral vrouwen met een lagere sociaal-economische status (SES) zich hieraan schuldig maken. Nu de Wet publieke gezondheid (Wpg) de gemeenten per 1 januari 2012 verantwoordelijk heeft gemaakt voor de prenatale voorlichting, willen we graag met hen in gesprek over voorlichting aan die specifieke doelgroep, die niet vrijblijvend is en gericht is op blijvende gedragsverandering.”

Jeugdzorg (ouders)

“Er kwam een vervanger, die kende de achtergronden niet, want deze had het dossier niet gelezen.”

“Ik werd pas achteraf geïnformeerd, toen was de beslissing al genomen. Beslissingen worden zonder overleg met ons genomen.”

In Perspectief

Colofon

Jaarboek Zorg in Fryslân 2012

Een uitgave van Zorgbelang Fryslân

Tekst en foto's: Johannes Beers
Eindredactie: Elizabeth Spieker
Opmaak: www.studiovet.nl
Druk: Van der Eems

Met dank aan:

Johan Steendam (Frysk Foto Argyf, Tresoar),
Jaap Knoppert (De Friesland Zorgverzekeraar),
dr. Tjalling de Vries (MCL).

Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
DFZ	De Friesland Zorgverzekeraar
DVP	Districtsverloeskundig Platform
FV	Friesland Voorop
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
IGz	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MCL	Medisch Centrum Leeuwarden
NHL	Noordelijke Hogeschool Leeuwarden
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	sociaal-economische status
V&V	verzorgings- en verpleeghuizen (ook: de sector verzorging en verpleging, inclusief de thuiszorg)
VSN	Vereniging Spierziekten Nederland
VSV	verloeskundig samenwerkingsverband
VTV	Verkenning Toekomst Volksgezondheid (RIVM)
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
ZbF	Zorgbelang Fryslân
Zvw	Zorgverzekeringswet



zorg belang
Fryslân

www.zorgbelang-fryslan.nl