



university of  
 groningen



umcg



Hanzehogeschool  
 Groningen  
 University of Applied Sciences

Aletta Jacobs School of Public Health

# Kwetsbare groepen in het Groninger gezondheidslandschap

Aletta Jacobs School of Public Health





# inhoud

Samenvatting	5
Aanbevelingen	8
Inleiding	10
Bevolkingsontwikkeling	11
Gezondheidsbeeld	12
Ontwikkeling zorgaanbod	19
Inwonersperspectief	25
Kwetsbaarheid en gezondheid	29
Aanzet voor een Maatschappelijke Agenda voor Meer Gezonde Jaren	36
Voetnoten	38
Bijlage	41

**Kwetsbare groepen in het Groninger gezondheidslandschap**

*Aletta Jacobs School of Public Health, i.s.m. Geodienst (RUG) en CAB Groningen*

*Geschreven in opdracht van de Provincie Groningen*

# Samenvatting

De Noord-Nederlandse bevolking wordt gemiddeld steeds ouder. Niet alleen leven we langer, maar de bevolking bestaat ook voor een steeds groter deel uit oudere mensen. Dat we langer leven is goed nieuws, maar komt met een kanttekening: de meeste mensen zullen die extra jaren niet in volle gezondheid leven. Dit heeft gevolgen voor het Groninger Gezondheidslandschap: we zullen meer zorg moeten leveren met minder mensen.

Inwoners zullen in steeds grotere mate verantwoordelijk worden voor hun eigen zorg. De vraag is of we deze eigen regie bij alle mensen in dezelfde mate kunnen neerleggen. 'Kwetsbare' groepen, zoals laaggeletterden of mensen met een lage sociaaleconomische status, weten zich wellicht minder goed te redden in het gezondheidssysteem dan mensen die goed overweg kunnen met alle (digitale) informatie en de sociale en financiële ruimte hebben om zelf zorgtaken te organiseren.

In dit rapport worden de te verwachten veranderingen in het Groninger Gezondheidslandschap besproken aan de hand van (publiek beschikbare) gegevens en inzichten vanuit verschillende wetenschapsdisciplines. Hierbij is specifiek aandacht voor de effecten van deze ontwikkelingen op kwetsbare groepen.

## *Bevolkingsontwikkeling*

De Groningse bevolking wordt ouder en zal een steeds grotere druk leggen op de zorg- en welzijnsvoorzieningen in de provincie. Bestaande tekorten in de zorg zullen groter worden en ook in de informele (mantel)zorg zullen de tekorten groeien. Hierdoor kunnen formele en informele zorg elkaar slechts in beperkte mate vervangen.

## *Gezondheidsbeeld*

De Groninger van de toekomst heeft vaker (meerdere) chronische ziekten, mentale gezondheidsproblemen en aandoeningen die door een gezonde leefstijl voorkomen hadden kunnen worden. Daarnaast bedreigen internationale ontwikkelingen zoals stijgende antibioticaresistentie, problematisch gebruik van zware pijnstillers en een dalende vaccinatiegraad ook in Nederland de publieke gezondheid. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zullen groeien, doordat de meeste chronische ziekten zich later in het leven voordoen.

Het gezondheidsgedrag van vandaag geeft een beeld van de zorgvraag van de toekomst. Wie vandaag rookt, te veel alcohol drinkt, te weinig beweegt of overmatig eet, heeft in de toekomst een verhoogde kans op tal van (chronische) aandoeningen. Roken, overgewicht en gebrek aan beweging komen meer voor in gebieden met een lagere sociaaleconomische status, terwijl alcoholgebruik juist in gebieden met een hogere sociaaleconomische status veel voorkomt. Beleid op deze gedragingen moet rekening houden met deze verschillen.

## *Ontwikkeling zorgaanbod*

De Spoedeisende hulp-norm van 45 minuten bepaalt een ondergrens voor het aantal ziekenhuizen in het gezondheidslandschap. Het zorgaanbod van de toekomst zal met deze norm waarschijnlijk niet groter zijn dan minimaal geboden moet worden. Dit komt niet alleen voort uit financiële motieven, maar vooral uit de beperkte beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen. Hoewel een deel van het arbeidstekort in de zorg kan worden opgevangen door migratie en technologische ontwikkelingen, zal het voor 2030 vooral neerkomen op: meer zorg met minder mensen.

Ook de eerstelijnszorg zal door de tekorten anders ingedeeld moeten worden. De positie van de huisartsenpraktijk zal wellicht worden overgenomen door gezondheidscentra waar eerstelijnszorg gecombineerd wordt met tweedelijnszorg en diagnostiek. De huisarts ontwikkelt zich door tot de dirigent van eerstelijnszorg.

Voor een groot deel van de ziektelast van 2030 geldt dat het voorkomen had kunnen worden door preventieve maatregelen gericht op het stimuleren van een gezonde omgeving en gezond gedrag. Het is daarom belangrijk om in te zetten op preventief beleid, waarbij maatschappelijke en commerciële partijen moeten samenwerken. Door het nauwe verband tussen leefbaarheid en gezondheid ligt het voor de hand dat de provincie hierin een faciliterende rol speelt en zo de verschuiving naar preventie bespoedigt.

#### *Inwonersperspectief*

Inwoners geven aan dat eigen regie over zorg en gezondheid een sprookje is: ten eerste is er nooit sprake van volledige eigen regie of geen enkele eigen regie. Niemand kent alle paden in het zorgsysteem en dat kunnen we ook niet van inwoners verwachten. Inwoners verschillen in hun kennis van het zorgsysteem, maar ook in wat zij van het systeem willen of nodig hebben. Ten tweede is 'eigen' regie altijd verbonden met anderen. De mate waarin mensen regie kunnen voeren over hun eigen gezondheid en zorg wordt beïnvloed door de context: persoonlijke, economische, sociale en culturele factoren bepalen in hoeverre iemand in staat is regie te voeren over zijn of haar gezondheid en de zorg die hij of zij ontvangt.

#### *Kwetsbaarheid en gezondheid*

De provincie Groningen is een regio met een relatief lager welvaartsniveau dan de rest van de Nederland en er zijn grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Kenmerkend aan een deel van de armoede in de provincie is dat deze over lijkt te gaan van generatie op generatie. Armoede is een stapelingsprobleem en vraagt om een integrale aanpak op het gebied van onder anderen de armoedeval, energie-armoede en de omgevingskwaliteit in arme gebieden.

De relatie tussen welvaart en gezondheid is bekend, maar het is onduidelijk hoe en waarom zij samenhangen. Het is belangrijk om deze relatie nader te onderzoeken met bijvoorbeeld Lifelines-data, zodat gericht beleid kan worden ontwikkeld om de gezondheid onder groepen met een lage sociaaleconomische status te verbeteren. Mensen met een lage sociaaleconomische status ervaren minder regie over hun eigen leven dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Een stevige nadruk op eigen regie zou daarom met name bij kwetsbare groepen kunnen leiden tot een stapeling van verantwoordelijkheden die als bezwarend ervaren worden. Het is dus van belang om gevallen individueel te beschouwen en in te schatten hoe iemand, samen met de sociale omgeving, ondersteund kan worden bij het realiseren van eigen regie.

#### *Aanbevelingen*

Om de publieke gezondheid in Groningen op peil te houden, zal het gezondheidslandschap op verschillende manieren moeten veranderen. Richt preventieve maatregelen op leefstijlziekten en mentale gezondheidsproblemen, zodat chronische ziekten en arbeidsuitval zo veel mogelijk voorkomen worden, met name bij kwetsbare groepen. Monitor trends in antibioticaresistentie, vaccinatiegraad en pijnstillergebruik nauwkeurig en voer actief beleid op het afremmen of omkeren van deze trends. De tekorten in zowel formele als informele zorg kunnen alleen gedeeltelijk worden opgevangen door technologische ontwikkelingen. Om dit soort technologie toegankelijk te houden voor alle groepen in de samenleving dienen deze zo eenvoudig mogelijk te worden ingericht. Voor informele zorg geldt dat mensen in kwetsbare groepen minder eigen regie ervaren en ondersteund moeten worden in het uitvoeren van informele zorgtaken. De inrichting van het zorgsysteem zal

aangepast moeten worden; de huisarts zal zich ontwikkelen tot dirigent van de eerstelijnszorg en werken vanuit gezondheidscentra waarin eerstelijnszorg integraal wordt aangeboden. Houd er bij de inrichting van ketenzorg rekening mee dat bij veel patiënten sprake zal zijn van meerdere (chronische) ziekten tegelijk (multimorbiditeit) en dat multimorbiditeit in grotere mate voorkomt binnen kwetsbare groepen.

Om tot steeds beter beleid te komen zal ingezet moeten worden op monitoring en evaluatie, zodat werkzame onderdelen van beleid behouden en uitgebreid kunnen worden, en niet-werkzame onderdelen geëlimineerd. Er moet een zelflerende cyclus ontstaan tussen wetenschappelijke kennis en beleid in de praktijk.

#### *Rol van de Provincie*

Vanuit haar bovenlokale functie is de provincie goed toegerust om als facilitator en versneller van allerlei processen op te treden waarbij het beleidseigenaarschap enigszins diffuus is. Juist omdat de provincie in een groot deel van het gezondheidsdomein geen formele rol heeft, kan zij een omgeving stimuleren waarin verschillende partijen buiten de hectiek van alledag tot duurzame planvorming kunnen komen. Dit soort processen speelt zich doorgaans niet af binnen de invloedssfeer van een afdeling, wat betekent dat zowel binnen als buiten de provincie beleidskokers doorbroken moeten worden. Zo kunnen sociaaleconomische gezondheidsverschillen bijvoorbeeld aangepakt worden door een geïntegreerde inzet op gezondheids- en economisch beleid. De provincie zou samen met o.a. burgers, gemeenten, de GGD, het bedrijfsleven en zorgverzekeraars kunnen investeren in een maatschappelijke agenda voor meer gezonde jaren. Een voorzet hiervoor wordt gedaan in het laatste hoofdstuk van dit rapport.

# Aanbevelingen

## Preventie

- Stel preventiebeleid erop in dat roken, obesitas en onvoldoende beweeggedrag doorgaans voorkomen in gebieden met een lagere sociaaleconomische status (Oost-Groningen). Overmatig alcoholgebruik komt daarentegen juist veel voor in de gebieden die doorgaans als gezond gezien worden (Groningen-stad). Rol preventief beleid dus breed uit in de gehele provincie.
- Richt preventieve interventies op het voorkomen van chronische ziekten en op vroegtijdige signalering van psychische gezondheidsproblemen, om een zo groot en langdurig mogelijk effect te hebben op de ziektelast en kwaliteit van leven.
- De impact van preventie komt vooral voort uit de invloed op laagrisicogroepen. De reden hierachter is dat individuen in de laagrisicogroep weliswaar een kleine kans hebben op een bepaalde aandoening, maar vanwege haar omvang meer problematische gevallen voortbrengt dan de (kleinere) hoogrisicogroep. Ga er daarom vanuit dat preventie een breedtesport is waarbij maatschappelijke en commerciële partijen moeten samenwerken. Een goed voorbeeld hiervan is het recent afgesloten Nationaal Preventieakkoord.<sup>1</sup>

## Ontwikkeling zorgaanbod

- We zullen in de toekomst meer zorg moeten leveren met minder mensen.
- Niet iedereen kan zomaar mantelzorger worden. Een stevige nadruk op eigen regie zou met name bij kwetsbare groepen kunnen leiden tot een stapeling van verantwoordelijkheden. Per casus moet beschouwd worden of en in hoeverre mantelzorg een optie is en hoe de mantelzorger ondersteund kan worden bij de uitvoering van zorgtaken.
- Om zorg dichtbij de inwoner te houden dient bijvoorbeeld via de werkgroep Personalized and Customized Health ingezet te worden op zorgtechnologie: een persoonlijke gezondheidsomgeving, digital-health-toepassingen, telemedicine, zorgrobots en mobiele teams die bepaalde verrichtingen aan huis kunnen leveren. Om dit soort technologie toegankelijk te houden voor alle groepen in de samenleving dienen deze zo eenvoudig mogelijk te worden ingericht.
- De mate waarin mensen regie kunnen voeren over hun eigen gezondheid en zorg wordt beïnvloed door de context: persoonlijke, economische, sociale en culturele factoren bepalen in hoeverre iemand in staat is regie te voeren over zijn of haar gezondheid en de zorg die hij of zij ontvangt. Omwille van de belastbaarheid van de mantelzorger moeten procedures rond mantelzorgondersteuning zo simpel en bureaucratie-arm mogelijk ingericht worden.

## Beleid

- Veel problemen in de provincie zijn intersectoraal. Een voorbeeld van zo'n probleem is de energie-armoede in Oost-Groningen. In dit relatief arme gebied gaat een groot deel van het inkomen naar uitgaven voor gas en licht. Dit levert stress op en zorgt ervoor dat er relatief minder middelen overblijven voor uitgaven die een gezonde leefstijl ten goede komen. Subsidies en andere programma's, gericht op het energiezuinig maken van woningen, zouden hier de druk van armoede kunnen verlichten.
- In de provincie lijkt een deel van de armoede over te gaan van generatie op generatie. Een potentiële uitdaging



bij het doorbreken hiervan is het voorkomen van de armoedeval. Allerlei uitkering-gerelateerde regelingen vervallen bij de overgang naar betaald werk, waardoor het soms gunstiger is om een uitkering te genieten dan een lage beloning voor werk te ontvangen. Op de langere termijn geeft werk echter uitzicht op tal van (door) groeimogelijkheden die de overdracht van armoede op de volgende generatie kunnen verminderen of tenietdoen. Hiervoor moet de eerste stap naar werk wel een gunstiger financiële positie opleveren.

### **Rol van de provincie**

- Vanuit haar bovenlokale functie is de provincie goed toegerust om als facilitator en versneller van allerlei processen op te treden waarbij het beleidseigenaarschap enigszins diffuus is. Juist omdat de provincie in een groot deel van het gezondheidsdomein geen formele rol heeft, kan zij een omgeving stimuleren waarin verschillende partijen buiten de hectiek van alledag tot duurzame planvorming kunnen komen.
- Bij de inrichting van bestaande en nieuwe subsidieprogramma's moet de provincie rekening houden met de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de aanvraagprocedure voor kwetsbare groepen.
- Zowel binnen als buiten de provincie moeten beleidskokers doorbroken worden. Zo kunnen sociaaleconomische gezondheidsverschillen bijvoorbeeld aangepakt worden door een geïntegreerde inzet op gezondheids- en economisch beleid.
- De provincie zou samen met o.a. burgers, gemeenten, de GGD, het bedrijfsleven en zorgverzekeraars kunnen investeren in een maatschappelijke agenda voor meer gezonde jaren. Een voorzie hiervoor wordt gedaan in het laatste hoofdstuk van dit rapport.

# Inleiding

De Noord-Nederlandse bevolking wordt gemiddeld steeds ouder. Niet alleen leven we langer, de bevolking bestaat ook voor een steeds groter deel uit oudere mensen. Dat we langer leven is goed nieuws, maar komt met een kanttekening: de meeste mensen zullen die extra jaren niet in volle gezondheid leven. Steeds meer oudere mensen hebben een langdurige zorgvraag vanwege (meerdere) chronische ziekten.

Het Noord-Nederlandse gezondheidslandschap zal moeten veranderen om tegemoet te komen aan de demografische en epidemiologische uitdagingen van de komende tien jaar. Deze uitdagingen worden gevormd door de verouderende bevolking, maar ook door bijvoorbeeld verschuivingen in de zorgvraag. Zo hebben steeds meer mensen last van mentale gezondheidsklachten, die zich vaak al eerder in het leven manifesteren en grote maatschappelijke en economische effecten hebben. Daarnaast komen er steeds meer ziekten voor die door een gezonde leefstijl voorkomen hadden kunnen worden. Roken, overgewicht, ongezonde voeding en te weinig beweging zorgen voor een groei in de ziektelast. Bovendien geven internationale trends in antibioticaresistentie, problematisch gebruik van zware pijnstillers en de dalende vaccinatiegraad reden tot zorgen. Om de gezondheid van de mensen in Noord-Nederland te waarborgen, zal op deze ontwikkelingen ingespeeld moeten worden.

Het voorspellen van de zorgvraag van de toekomst is eerder een kunst dan een wetenschap, maar toch is het op basis van de huidige stand van zaken waarschijnlijk dat de zorg zoals die op dit moment georganiseerd is, niet zal voldoen. We zullen meer zorg moeten leveren met minder mensen. Dit zal ertoe leiden dat inwoners in steeds grotere mate verantwoordelijk zullen worden voor hun eigen zorg. De vraag is echter of we deze eigen regie bij alle mensen in dezelfde mate kunnen neerleggen. 'Kwetsbare' groepen, zoals laaggeletterden of mensen met een lage sociaaleconomische status, weten zich wellicht minder goed te redden in het gezondheidssysteem dan mensen die goed overweg kunnen met alle (digitale) informatie en de sociale en financiële ruimte hebben om zelf zorgtaken op zich te nemen. Wanneer bij kwetsbare groepen net zoveel eigen regie wordt neergelegd als bij mensen die hier een bredere basis voor hebben, kan het zijn dat de toch al bestaande sociaaleconomische gezondheidsverschillen nog groter worden.

Tegen bovenstaande achtergrond heeft de Provincie Groningen de Aletta Jacobs School of Public Health gevraagd om te informeren en advies uit te brengen over de situatie van kwetsbare groepen in het veranderende Groninger gezondheidslandschap.

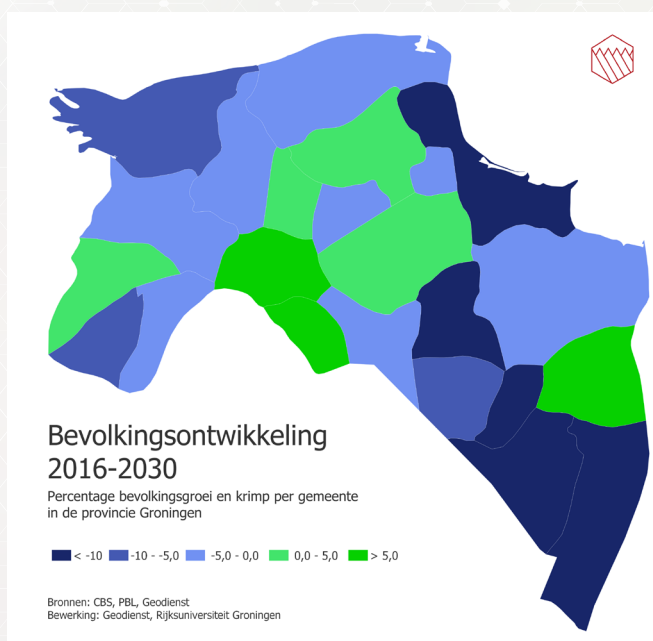
Dit rapport bevat drie perspectieven. In de hoofdtekst worden de veranderingen in het gezondheidslandschap die we kunnen verwachten uiteengezet, geïllustreerd door geografische kaartjes gemaakt door de GEOdienst van het Centrum voor Informatietechnologie. De rode kaders beschrijven de blik van wetenschappers uit verschillende disciplines op het gezondheidslandschap van de toekomst. In het blauwe kader wordt het perspectief van de inwoner op de veranderingen en op de betekenis van eigen regie weergegeven. Dit perspectief is opgehaald in samenwerking met CAB Groningen. Aan het einde van het rapport worden de aanbevelingen uit het rapport nog eens onder elkaar gezet, en wordt een maatschappelijke agenda voor de provincie Groningen voorgesteld. Het rapport van CAB Groningen is toegevoegd als bijlage.

# Bevolkingsontwikkeling

Aankomend decennium zal de totale omvang van de Groninger bevolking naar alle waarschijnlijkheid licht dalen<sup>2</sup>; van 595 duizend inwoners nu naar 588 duizend inwoners in 2030. Binnen de provincie Groningen lopen de demografische ontwikkelingen echter sterk uiteen: fusiegemeente Groningen zal blijven doorgroeien, terwijl Pekela en Delfzijl met een bevolkingsdaling van tien procent geconfronteerd zullen worden.

De bevolkingsontwikkeling gaat gepaard met een grote verandering in de samenstelling van de bevolking. Momenteel is de Groninger gemiddeld 41,5 jaar, in 2030 zal dat 43 jaar zijn. Laten we de stad Groningen buiten beschouwing, dan is de gemiddelde Groninger zelfs 46,5 jaar in 2030. Nu zijn er circa 115 duizend Groningers ouder dan 65 (19%). In 2030 zullen dat er 140 duizend zijn (24%). Deze ontwikkelingen lopen wederom sterk uiteen tussen de verschillende gemeenten.

Afbeelding 1 laat de verwachte bevolkingsontwikkeling van de verschillende gemeenten in de periode 2016–2030 zien. Daarin is per gemeente weergegeven wat de totale verandering van de bevolkingsomvang is.



Afbeelding 1: Bevolkingsontwikkeling 2016-2030

Voorgaande cijfers laten een steeds ouder wordende samenleving zien, die een grotere druk zal leggen op de zorg- en welzijnsvoorzieningen in de provincie. Er zullen in de toekomst meer mensen zijn met een al dan niet langdurige hulpvraag, terwijl het aantal personen dat hulp kan bieden zal afnemen. Er is reeds sprake van significante tekorten in alle lagen van de zorg<sup>3</sup> – van de medisch specialist tot de verzorgende – en in 2030 zullen deze tekorten waarschijnlijk alleen maar zijn toegenomen. In de mantelzorg voltrekt zich een soortgelijk fenomeen. Tegenover iedere potentiële ontvanger van mantelzorg staan nu vijftien potentiële mantelzorgers. In 2030 zal die verhouding één op tien zijn. De afname van het aantal potentiële mantelzorgers heeft als gevolg dat het gezondheidslandschap zich moet voorbereiden op tekorten in zowel de formele als informele zorg. Hierdoor kunnen de twee zorgvormen elkaar maar in beperkte mate vervangen: er zullen op den duur minder verpleegkundigen zijn, maar ook minder potentiële mantelzorgers.

# Gezondheidsbeeld

## *Hogere ziektelast vanwege chronische aandoeningen<sup>3</sup>*

Naast de bevolkingsontwikkeling wordt het Groninger gezondheidslandschap ook geconfronteerd met een stijgende ziektelast vanwege chronische aandoeningen zoals kanker, hart- en vaatziekten en COPD. De 65-plusser van 2030 is weliswaar vitaler dan die van nu, maar door de stijging van de levensverwachting zullen er in de toekomst waarschijnlijk meer mensen zijn met meerdere (chronische) aandoeningen tegelijkertijd, ook wel multimorbiditeit genoemd.<sup>5</sup>

Wat de chronische ziektelast van 2030 kenmerkt is dat een gedeelte voorkomen had kunnen worden door preventie in eerdere levensstadia. Preventie richt zich op het stimuleren van een gezonde leefstijl, het bevorderen van een gezonde leefomgeving en het faciliteren van zelfredzaamheid. Preventie voorkomt ziekte niet alleen, het kan ziekteverloop verbeteren en bijdragen aan een grotere effectiviteit van behandeling. In tegenstelling tot zorg, heeft preventie geen vaste plek en kan het plaats vinden op de (basis-)school, in de wijk, op het werk, in de winkel en vele andere plekken

### **Gecombineerde leefstijlinterventies<sup>6</sup>**

Het stimuleren van een gezonde leefstijl is sinds begin 2019 geborgd in de basisverzekering door de zogenaamde gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Dergelijke interventies zijn bedoeld voor mensen met gezondheidsrisico's veroorzaakt door overgewicht en richten zich op leefstijl, voeding en gedrag.

In tegenstelling tot de meeste chronische ziekten, doen psychische gezondheidsproblemen, zoals angst en depressie, zich vaak vroeg in de levensloop voor: van de tienertijd tot jongvolwassenheid.<sup>7</sup> Dit heeft substantiële gevolgen voor de verdere levensloop. Psychische klachten bij jongeren leiden vaker tot schooluitval, bemoeilijken de overgang naar de arbeidsmarkt, leiden vervolgens tot meer arbeidsuitval en kunnen tenslotte tot een eerdere uittreding uit de arbeidsmarkt leiden.<sup>8</sup> Dit verloop betekent dat effectieve preventie en behandeling van psychische klachten op jonge leeftijd een grote impact kan hebben op zowel het individu als de maatschappij. De huidige tekorten in de jeugdhulp bemoeilijken echter de uitrol en doorontwikkeling van effectieve jeugdhulp waardoor problemen in de gemeentefinanciën mogelijkwerwijs een stempel drukken op de levensloop van een groot aantal jongeren in de provincie.

“Werk gaat veranderen. Niet alleen voor bepaalde beroepsgroepen, maar voor iedereen. Door technologische ontwikkelingen, big data en bijvoorbeeld kunstmatige intelligentie zullen veel banen veranderen, verdwijnen of ontstaan. Proactief hiermee omgaan zorgt voor veel mensen voor stress.

We moeten in het veranderende werklandschap niet alleen kijken naar hoe we die stress voorkomen of ermee omgaan, maar ook naar de positieve factoren in werk, zoals betrokkenheid en bevlogenheid. HRM van de toekomst betreft de mensen zelf bij het vormgeven van hun baan. Daarin moeten we niet alleen kijken naar wat iemand kan en wil, maar ook naar wat diegene durft, of mag. Eigen regie is een sleutelwoord hierin. Ook moeten we niet vergeten ruimte te blijven maken om gewoon wat te lummelen. Hersteltijd is cruciaal voor een gezond (werk)leven.

De stijgende prevalentie van burn-outklachten zijn vaak de reden dat er vaak wordt gesproken over een burn-out-epidemie. Toch zouden we zorgvuldig onze woorden moeten kiezen hierin; burn-out is een logisch gevolg van kennisintensief werk. Vroeger was er andere werkgerelateerde problematiek. De vraag is nu hoe we mensen hiertegen weerbaar kunnen maken. Hoe kunnen we mensen helpen goede copingstrategieën te ontwikkelen voor het omgaan met de stress die bij ons werk of onze studie hoort? Hoe kunnen we bijvoorbeeld de veerkracht van medewerkers vergroten? Voor studenten lijken drie belangrijke factoren van belang: grip op stress, financiën, en slaap. We moeten mensen leren om hier verstandig mee om te gaan, misschien al tijdens de middelbare schooltijd.

Mentale gezondheid is een belangrijk onderdeel van healthy ageing en staat ook hoog op de agenda bij diverse organisaties. Met het initiatief van ‘mentale gezondheid op de werkvloer’ is een samenwerking gestart tussen grote werkgevers, MKB-bedrijven en onderzoekers in Noord-Nederland. Door de krachten te bundelen kunnen de MKB-bedrijven verschillende interventies in de grote organisaties uitrollen. Het onderzoeksteam zal onder mijn leiding de impact van de interventies op verschillende niveaus monitoren om te kunnen bepalen in welke mate en op welke manier deze bijdragen aan mentale gezondheid van medewerkers. Er is namelijk niet één oplossing om bijvoorbeeld werkstress tegen te gaan. Dat verschilt per doelgroep, en zelfs per persoon. Door medewerkers zelf te betrekken bij innovatieve interventies op het vlak van mentale gezondheid, dragen we bij aan het vergroten en de impact van mentale gezondheid. Een belangrijk thema in deze tijd.”



**Klaske  
Veth**

*lector duurzaam HRM,  
Hanzehogeschool*

### Toenemende gezondheidsverschillen<sup>9,10</sup>

De ziektelast vanwege chronische aandoeningen loopt momenteel al sterk uiteen tussen de verschillende Groningse gemeenten (zie afbeelding 2, volgende pagina). Het percentage inwoners met een of meer chronische aandoeningen ligt in Oost-Groningen (Oldambt, Pekela, Stadskanaal, Veendam en Westerkolde) ruim boven het Nederlands gemiddelde. In het westelijk deel van de provincie (met name Westerkwartier) en het zuidelijk deel van de stad ligt dat percentage echter rond of onder het gemiddelde. Desondanks is het te gemakkelijk om het oostelijke deel van de provincie in zijn geheel te bestempelen als ongezond. Zo ligt in de gemeente Veendam het percentage inwoners met een chronische aandoening (38%) weliswaar boven het Nederlandse gemiddelde (34%), maar dat betekent ook dat 62% van de bevolking géén chronische aandoeningen heeft.

De cijfers over ervaren gezondheid – het percentage inwoners dat aangeeft in goede of zeer goede gezondheid te zijn – laten een soortgelijk beeld zien. In Oost-Groningen is de ervaren gezondheid van de inwoners gemiddeld lager dan in het westelijk deel van de provincie en het zuidelijk deel van de stad. Echter, zelfs in Nieuw-Beerta, waar de ervaren gezondheid het laagst is van de provincie, geeft nog steeds ruim tweederde van de inwoners aan in goede of zeer goede gezondheid te zijn.



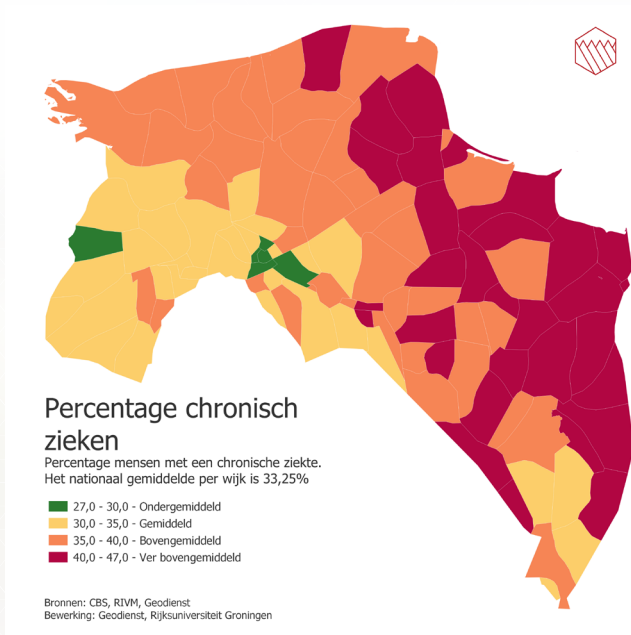
#### **Koert van Ittersum**

hoogleraar Marketing en  
Consumentenwelzijn  
RUG

“Er is tegenwoordig een groeiend besef dat een gezonde leefstijl niet alleen de verantwoordelijkheid is van het individu, maar ook van de maatschappij. Een individu met een ongezonde leefstijl zal zelf aanpassingen moeten doen aan die leefstijl, maar vanuit de samenleving moeten ook stappen worden gezet om een leefomgeving te creëren die inspireert tot en bijdraagt aan een gezonde leefstijl. Als je terugkijkt in de tijd, denk ik dat de leefomgeving ingericht is op drie voorwaarden: iets moet lekker, makkelijk én goedkoop zijn. In dat proces lijkt gezondheid, of een gezonde leefstijl, een beetje vergeten.

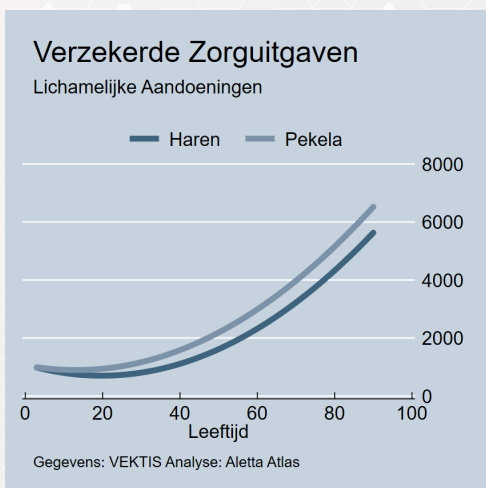
Mensen nemen per dag ruim 225 beslissingen gerelateerd aan eten. Al die beslissingen worden door omgevingsvariabelen beïnvloed: wanneer, wat en hoe wordt er eten aangeboden? Wanneer die omgeving dan ook nog niet een gezonde leefstijl ondersteunt, dan wordt het voor veel mensen erg moeilijk om gezond(er) te leven. Het is daarom belangrijk dat onze leefomgeving zodanig ingericht en aangepast gaat worden, dat mensen beter in staat zijn verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid te nemen. En hier ligt een belangrijke en groeiende taak van de overheid. De overheid moet als coördinator, aanjager en, waar wenselijk, als wetgever optreden om levensmiddelenfabrikanten, retailers, scholen en bijvoorbeeld werkgevers te stimuleren hun verantwoordelijkheid voor een gezondere leefomgeving te nemen. Zelf zal de overheid vanuit planologisch perspectief kunnen bijdragen.

Er ligt mijns inziens dus een belangrijke taak voor de overheid. Echter, dat wil niet zeggen dat ik een groot voorstander ben van wetgeving die een gezonde leefstijl afdwingt. We willen niet ingeperkt worden in onze vrijheden, maar door inrichting van de leefomgeving kan je wel richting een gezonde leefstijl sturen en ondersteunen. Zorg ervoor dat de leefomgeving zo wordt ingericht dat mensen keuzes maken die ten goede komen van hun gezondheid. Dat moet je met z'n allen doen: “It takes a village”.



Afbeelding 2: Percentage chronisch zieken

Omdat chronische aandoeningen – psychische gezondheidsproblemen daargelaten – zich met name later in het leven voordoen, zullen vanwege de bevolkingsontwikkeling steeds grotere gezondheidsverschillen ontstaan. Waar gezondheidsuitkomsten vroeg in het leven vaak maar weinig verschillen, wordt het verschil later in het leven groter. Afbeelding 3 geeft (als maatstaf voor gezondheid) de gemiddelde verzekerde zorgkosten weer voor bewoners van Haren en Pekela.<sup>11</sup> Voor jongeren zijn de zorgkosten nagenoeg hetzelfde, terwijl er op latere leeftijden grote verschillen zichtbaar zijn. Vanwege de toename in de gemiddelde leeftijd van de Groninger zullen naar alle waarschijnlijkheid ook de gezondheidsverschillen in de toekomst toenemen.

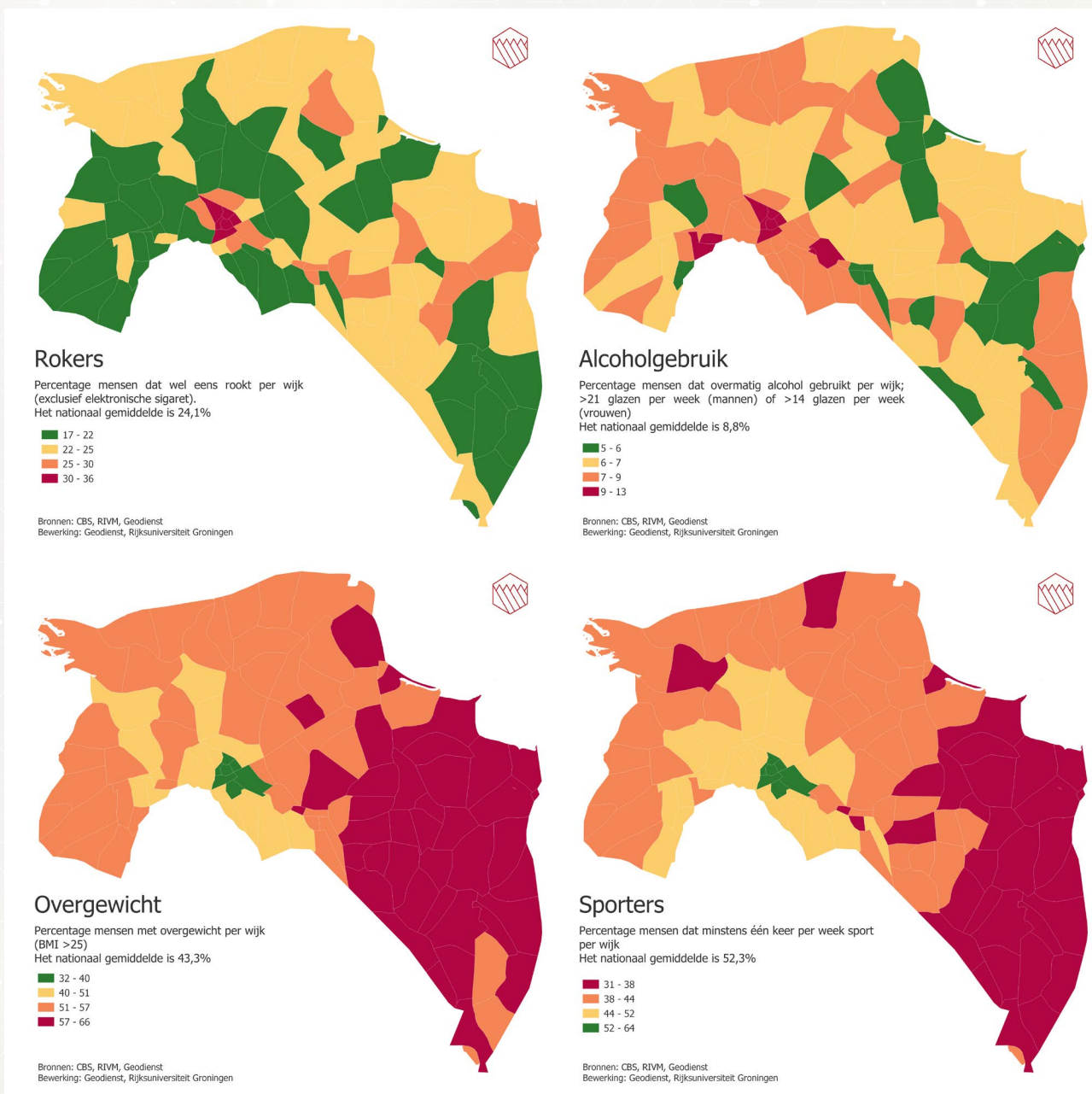


Afbeelding 3: Gemiddelde verzekerde zorgkosten bewoners Haren en Pekela

#### Ontwikkeling van de vraag naar zorg<sup>12</sup>

Op de korte termijn is de vraag naar zorg gelijk aan de vraag in het voorgaande jaar – een lichte stijging vanwege de bevolkingsontwikkeling en ruis vanwege onvoorziene omstandigheden daargelaten. Op de lange termijn is voorspellen van de zorgvraag eerder een kunst dan een wetenschap. Beleid dat is gericht op toekomstvoorspellingen kan er immers voor zorgen dat de voorspelling niet meer uitkomt. Dit maakt het schetsen van een getrouw beeld van de toekomstige vraag naar zorg, en de daarbij behorende infrastructuur, moeizaam danwel onmogelijk.

Dit laat onverlet dat er vanwege de bevolkingsontwikkeling meer mensen zullen zijn met een (langdurige) hulpvraag. Om een beeld te krijgen van de zorgvraag van morgen kunnen we ook kijken naar het gezondheidsgedrag van vandaag. Wie vandaag rookt, zal morgen een verhoogde kans hebben op tal van (chronische) longaandoeningen. En wie vandaag te veel alcohol drinkt, te weinig beweegt of overmatig eet, kan morgen eveneens stuiten op allerlei chronische aandoeningen. Afbeelding 4 geeft gezondheidsgedrag weer op wijkniveau wat betreft roken, alcoholgebruik, overgewicht en bewegen. De gegevens wijzen uit dat gebieden die eerder een verhoogde prevalentie van chronische aandoeningen lieten zien, ook gebieden zijn waar doorgaans meer wordt gerookt, waar vaker overgewicht voorkomt en waar relatief minder mensen sporten. Wat echter met name opvalt is dat overmatig alcoholgebruik voornamelijk in gebieden voorkomt die anderzijds erg gezond ogen. Dit wijst erop dat preventief beleid, in ieder geval wat betreft alcoholgebruik, breed uitgerold dient te worden in de gehele provincie. Misschien zelfs met extra aandacht voor gebieden die doorgaans niet hoog op de gezondheidsbevorderingsagenda staan.



Afbeelding 4: Gezondheidsgedrag op wijkniveau: roken, alcoholgebruik, overgewicht en sporten



“Big data stelt ons steeds meer in staat om effectieve behandelmethoden te ontdekken. Het liefst zou ik willen dat de jeugdhulp zich de komende jaren ook nog meer datagestuurd en onderzoeksgestuurd ontwikkelt. Voor het grootste gedeelte is dat nu namelijk nog niet het geval.

Ik maak graag de vergelijking met kankeronderzoek, dat wel big data gebruikt. Op basis van alle data constateert men nu dat overgewicht net zo'n zwaarwegende factor is in het ontstaan van kanker als roken. Het zou dus veel effectiever kunnen zijn om meer geld te stoppen in het voorkomen van overgewicht dan in nog weer een geneesmiddel aan het eind van de keten. Daarnaast houdt men nauwkeurig bij welke behandeling juist is bij welke vorm van kanker. Door hierover data bij te houden weet je wat effectief is.

Dit zouden we ook meer in de jeugdhulp moeten doen. We hebben de laatste jaren een gezinstraumabehandeling ontwikkeld en omdat we data bijgehouden hebben, weten we nu dat die behandeling zeer effectief is. Door ouders met een trauma te behandelen, sla je eigenlijk twee vliegen in één klap. De ouders verlos van je van hun trauma, de kinderen groeien op in een gezondere omgeving en daarmee verlos je de kinderen ook gelijk van een potentieel trauma. Zo doorbreek je een patroon. Je bent bezig iets in het hier en nu op te lossen terwijl je tegelijkertijd bezig bent voor de toekomst.”



**Peter  
Dijkshoorn**

*kinder- en jeugdpsychiater  
en bestuurder  
Accare*

#### *Maatschappelijke ontwikkelingen rondom gezondheid*

In aanvulling op bovenstaande ontwikkelingen zal in de komende tien jaar ook moeten blijken hoe verschillende internationale trends zich zullen ontwikkelen in de provincie Groningen. Ten eerste beginnen zich steeds duidelijkere beelden af te tekenen dat problematisch gebruik van zware pijnstillers toeneemt. In de VS is het gebruik van dit soort pijnstillers sinds de vroege jaren '90 explosief gestegen. Deze opioïden crisis heeft daar geleid tot een groeiend aantal overdoses en sterfgevallen. Om een dergelijk scenario in de provincie Groningen te voorkomen, is het van belang om gebruik van zware pijnstillers nauwkeurig te monitoren. In 2017 gebruikten ruim 200 duizend Nederlanders opioïden (zoals fentanyl, Tramadol en oxycodon) voor een periode langer dan drie maanden. Dat is een verdubbeling ten opzichte van tien jaar geleden, terwijl langdurig gebruik van opioïden in veel gevallen niet is aan te raden.<sup>13</sup>

Naast een stijging van het aantal Nederlanders dat langdurig gebruik maakt van opioïden is het van belang om ook een eventuele overstap naar illegaal verkregen pijnstillers (zoals heroïne) zo goed mogelijk tegen te houden. In de VS is dit onvoldoende gebeurd, waardoor na een lange tijd van relatieve stabiliteit het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen inmiddels doodsoorzaak nummer één is van mensen onder de 50. Daarnaast is daar de levensverwachting bij geboorte aan het dalen.<sup>14</sup>

De tweede maatschappelijke ontwikkeling waarmee rekening gehouden moet worden is de dalende vaccinatiegraad. Zo is bijvoorbeeld de vaccinatiegraad voor mazelen gedaald van 96% voor het geboortecohort van 2010 naar 93% voor het cohort van 2015.<sup>15</sup> Dit betekent dat in Nederland niet langer voldaan wordt aan de 95-procentnorm die volgens de Wereldgezondheidsorganisatie noodzakelijk is om mazelen uit te roeien.<sup>16</sup> Het voldoen aan de 95-procentnorm zorgt voor groepsimmunitet en is nodig om kinderen en

anderen te beschermen die vanwege medische redenen niet ingeënt kunnen worden. Nu de norm niet meer gehaald wordt, worden deze mensen blootgesteld aan potentieel dodelijke ziektekiemen. Zo was er in april dit jaar nog een uitbraak van de mazelen op een Haags kinderdagverblijf. In de provincie Groningen voldoen alleen Pekela, Veendam, Appingedam, Grootegast en Leek nog aan de 95-procentnorm. De andere gemeenten hebben allemaal een vaccinatiegraad die onder de norm ligt, met Westerwolde als laagst scorende gemeente (86,7%). De grote uitdaging voor de GGD is om de vaccinatiegraad weer op peil te brengen om zo infectieziekten duurzaam te kunnen weren.

De derde trend is de dalende effectiviteit van antibiotica: met elk gebruik van antibiotica neemt de effectiviteit af. Een toekomst zonder antibiotica is echter niet wenselijk.<sup>17</sup> Antibiotica spelen een cruciale rol in het zorgproces. Immers, zonder antibiotica geen infectiebestrijding en dus ook geen operaties. Hoewel antibiotica onmisbaar zijn in de zorg, zijn het geen wondermiddelen. Toch worden ze regelmatig zonder noodzaak voorgeschreven. Het is daarom van belang om in de provincie in te zetten op verantwoord antibioticagebruik in alle delen van de zorg, ook in verzorgingshuizen en andere plekken waar antibiotica gebruikt worden. Aangezien bacteriën geen institutionele muren kennen, leidt een uitbraak ergens in het noordelijke gezondheidslandschap tot mogelijke besmettingsgevaaren in het gehele landschap. Daarom is de huidige netwerkaanpak op het gebied van antibioticaresistentie in de provincie Groningen cruciaal voor de toekomst van duurzame zorg.



## **Corinna Glasner**

*Werkzaam bij het  
UMCG, afdeling  
Medische Microbiologie  
en Infectiepreventie  
als wetenschappelijk  
projectmanager van de  
INTERREG projecten  
EurHealth-1Health &  
health-i-care*

“Antibiotica zijn nodig om bacteriële infecties te bestrijden, maar antibioticaresistentie (ABR) neemt toe. Als we niet minder antibiotica gaan gebruiken en niet meer op infectiepreventie gaan letten, dan hebben we in de toekomst een probleem.

Gelukkig bestaat er in het noorden een stevig ABR-netwerk, met het UMCG als hub. Het netwerk bestaat uit ziekenhuizen, laboratoria, verpleeghuizen en andere gezondheidsinstellingen die onderling informatie uitwisselen over infectiepreventie en antibioticaresistentie. Stel, in een instelling wordt er een uitbraak verdacht van een bacterie. Dan wordt gelijk uitgezocht welk type bacterie dat is en wordt deze informatie gedeeld met het hele netwerk. Omdat we patiëntenstromen in kaart hebben gebracht binnen het netwerk, weten we precies hoe patiënten – en dus ook hun bacteriën – zich verspreiden naar verschillende gezondheidsinstellingen. Door deze patiëntenstromen in kaart te brengen en vroegtijdig te communiceren, kan een regionale uitbraak van resistente bacteriën voorkomen worden. Dat is de kracht van het netwerk.

Tegelijkertijd zien we dat er op de werkvloer gewoon te weinig tijd is om voldoende aandacht te besteden aan infectiepreventie en antibioticaresistentie. We denken dat het netwerk hierin kan helpen. Je hoeft niet op tien plekken tien keer dezelfde expertise te hebben. Voor de komende tien jaar is het dus van belang om meer deskundigheid te delen en te zorgen dat de lijntjes tussen de verschillende zorginstellingen nog duidelijker en korter zijn, zodat er adequaat op ABR gehandeld kan worden.”

# Ontwikkeling zorgaanbod

Het zorgaanbod zal ook in 2030 sterk gevormd worden door de wettelijke normen omtrent bereikbaarheid en beschikbaarheid van (acute) zorg. Zo schrijft de bereikbaarheidsnorm voor spoedeisende hulp (SEH-norm) voor dat iedere Nederlander binnen drie kwartier toegang moet kunnen hebben tot alle gespecialiseerde acute zorg.<sup>18</sup> In de provincie Groningen voldoet alleen het noordelijkste punt van gemeente Hogeland niet aan deze norm.<sup>19</sup> Op langere termijn zou dit voor meerdere gemeenten kunnen gelden, aangezien Minister van Volksgezondheid Bruins heeft aangegeven onderzoek te willen doen naar de norm, omdat er signalen zijn dat deze norm soms te ruim is.<sup>20</sup> Het aanpassen van deze norm kan in potentie grote gevolgen hebben voor de inrichting van de zorginfrastructuur. In de Provincie Groningen zou een aanscherping van de norm kunnen leiden tot de noodzaak van het realiseren van een additioneel ziekenhuis dat is uitgerust met een SEH-eenheid.

De SEH-norm bepaalt een ondergrens voor het aantal ziekenhuizen in het gezondheidslandschap. Het zorgaanbod zal echter niet per se groter zijn dan hetgeen minimaal geboden moet worden. Hierbij spelen niet alleen financiële motieven een rol, maar is het met name de beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen die beperkingen oplegt aan de omvang van het zorgaanbod. Dit is nu al een nijpende factor in bepaalde specialismen en dat zal in 2030 enkel nijpender worden, omdat steeds meer zorgmedewerkers met pensioen zullen gaan (zie hoofdstuk 2). Hoewel een deel van dit arbeidstekort kan worden opgevangen door migratie en technologische veranderingen, zal het voor 2030 vooral neerkomen op: meer zorg met minder mensen.

“Gezondheidscentra worden steeds belangrijker. Zowel voor het delen van expertise en verbeterde samenwerking als voor betere begeleiding voor patiënten. Wij zitten zelf in een gezondheidscentrum – Het Dokhuis – met onder andere een apotheker, een fysiotherapeut, een diëtiste, een psycholoog en een logopedist. Dit maakt dat we hele korte lijntjes hebben om met en over patiënten te overleggen en om breder te kijken als dat nodig is. Zo hebben we eens in de zes weken ook een meekijkconsult, dan komt een kinderarts of dermatoloog een hele middag spreekuur houden. Dit wordt georganiseerd namens drie huisartsen in Oude Pekela en omgeving.

Al met al vinden patiënten het plezierig dat als er iets ‘laagdrempeligs’ moet gebeuren, ze daarvoor niet naar het ziekenhuis hoeven. Als de patiënt bijvoorbeeld uit het ziekenhuis ontslagen wordt, maar eigenlijk nog niet naar huis kan, dan kan diegene bij ons terecht omdat we beschikken over huisartsenbedden. Op deze manieren haal je de zorg dichterbij huis, en er komt meer plaats voor zorg buiten het ziekenhuis.

Voor de toekomst denk ik dat de samenwerking tussen specialisten en huisartsen buiten de ziekenhuizen steeds intensiever wordt. Ik hoop dat er steeds meer specialisten naar spreekuren in gezondheidscentra komen, zodat je alles kunt afdekken. Tegelijkertijd vergrijst de patiëntenpopulatie: ze wordt ouder en minder mobiel, dus bereikbaarheid van ziekenhuizen blijft ook in de toekomst erg belangrijk.”



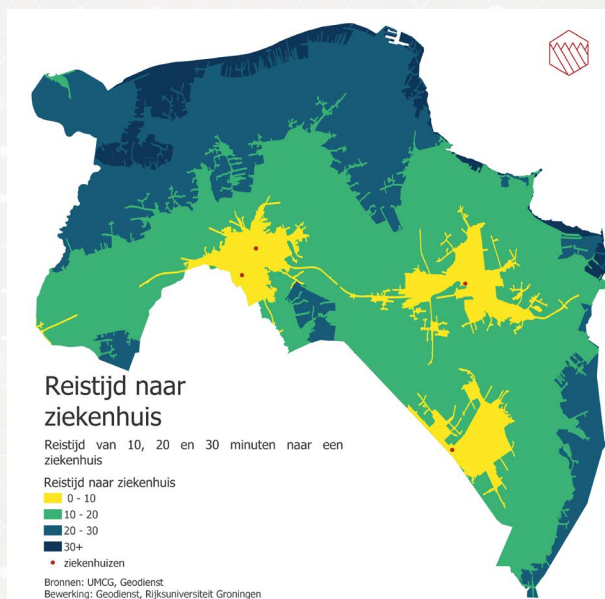
**Marjolijn  
Zwart**

*Huisarts bij  
gezondheidscentrum  
Het Dokhuis,  
Oude Pekela*

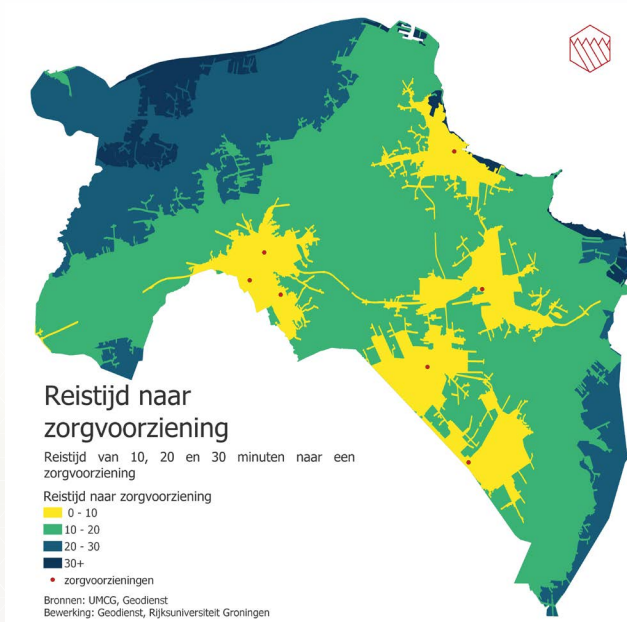
De beschikbaarheid van personeel in combinatie met de alsmaar complexere zorgvraag zal niet alleen in het ziekenhuisdomein haar sporen achterlaten, maar ook in de eerste lijn voor veranderingen zorgen. Mede door natuurlijk verloop zal de traditionele huisarts waarschijnlijk in grote mate verdwijnen. De positie van de huisartsenpraktijk zal wellicht worden ingenomen door gezondheidscentra waar eerstelijnszorg gecombineerd wordt met tweedelijnszorg en diagnostiek. De huisarts ontwikkelt zich door tot de dirigent van eerstelijnszorg. In die functie draagt hij of zij – in samenspel met onder anderen praktijkondersteuners, eerstelijnsverpleegkundigen, kinderartsen en specialisten ouderengeneeskunde – zorg voor de populatie in zijn of haar regio. Daar waar nodig stemt de huisarts af met het regioziekenhuis. Het regioziekenhuis stemt op haar beurt weer af met een van de topklinische centra in het noorden: Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en het Martiniziekenhuis. Zij verwijzen op hun beurt door naar het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) voor complexe zorg. Er zal dan ook een verschuiving van zorgtaken plaats moeten vinden, zodat de zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener geboden wordt. Dit betekent een verdere specialisatie van het UMCG in (hoog-)complexe zorg en een overdracht van minder complexe zorg of routinezorg richting de topklinische ziekenhuizen, regioziekenhuizen en gezondheidscentra.

Door de concentratie van huisartsenzorg in gezondheidscentra, een relatief beperkt aantal regioziekenhuizen, een tweetal topklinische ziekenhuizen en één universitair medisch centrum zal de zorginfrastructuur geografisch gezien op steeds grotere afstand komen te staan van de gebruikers. Om zorg toch dichtbij de inwoner te houden, kan ingezet worden op zorgtechnologie (persoonlijke gezondheidsomgeving, digital-health-toepassingen, telemedicine en zorgrobots) en op mobiele teams die bepaalde verrichtingen aan huis kunnen leveren. Het groeiend personeelstekort zal duurzame en brede inzetbaarheid van dergelijke teams echter wel bemoeilijken.

De concentratie van eerstelijnszorg biedt ook kansen. Zo biedt het de mogelijkheid om specialistische en complexe zorg dichtbij de inwoner te brengen. Medisch specialisten kunnen bijvoorbeeld periodiek spreekuur houden in de lokale gezondheidscentra. Met name voor chronisch zieke patiënten, die relatief vaak een ziekenhuis bezoeken, zal een dergelijke constructie leiden tot een feitelijke afname van de afstand tot zorg. Dit blijkt bijvoorbeeld uit Afbeelding 5, waarin de afstand tot de Groninger ziekenhuizen wordt weergegeven. Dit plaatje laat zien dat met name het noordelijke en westelijke deel van de provincie op relatief grote afstand van de Groninger ziekenhuizen woont. De Groninger ziekenhuizen hebben echter allemaal zo hun eigen nevenvestigingen vanuit waar ook (een gedeelte van de) zorg geboden wordt – bijvoorbeeld door spreekuren van specialisten. Als we daar rekening mee houden (zie Afbeelding 6) zien we dat in het oostelijk deel van de provincie de zorg betrekkelijk dichtbij is. Uitgaande van een verdere trend richting gezondheidscentra zal de kaart in grote mate geel kleuren en komt specialistische zorg inderdaad heel dichtbij.



Afbeelding 5: Reistijd naar ziekenhuis



Afbeelding 6: Reistijd naar zorgvoorziening

“Het personeelstekort in de zorg zal de komende jaren niet verminderen. In Groningen hebben we daar nog meer last van dan in andere provincies – zeker als je kijkt naar hoe moeilijk het is om geschikte artsen aan te trekken. Dat zal op een gegeven moment doorwerken naar andere zorgtaken. Demografisch gezien ligt daar een grote uitdaging, waarvoor robots een gedeeltelijke oplossing kunnen zijn.

Robots worden nu voornamelijk ingezet voor mechanische taken, zoals tillen. In Oldenburg is men bijvoorbeeld een robotarm aan het ontwikkelen die naast bed gezet kan worden om de zorgbehoevende te ondersteunen als het bed verschoond dient te worden. Dan heb je dus nog maar een persoon nodig om het bed te verschonen.

Naast mechanische robots zien we de komst van robots met sociale taken. Een voorbeeld daarvan is zorgrobot Zora: zij kan op verzoek liedjes afspelen en helpen bij het voordoen van gymnastiekoefeningen in verzorgingstehuizen.

Verstaanbaarheid van zo’n robot is echter wel een punt van aandacht. Een robot die Vlaams spreekt in een Drents of Gronings verzorgingstehuis, dat gaat gewoon niet zo goed. Een robot die met een Gronings dialect spreekt, klinkt nu als een leuke gimmick, maar wat je natuurlijk ziet is dat er mensen in bejaardentehuizen of verpleegthuizen zitten die niet Nederlandstalig zijn. Dan is zo’n robot die je in veel talen kunt programmeren een ideale uitweg.

Robotisering zal verpleegkundigen of ander zorgpersoneel niet gaan vervangen, maar het kan er wel voor zorgen dat zorgpersoneel zich meer kan focussen op de persoonlijke interactie.”



**Jenny van Doorn**

*Hoogleraar  
 Marketing  
 Rijksuniversiteit  
 Groningen*

## Ketenzorg

De centrale rol van de chronisch zieke, oudere patiënt versterkt het belang van goede samenwerking en kennisoverdracht in de zorgketen. Ook hier speelt de huisarts een centrale rol, omdat hij of zij het overzicht houdt over de gezondheid van de burgers in het gebied van het desbetreffende gezondheidscentrum. Het kan nodig zijn dat een burger voor nader onderzoek naar een specialist in het regioziekenhuis wordt doorverwezen. Wellicht wordt van daaruit doorverwezen naar een topklinisch centrum of naar het UMCG. Na diagnose of tijdens behandeling zal de burger in veel gevallen weer uitkomen bij de huisarts, die alle opgedane kennis, informatie, behandelingsinstructies en medicatievoorschriften gemakkelijk moeten kunnen inzien. Samen met de burger kan de huisarts dan bekijken wat een geschikt vervolgtraject is. Omdat deze cyclus zich naar alle waarschijnlijk zal herhalen, is het van belang om eerder opgedane (medische) inzichten efficiënt te kunnen hergebruiken.

De stijging van het aantal burgers met meerdere chronische ziekten (die wellicht tegen 2030 allemaal in een eigen keten zijn georganiseerd) zal ervoor zorgen dat een groot aantal burgers met verschillende zorgketens te maken krijgt. Gecombineerde zorgketens kunnen dat niet zomaar ondervangen. Stel dat er vijf verschillende chronische aandoeningen zijn, dan zijn er tien verschillende combinaties van twee aandoeningen die iemand kan hebben en eveneens tien verschillende combinaties van drie aandoeningen. Om vervolgens twintig zorgketens in te richten lijkt niet efficiënt. De gedachte om uit te gaan van multimorbiditeit bij de inrichting van ketenzorg kan wellicht ook andere bestaande of in ontwikkeling zijnde initiatieven rondom ketenzorg duurzaam en toekomstbestendig maken.



**Janine  
Groeneveld**

Regioregisseur  
Menzis

“Traditioneel gezien zijn wij de uitvoerder van de zorgverzekeringswet. Binnen de zorgverzekeringswet proberen wij te innoveren en te substitueren met zorgpartijen, zodat dingen goedkoper en doelmatiger gedaan worden. We zijn met zorgaanbieders, waar we meerjarenafspraken mee maken, heel bewust de beweging naar preventie aan het maken. We richten ons hierbij vooral op de zorg gerelateerde preventie. Een voorbeeld hiervan zijn de afspraken die we met zorgaanbieders maken. We kijken momenteel samen met grote GGZ-instellingen hoe leefstijl, voeding en beweging bijdragen aan de behandeling van psychische problemen. Ik ben er enorm trots op dat we op die manier leefstijl binnen de curatieve zorg omarmen.

We hebben bijvoorbeeld ook de gecombineerde leefstijlinterventie in de basisverzekering heel proactief ingekocht. Terwijl dit nu nog voornamelijk aanbodgericht is, zou je eigenlijk nog veel meer vraaggericht kunnen reageren op preventie: hoe zorg je ervoor dat mensen ook daadwerkelijk gebruik gaan maken van die leefstijlinterventies?

De uitdaging is om de mensen die je wilt bereiken ook daadwerkelijk te bereiken. We zijn nu met vier gemeenten in Groningen – Stadskanaal, Oldambt, Pekela en Veendam – bezig. Daar gaan wij een groep van honderd mensen uit de gemeentepolis voor die gecombineerde leefstijlinterventies proberen te werven. De gemeenten dragen dan bij aan het sportabonnement en wij vergoeden de leefstijlinterventies. We gaan dan ook onderzoeken hoe we die doelgroep die dat het best kan gebruiken actief kunnen informeren over het bestaan van de leefstijlinterventies om ze zo te activeren.”

## De verschuiving naar preventie

Voor een groot deel van de ziektelast van 2030 geldt dat het voorkomen had kunnen worden door preventieve maatregelen gericht op het stimuleren van een gezonde omgeving en gezond gedrag. Het kan voor de hand liggen om preventie met name te richten op hoogrisicogroepen. Dit gaat echter voorbij aan de zogenaamde preventieparadox.<sup>21</sup> Deze paradox stelt dat de impact van preventie vooral voortkomt uit de invloed op laagrisicogroepen. De reden hierachter is dat individuen in de laagrisicogroep weliswaar een kleine kans hebben op een bepaalde aandoening, maar vanwege haar omvang brengt de laagrisicogroep in absolute aantallen meer problematische gevallen voort dan de hoogrisicogroep (die een kleinere omvang heeft). Om de grote groepen te bereiken moeten we er daarom vanuit gaan dat preventie een breedtesport is waarbij maatschappelijke en commerciële partijen moeten samenwerken. Een goed voorbeeld hiervan is het recent afgesloten Nationaal Preventieakkoord. In de komende jaren zal moeten blijken hoe de regionale (door)ontwikkeling van het akkoord vorm krijgt. In Drenthe is men reeds bezig om naar een regionaal preventieakkoord toe te werken.<sup>22</sup>

Een uitdaging voor preventie, en met name grootschalige preventie, is dat de effectiviteit van interventies doorgaans niet door middel van experimenten vastgesteld kan worden, zoals bij medicijnen gebruikelijk is. Dit betekent dat de interventies, haar mechanismen, en de effecten moeten leunen op een stevige wetenschappelijke onderbouwing. Zodra interventies ontworpen zijn, moeten ze vervolgens zo worden geïmplementeerd dat hun effectiviteit geëvalueerd kan worden door middel van geschikte wetenschappelijke methoden. Dit brengt een cyclus van onderbouwing en evaluatie op gang, waardoor interventies in de loop der tijd steeds beter worden. Op die manier wordt het ook duidelijk welke interventies werken en welke niet.

De gecombineerde noodzaak om enerzijds veel mensen te bereiken en anderzijds aan de hand van lopend beleid te bepalen wat werkt en wat niet werkt, vergt een investering in zowel infrastructuur als menskracht. Vanwege de decentralisaties is preventie grotendeels een gemeentelijke verantwoordelijkheid geworden. Het kan echter (te) kostbaar zijn om voor elke gemeente apart te investeren in mensen en infrastructuur, beide noodzakelijk om preventie goed te monitoren en evalueren. Ook kunnen gemeenten in grote mate van elkaar leren en kunnen verschillen in gemeentelijk beleid ten aanzien van preventie gebruikt worden om beter te begrijpen welke interventies werken en welke niet. Dit nodigt uit om op regionale schaal aan kennis- en beleidsontwikkeling te doen over preventie, binnen een zogenaamd *translationeel* raamwerk voor volksgezondheid en preventie.<sup>23</sup> In een translationeel raamwerk wordt wetenschappelijke kennis vertaald (translatie) naar de praktijk, en omgekeerd. Door het nauwe verband tussen leefbaarheid en gezondheid ligt het voor de hand dat de provincie hierin een faciliterende rol speelt en zo de verschuiving naar preventie bespoedigt



**Michiel  
Rienstra**

*Hoogleraar &  
Chef de Clinique  
Cardiologie UMCG*

“Bovengemiddeld veel mensen in Noord-Nederland overlijden aan hart- en vaatziekten. De oorzaken hiervan zijn niet eenduidig. Verder zien zorgverleners een toenemende vraag naar hartzorg, er komen steeds meer mensen met hartproblemen bij zorgverleners. Dit komt deels door vergrijzing, maar ook door bewustwording door gebruik van gezondheidsapps en meer publiciteit. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren en toegankelijkheid van zorg te garanderen is HartNet Noord-Nederland geïnitieerd.

HartNet Noord-Nederland is een netwerkorganisatie voor mensen met cardiovasculaire ziekten in de provincies Groningen en Drenthe. Door regionale zorgpaden te ontwikkelen, werken cardiologen uit alle ziekenhuizen en huisartsen intensiever samen. Patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars ondersteunen dit initiatief.

Regionale zorgpaden rondom cardiovasculaire ziektebeelden zijn inmiddels in werking en een deel in laatste fase van ontwikkeling. In dit regionale zorgpad is concreet vastgelegd welke zorg waar plaatsvindt en door wie en wanneer een patiënt verwezen kan worden naar andere zorgverleners in de keten. Dit alles in lijn met bestaande richtlijnen van de verschillende beroepsverenigingen. In de praktijk werkt het als volgt: als een patiënt bij de huisarts komt, dan is vastgelegd wat de huisarts doet, wanneer deze doorverwijst naar een regioziekenhuis, welke onderzoeken en behandelingen daar gedaan worden, wanneer een patiënt bij het UMCG terechtkomt en wanneer de patiënt weer verwezen wordt naar regionale ziekenhuis en weer naar de huisarts. Uitgangspunt is uniforme en beste kwaliteit van zorg zo dicht mogelijk bij huis als dat kan, verder weg als dat nodig is.

Een niet onbelangrijke bijkomstigheid is dat de zorg betaalbaar blijft door het in de regio afte stemmen – zodat in 2030 ook nog goede hartzorg aangeboden kan worden.”



# Inwonersperspectief

## Introductie

Eigen regie voeren gebeurt lang niet voor iedereen op dezelfde manier en ook lang niet altijd op de manier waarop de overheid het voor ogen had. Bij sommigen wordt eigen regie niet genomen waardoor men verstoken blijft van zorg, bij anderen wordt regie genomen door hulp buiten het zorgsysteem te regelen. Weer anderen willen niet alleen hun eigen zorg, maar ook het systeem regisseren. De verwachting is dat dat sommige mensen 'kwetsbaarder' zijn dan anderen en dat dit hen kan belemmeren om eigen regie te voeren. De vraag is of 'eigen regie in de zorg' daarmee door iedereen genomen kan worden. Is 'eigen regie' een sprookje? Een verhaal waar men niet meer in gelooft, maar dat men wel blijft vertellen?

CAB Groningen sprak 14 'kwetsbare' Groningers naar hun perspectief op eigen regie in de zorg. Deze gesprekken zijn

op basis van gelijkwaardigheid gevoerd bij de mensen thuis, om ervoor te zorgen dat mensen mensen blijven. CAB sprak veertien mensen met vermeende kwetsbaarheid of mensen die zich in een complexe situatie bevinden waarin eigen regie voeren moeilijk is. Mensen met een laag inkomen, een klein of complex netwerk, die chronisch ziek zijn of die moeite hebben met taal. Via verschillende organisaties en kennissen uit hun netwerk kwamen ze met mensen in gesprek over wie ze zijn, welke zorg ze hebben gehad en of het lukt om de zorg te regelen die nodig is. Door goed te luisteren kwamen zij meer te weten over wat 'regie' inhoudt in de levens van mensen. Wanneer het gaat over regie, gaat het tegelijkertijd over grote thema's in het leven: familie, vriendschap, levensvisie, werk, zorgen, ziekte en gezondheid.

## Inwonersperspectief – het eigen regie-continuüm

Mensen hebben zelden helemaal geen, of volledige regie. De meeste mensen regisseren tegelijkertijd wel en niet, of hebben in een bepaald deel van hun leven wel regie en op een ander punt niet. Zo regisseert Gezina alles binnen haar eigen huis tot in de puntjes, maar ontstaan er spanningen wanneer zij wil regisseren in de bureaucratische wereld van de gemeente. Of weet Salma in Iran alles zelf te regelen, maar is ze hier in Nederland afhankelijk van haar kinderen die beter Nederlands spreken. Enerzijds is er sprake van weinig eigen regie en anderzijds weet zij haar netwerk in te zetten zodat ze de hulp krijgt die ze nodig heeft.

Aangezien veel mensen zich niet in de uitersten (geen of

volledige regie) bevinden, geeft een continuüm een meer genuanceerd beeld van de complexe werkelijkheid.

**weinig regie**  **veel regie**

De gesprekken met mensen werden als geheel bekeken en in samenhang met de verschillende onderwerpen, die elkaar soms overlappen of uitsluiten. Men spreekt over economische aspecten (bijvoorbeeld wel of geen werk hebben), persoonlijke kenmerken (bijvoorbeeld optimistisch of pessimistisch), sociale aspecten (bijvoorbeeld m.b.t. familiebanden) en culturele aspecten (bijvoorbeeld wat normaal is om van iemand te mogen vragen). Deze kernthema's zijn de basis van het verslag van de gesprekken die zijn gevoerd.

## Persoonlijke factoren

Verschillende persoonskenmerken hebben directe invloed op de mate waarin men in staat is het leven in het algemeen en de zorg in het specifiek te regisseren.

*Gezondheidsvaardigheden* spelen een rol, maar uit de gesprekken blijkt dat er bij het voeren van regie veel meer meespeelt dan alleen kennis en kunde. Zo kan iemand precies weten welke zorg nodig is, maar geen geld hebben voor het 'eigen risico'. Of wel zorg kunnen regelen, maar mantelzorgers overvragen waardoor spanningen ontstaan in de afstemming tussen formele en informele hulpverleners.

Het *type ziekte* dat iemand heeft bepaalt ook of iemand regie kan nemen of niet. Sommige ziektes worden juist gekenmerkt door verlies aan regie (alzheimer, verslaving). Wat bij ouderen vaak voorkomt is dat dementie het lastig maakt om zorg te regisseren. Ook voor hulpverleners: hoe doe je recht aan iemands zorgvraag als deze persoon het vergeten is of verschillende wensen uit?

*Leeftijd* heeft invloed op de mogelijkheden tot het nemen van

eigen regie. Een groep met weinig regie zijn jongeren tot 18 jaar, de ouders hebben de 'eindregie'. Bij ouderen speelt het proces zich precies andersom af. Zij waren gewend aan een bepaald systeem en wisten zich te redden, maar met het ouder worden is men soms niet met alle veranderingen meegegroeid. Vanwege de leeftijd is er zowel bij jongeren als bij ouderen sprake van een spanning op de regie die zij mogen en kunnen voeren. Tegelijkertijd vertrouwen sommige oudere mensen heel erg op (mede)regie door hun omgeving, bijvoorbeeld de familie of de verpleging.

Ook *karakter* bepaalt de mogelijkheden voor eigen regie. Waar voor de een het glas altijd halfvol is en er altijd reden is om te blijven vechten, is het voor de ander moeilijk om hoop te houden voor de toekomst.

Sommige mensen ervaren *onmacht* in de zorg. De omstandigheden waar men zich in begeeft, vormen hen en hun zelf- en wereldbeeld. Sommige mensen ervaren dat het leven op bepaalde aspecten wordt bepaald door hun omgeving, waardoor eigen regie voeren zinloos lijkt.

## Economische factoren

Het wel of niet hebben van voldoende geld heeft invloed op het gehele leven van mensen en stuurt ook keuzes rondom de zorg.

Zelf zorgen en zorg ontvangen staan op gespannen voet met de flexibele contracten waarop veel mensen werken. Soms is werken op een flexibel contract niet mogelijk als

je zorgverplichtingen hebt. Andersom heeft 'ziek zijn' en zorg regelen ook invloed op werk. Wanneer een ziekte het onmogelijk maakt om te gaan werken komen mensen soms ongewenst aan de kant te staan. Aan de andere kant kan werk ook voor een netwerk zorgen waarin zorg gevraagd kan worden en waarin eigen regie dus juist wel mogelijk is.

## Sociale factoren

Het netwerk waarin een persoon zich bevindt bepaalt vaak voor een deel de mogelijkheden die er zijn om eigen regie te voeren. Over het algemeen bevonden de geïnterviewde personen zich in een netwerk van mensen die op hen lijken. De mensen die de meeste problemen hebben, hebben ook de grootste kans dat mensen uit hun netwerk veel problemen hebben. Die mensen zijn dus zelf ook 'belast' met zorgen, waardoor er mogelijk minder tijd en energie over is voor het helpen van anderen. Ook familiebanden verschillen erg tussen individuen. De complexe familiesituaties die in meerdere gesprekken terugkwamen kunnen zowel een positief als een negatief effect hebben op het

kunnen nemen van eigen regie.

Versillende voorbeelden uit de gesprekken laten zien hoe er binnen een netwerk zowel hulp wordt geboden, als dat er gezorgd kan worden voor nieuwe problemen. Deze problemen verminderen de relaties en de mogelijkheden om te regisseren. De uitgangspunten 'inschakelen van netwerk' en 'eigen regie nemen' komen daarmee op gespannen voet met elkaar te staan. De gesprekken lieten ook zien dat samengestelde gezinnen het netwerk vergroten. Dat geeft meer mogelijkheden, maar het netwerk is daarmee niet altijd versterkt.

## Culturele factoren

De gebeurtenissen in de levens van mensen spelen zich niet af in een vacuüm. Tussen de regels door hoor je normen en gedragsregels. De beslissingen die wij als mensen maken, lijken meestal niet gestuurd te worden door rationele overwegingen, maar eerder door een cultureel kompas wat vertelt 'wat wel en niet hoort'.

Het *wederkerigheidsprincipe* kan mensen ervan weerhouden om hulp te vragen. Hulp krijgen is ook je afhankelijk opstellen en vaak niet kunnen teruggeven wat een ander voor jou doet. Regie op de zorg kan dus ook betekenen dat iemand kiest om geen zorg te willen ontvangen.

Culturele factoren bepalen wat *normaal* is. Aanwezigheid van hulp uit het netwerk betekent niet per definitie dat de zorgvrager hierop kan regisseren. Eigen regie bestaat binnen

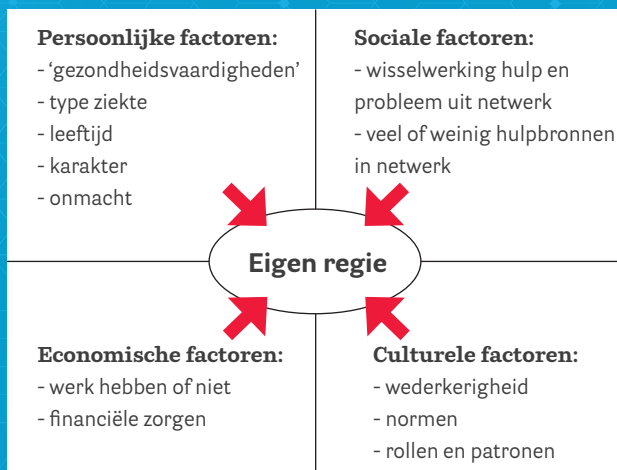
de grenzen van 'wat hoort' en wat je 'van iemand mag vragen'. Buiten de norm of 'het normale' vallen heeft consequenties voor hoe instanties je benaderen.

Ook 'eigen regie nemen' is een *norm*, over hoe mensen hun eigen zorg moeten regelen: actief in plaats van accepterend. Dat dit 'eigenlijk hoort' bleek tijdens het gesprek met vier vrouwen met een migratieachtergrond. De vrouwen vertelden dat ze veel gebruik maakten van hulp van de familie of van vrienden. Daarna volgt direct: 'maar ja dat is niet de bedoeling, je moet het zelf doen'. De norm volgt meteen nadat ze hun eigen situatie hebben beschreven, het lijkt een directe echo van de mensen die hen begeleiden in hun integratie: 'ja ze zeggen: dan moet je het zelf doen'. Eigen regie nemen in de vorm van 'zelf doen' lijkt niet te passen op de levens van deze vrouwen.

## Inwonersperspectief – conclusies

### Eigen regie is product van een persoon in een omgeving die de regie mede bepaalt

Onderstaand figuur vat de meest pregnante thema's uit de gesprekken samen. Eigen regie is daarmee een product van een persoon in een specifieke culturele, sociale en economische omgeving.



Dit betekent ten eerste dat 'eigen regie' nooit op zichzelf staat, maar sterk verweven is met anderen. Zo kunnen ouders of partners mede bepalen welke zorg nodig is. Het overnemen van andermans regie heeft echter ook een prijs, er is weinig tijd en aandacht over om je eigen zorg te regelen.

Ten tweede kan het zijn dat binnen de verschillende factoren kwetsbaarheden kunnen ontstaan, bijvoorbeeld geldzorgen, familieconflicten of dat iemand geen mensen kent die kunnen helpen. Deze kwetsbaarheden maken het moeilijker om eigen regie te voeren op zorg. Dit betekent zeker niet dat al deze mensen 'kwetsbare mensen' zijn die geen regie kunnen voeren. Veel mensen behielden in ieder geval een deel van de regie, ondanks dat ze 'kwetsbaar' waren.

### Er is zelden sprake van complete of volledig ontbrekende regie

Het samenspel van factoren bepaalt waar men zich bevindt op het eerder gepresenteerde continuüm van de eigen regie.

**weinig regie** ←————→ **veel regie**

Bij de meeste mensen die werden geïnterviewd was het niet vast te stellen of ze wel of niet hun eigen zorg konden regisseren. Meestal was het tegelijkertijd op bepaalde momenten in het leven wel en andere niet, of op sommige vlakken wel (meestal relationele sfeer) en binnen de bureaucratische sfeer van instanties niet. Maar nog veel vaker komt voor dat alleen 'eigen regie' niet bestaat. Er is altijd ook sprake van andere mensen die mede regie voeren of de regie bepalen; familie, vrienden,

professionals. Sterker nog, bijna iedereen voert zelf ook regie over anderen, zijn of haar kinderen, ouders, etc. Dit leidt tot een belangrijke vraag:

### Wat is goede regie?

Is regie alleen goed als alle officiële wegen in het zorglandschap zichtbaar zijn en de juiste weg gekozen wordt? Sommige mensen die werden geïnterviewd kenden 'de wegen' niet. Een klein aantal verdwaalde in het zorglandschap totdat 'de weg terug' werd gevonden. Bijvoorbeeld Cynthia die uiteindelijk door hulpverlening van haar ex-ertoe kwam om hem te verlaten vanwege mishandeling. Anderen begrepen weliswaar het zorgsysteem niet, maar schakelden mensen uit hun netwerk in die dat wel wisten. Zo weten ze de zorg te krijgen die nodig is. Dit kan ook een bekende hulpverlener zijn die een soort 'poort' vormt tot overige zorg, bijvoorbeeld een thuiszorgmedewerker die vertelt hoe een WMO-vergoeding wordt aangevraagd. Een klein aantal mensen kende de paden, maar lopen er bewust naast om te krijgen wat ze willen. Wanneer het over eigen regie gaat is het dus belangrijk om je af te vragen wanneer eigen regie 'goed genoeg' is. Is dit wanneer iemand krijgt wat hij wil of wanneer iemand de zorg krijgt die nodig is om gezond te blijven?

### Conclusie

We begonnen met de vraag of 'eigen regie' niet een sprookje is. Onze conclusie is dat 'eigen regie' een sprookje is. En wel op twee manieren. Het is een sprookje om te veronderstellen dat iedereen de officiële wegen in de zorg kent of zou moeten kennen. En dat iedereen zo de best mogelijk zorg voor zichzelf kan organiseren. Uit de gesprekken blijkt dat niemand dat helemaal kan. Er zijn wel verschillen tussen mensen in de mate waarin zij een deel van de zorg kennen en dat zo kunnen regelen dat ze de zorg krijgen die ze willen of nodig hebben. Het is dus een sprookje om te denken dat iemand alles optimaal kan regelen.

Ook op een andere manier is het een sprookje. Namelijk dat er sprake is van 'eigen' regie. Dat komt niet voor. Er is ook altijd tegelijkertijd sprake van regie door en voor iemand anders. Dat kunnen familie of vrienden zijn (mantelzorgers) of professionals die meedenken en meebeslissen. Omgekeerd had iedereen die wij spraken ook op de één of andere manier regie over iemand anders. Het is dus een sprookje om te veronderstellen dat iemand helemaal alleen over zichzelf regie kan voeren of wil voeren.

'Kwetsbaarheid' en 'eigen regie' zijn daarmee geen ondubbelzinnige begrippen. Kwetsbaar zijn betekent niet per definitie dat er geen regie is. En regie betekent in veel gevallen ook dat men anders regisseert dan het zorglandschap aanbiedt.

# Kwetsbaarheid en gezondheid

## *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: achtergrond*

Gezondheid en welvaart hangen substantieel met elkaar samen. Groepen met een lage sociaaleconomische status zijn gemiddeld minder gezond dan groepen met een hoge sociaaleconomische status. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen geven het verschil in de gemiddelde gezondheidstoestand weer tussen sociaaleconomische groepen. Deze worden vaak samengevat in de sociaaleconomische gradiënt, die de positieve relatie tussen welvaart en gezondheid weergeeft. De gradiënt is een alomtegenwoordig fenomeen dat we op alle mogelijke niveaus (van individu tot provincie) waarnemen en waar in wetenschap en beleid sinds jaar en dag veel aandacht aan besteed wordt.

Hoewel ze simpel ogen zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de gradiënt complexe concepten. Het feit dat er een samenhang valt te observeren tussen gezondheid en welvaart betekent niet dat er een oorzakelijk verband tussen de twee bestaat. Het kan zijn dat een zwakke gezondheid leidt tot een lagere verdien capaciteit en andersom; dat met een lager inkomen te weinig overblijft voor uitgaven aan gezondheid. Het kan echter ook zo zijn dat zowel gezondheid als welvaart bepaald worden door een gemeenschappelijke oorzaak en dat er dus helemaal geen oorzakelijk verband bestaat tussen welvaart en gezondheid.

Om beleid te ontwerpen is het echter wel van belang om een goed beeld te hebben van de manier waarop gezondheid en welvaart samenhangen. Als gezondheid met name bepaald wordt door welvaart, kan beleid dat voorziet in hogere inkomens (economisch stimuleringsbeleid) een mogelijke bijdrage leveren aan gezondheid. Als welvaart met name bepaald wordt door gezondheid, kan gezondheidsbevordering juist leiden tot betere economische prestaties. Als welvaart en gezondheid allebei voortkomen uit (bijvoorbeeld) opleidingsniveau, zou goed scholingsbeleid kunnen bijdragen aan zowel gezondheid als welvaart.

Het nauwkeurig bepalen van het verband tussen welvaart en gezondheid is uitdagend, omdat (zoals eerder aangegeven) volksgezondheidsonderzoek gekenmerkt wordt door de afwezigheid van experimenten die ons kunnen leren hoe twee factoren samenhangen. Elke beleidsmaatregel die betrekking heeft op gezondheid, welzijn of leefbaarheid kan echter beschouwd worden als een natuurlijk experiment. De mogelijkheden die big data ons biedt, kunnen vervolgens gebruikt worden om dergelijk beleid te evalueren. Door dit op continue basis te doen wordt het beleid elk jaar beter en komen we gaandeweg steeds meer te weten over de samenhang tussen welvaart en gezondheid. Hiermee worden wetenschap en beleid twee kanten van dezelfde medaille. In Groningen hebben we bovendien het voordeel dat we met Lifelines (zie kader beneden) een unieke steekproef in handen hebben waarmee we bij 10% van de bevolking heel nauwkeurig kunnen kijken naar de invloed die preventief gezondheidsbeleid heeft (gehad) op gezondheidsuitkomsten.

## *Welvaart in Groningen<sup>24</sup>*

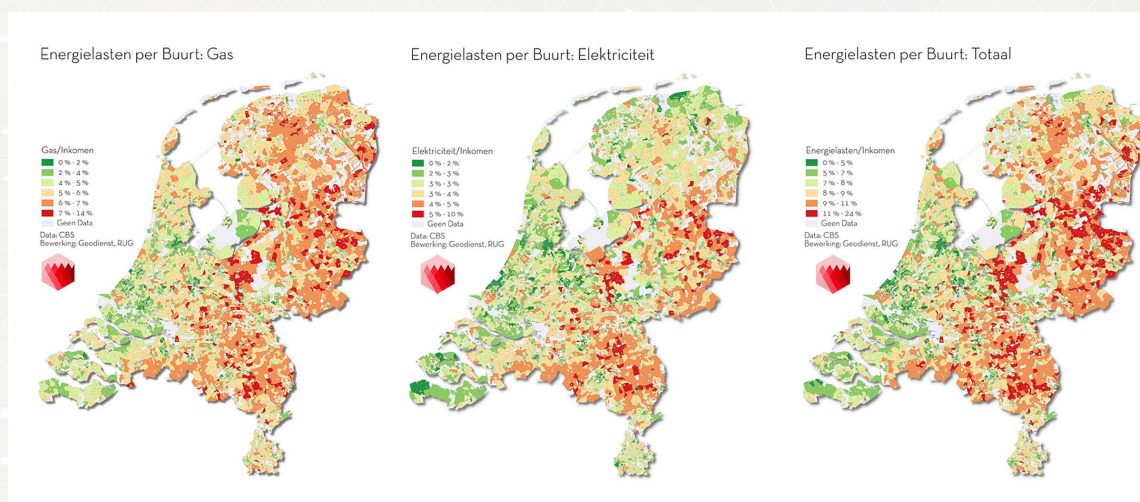
De provincie Groningen is een regio met een relatief lager welvaartsniveau dan de rest van de Nederland. Dit uit zich in tal van uitkomsten, zoals het inkomens- en vermogensniveau en het werkloosheidspercentage. Binnen de provincie en haar gemeenten loopt het welvaartsniveau sterk uiteen. Zo zijn er delen van Groningen – zoals

de voormalige gemeente Haren – die ook in de nationale context als welvarend beschouwd kunnen worden. Tegelijkertijd kent de provincie ook een aantal van de armste gebieden van Nederland.

Kenmerkend aan een deel van de armoede in de provincie is dat deze over lijkt te gaan van generatie op generatie.<sup>25</sup> Er lijken voornamelijk onvoldoende aanknopingspunten om dit intergenerationele aspect van armoede te doorbreken. Eén van de uitdagingen is het voorkomen van de armoedeval. Vanuit een uitkering naar betaald werk gaan lijkt ogenschijnlijk niet te lonen, omdat iemand daardoor allerlei regelingen misloopt die gekoppeld zijn aan de uitkering. Hierdoor is het soms gunstiger om een uitkering te genieten dan een lage beloning voor werk te ontvangen. Op de langere termijn geeft werk echter uitzicht op tal van (door)groeimogelijkheden die de armoedeval kunnen verminderen of tenietdoen. Hiervoor moet de eerste stap naar werk wel een gunstiger financiële positie opleveren.

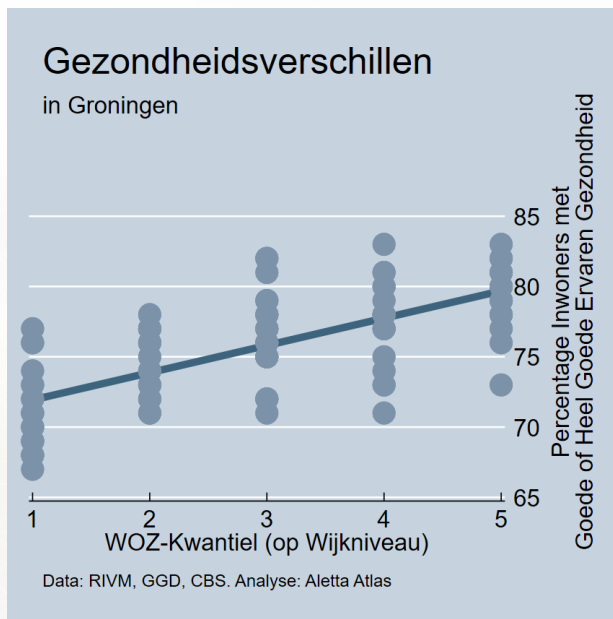
Armoede is vaak een stapelingsprobleem, waarbij een laag inkomen samenhangt met tal van andere factoren, die op zichzelf weer risicofactoren vormen voor gezondheid. Zo kan het zijn dat armoede en gezondheid geen directe samenhang vertonen, maar dat armoede leidt tot een hogere blootstelling aan omgevingsfactoren die een slechte gezondheid teweeg kunnen brengen.<sup>26</sup> Te denken valt aan de luchtkwaliteit en ruimtelijke ordening in achterstandswijken, maar ook aan een gebrek aan (zorg)voorzieningen in relatief arme gebieden. Dit houdt in dat de bestrijding van armoede en, in dit geval, de gezondheidsgevolgen van armoede, een integrale aanpak vereisen waarin vanuit verschillende beleidsdomeinen wordt samengewerkt.

Een voorbeeld van een stapelingsprobleem dat meerdere sectoren raakt is de energie-armoede in Oost-Groningen (zie Afbeelding 7). In dit relatief arme gebied gaat een groot deel van het inkomen naar kosten voor gas en licht. Dit betekent dat er relatief minder middelen overblijven voor uitgaven die een gezonde leefstijl ten goede komen. In dit geval zouden subsidies en andere programma's, gericht op het energiezuinig maken van woningen, de druk van armoede kunnen verlichten.



Afbeelding 7: Energielasten per buurt

Om een nader beeld te schetsen van de gezondheidsverschillen in Groningen, kijken we naar de verdeling van ervaren gezondheid in de provincie. Hier kunnen we de verdeling van de sociaaleconomische status van de verschillende buurten tegenover zetten en vervolgens kijken naar de samenhang tussen de twee. Dit zien we bijvoorbeeld in Afbeelding 8, waar de sociaaleconomische status van een wijk (uitgedrukt als het kwantiel van de WOZ-waarde) wordt afgezet tegen het percentage mensen in de wijk die aangeven in goede of zeer goede gezondheid te zijn.



Afbeelding 8: Gezondheidsverschillen in Groningen

In deze afbeelding vallen een aantal zaken op. Ten eerste geven inwoners van wijken met een relatief hoge WOZ-waarde vaker aan in goede of zeer goede gezondheid te zijn dan inwoners van wijken met een relatief lage WOZ-waarde. In wijken met de laagste WOZ-waarde zegt 71% van de inwoners in goede of zeer goede gezondheid te verkeren, terwijl dat voor wijken met de hoogste WOZ-waarde 79% is. Hoewel de getallen erg verschillen, dient benadrukt te worden dat ook in de wijken met de laagste WOZ-waarde een grote meerderheid van de inwoners aangeeft in goede gezondheid te verkeren.

Het tweede belangrijke inzicht is de grote spreiding in ervaren gezondheid binnen de WOZ-kwantielen. In een aantal wijken met een lage sociaaleconomische status geven evenveel inwoners aan in goede gezondheid te verkeren als in rijkere wijken. Dit betekent dat er potentie is om een gezondere wijk te realiseren zonder dat er per se een verandering in de sociaaleconomische status van de wijk hoeft op te treden. Nu ligt de beleidsmatige aandacht nog vaak op de vergelijking tussen arme en rijke wijken. De sleutel tot het duurzaam doorbreken van de samenhang tussen armoede en gezondheid kan echter juist liggen in een vergelijking binnen groepen met een soortgelijke sociaaleconomische status. Wat zorgt ervoor dat sommige mensen binnen deze groep wel gezond zijn, en anderen niet?

In Groningen kunnen we op unieke wijze terugvallen op Lifelines bij de beantwoording van de vraag waarom er binnen groepen met een soortgelijke sociaaleconomische positie een groot verschil in gezondheidsuitkomsten bestaat. Door de diepte van de gegevens die in het kader van Lifelines worden verzameld, kunnen fysieke, sociale en omgevingsgerelateerde determinanten worden bepaald. Op basis van deze uitkomsten kunnen vervolgens interventies ontworpen worden. Doordat Lifelines een doorlopende studie is met herhaalde metingen, kan vervolgens aan de hand van de gegevens in Lifelines worden bekeken welke interventies effectief waren en wat de mechanismen waren die ten grondslag liggen aan de geobserveerde effecten.

#### Lifelines

Sinds 2006 verzamelt Lifelines gezondheidsdata van van drie generaties inwoners uit de noordelijke provincies. Wat Lifelines zo uniek maakt is de omvang van het aantal deelnemers (167.000), flexibele dataverzameling, lange volgtijd en de diversiteit aan data die verzameld wordt. Zo maakt Lifelines inzichtelijk hoe ziektes ontstaan, hoe ze zich ontwikkelen en welke risicofactoren een rol spelen.



**Arie  
Dijkstra**

*Hoogleraar Sociale  
Psychologie van  
Gezondheid en Ziekte  
RUG*

“Gezondheid hangt samen met sociaal-economische status (SES). We weten deels hoe dat komt. Mensen met een lage SES gedragen zich ongezonder en leven in een ongezondere omgeving. De vraag is hoe dat kan. Waarschijnlijk heeft dat te maken met cultuur: een lage SES-cultuur. Op een of andere manier lijkt veel nieuwe kennis over gezond gedrag, zogenaamde gezondheidsinnovaties, niet tot deze lage SES door te dringen. Dat zit ongeveer zo. Mensen vergelijken zich graag en vaak met elkaar, dat gaat automatisch. Om bijvoorbeeld te bepalen hoe goed je het hebt kun je je vergelijken met anderen; dat is een essentiële bron van informatie. Dat doen mensen ook op het gebied van de twee gedeelde maatschappelijke waarden: geld en sociale status. Dat wil iedereen, iedereen wil comfortabel leven en gerespecteerd worden. Maar als mensen met een lage SES zich op die gebieden met anderen vergelijken dan komen ze er steeds slecht van af. Met bijvoorbeeld een lage opleiding hebben ze structureel een kleinere kans om aan die waarden te voldoen. Dat wekt negatieve emoties op zoals jaloezie, frustratie, boosheid of onzekerheid. Daar moet je mee omgaan. Dat kan bijvoorbeeld door zich niet meer ‘opwaarts’ te vergelijken. Dan wordt die pijn vermeden. De behoefte aan sociale vergelijking kan vervolgens wel ‘horizontaal’ worden bevredigd; sociale vergelijking binnen de eigen groep. Zo ontstaat er een set van gedeelde normen en waarden en is men minder geïnteresseerd in wat er elders in de maatschappij gebeurt. Dit terwijl gezondheidsinnovaties juist van boven, uit de hogere SES, afkomstig zijn. Zodoende wordt men minder blootgesteld aan gezondheidsinnovaties – kennis en ideeën over wat gezond is – wat vervolgens weer wordt doorgegeven aan de kinderen. Er ontstaat dus een cultuur met eigen waarden, die gevormd is om om te gaan met de maatschappelijke omgeving waarin ze verkeert. Zo houdt een ‘ongezonde’ cultuur zichzelf in stand. Ook draagt de maatschappij als geheel bij aan het in standhouden van die cultuur.

Om dit te patroon te doorbreken, moet je de structurele omgeving zo inrichten dat mensen de kans krijgen zich gezond te gedragen, terwijl ze wel hun keuzevrijheid behouden. Belangrijk daarbij is om mensen te vragen waar ze echt gelukkig van worden, zodat daar rekening mee gehouden kan worden in de inrichting van de structurele omgeving.”

### *Aardbevingen*

Naast grote verschillen in welvaart en armoede, zijn de door gaswinning veroorzaakte aardbevingen een belangrijke bron van kwetsbaarheid in de provincie. De aanhoudende onzekerheid over hoe omgegaan zal worden met de versterking van beschadigde woningen en andere gebouwen zorgt voor stress. Verschillende rapporten hebben aangetoond dat de aardbevingsstress zich uit in een verhoogde kans op gezondheidsproblemen. Zo laat de analyse van Postmes en collega’s zien dat er vanwege schade, en met name meervoudige schade, meer mensen zijn die een verhoogde kans hebben om niet in goede gezondheid te zijn, veel gezondheidsklachten te hebben en een verhoogd risico op psychische klachten te hebben. Het gaat hier om ongeveer 4.000 mensen die



niet langer in goede gezondheid zijn, 7.600 mensen die veel gezondheidsklachten hebben en 1.800 mensen met een verhoogd risico op psychische klachten.<sup>27</sup> Dit zijn enkel de mensen die zelf schade hebben ervaren. De onzekerheid beïnvloedt echter waarschijnlijk ook bewoners die niet direct schade hebben ondervonden.

Zowel beleidsmatig als geofysiek is er vooralsnog geen duidelijk zicht op een oplossing voor dit complexe dossier. De onzekerheid rond de aardbevingen en de afhandeling ervan zullen dus naar alle waarschijnlijkheid nog enige tijd voortduren. Daarmee zal het in de periode tot 2030 een belangrijk beleidsterrein blijven. Gezien de impact van de onzekerheid rond dit dossier op de gezondheid ligt het voor de hand om te werken aan de bekwaamheid van bewoners en beleidsmakers om ook in een onzekere omgeving van goede gezondheid te kunnen genieten.

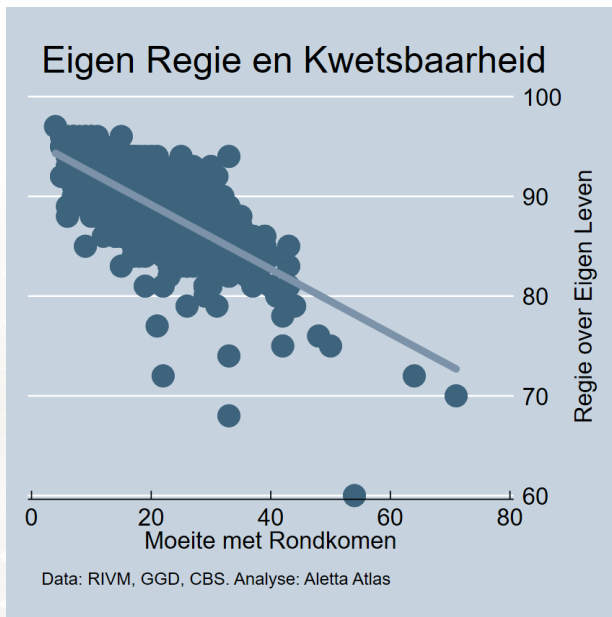
### *Eigen regie & mantelzorg*

In de overgang naar een samenleving waar eigen regie en zorg door naasten steeds meer benadrukt wordt, is het van belang om rekening te houden met twee dingen: niet iedereen kan zomaar mantelzorger worden en de mate van eigen regie is niet bij iedereen even groot.

We zagen eerder al dat de beschikbaarheid van mantelzorgers in de komende jaren eerder zal afnemen dan toenemen. Of iemand mantelzorger kan worden hangt onder meer af van de gezondheidssituatie van de mantelzorger zelf, het type mantelzorg dat verleend moet worden en andere werkzaamheden en activiteiten die de mantelzorger heeft. In hoeverre iemand mantelzorg kan genieten is dan ook erg afhankelijk van de samenstelling van de eigen sociale omgeving. Het zal voor sommige inwoners maar in heel beperkte mate mogelijk zijn om zorg te ontvangen van een naaste. Het ligt dan ook voor de hand om per casus te beschouwen in hoeverre mantelzorg een uitkomst kan bieden en hoe de mantelzorger ondersteund kan worden bij de uitvoering van zorgtaken. Hierbij kan het ook zijn dat de mantelzorger juist bij niet-zorggerelateerde zaken wordt ondersteund. Omwille van de belastbaarheid van de mantelzorger is het hierbij zaak om procedures rond mantelzorgondersteuning zo simpel en bureaucratie-arm mogelijk in te richten.

Voor eigen regie geldt eenzelfde dynamiek. Hoewel meer eigen regie een uitkomst kan bieden voor het realiseren van gepersonaliseerde zorg, verschilt de mate waarin individuen eigen regie ervaren per persoon. Tevens kan de mate van eigen regie contextafhankelijk zijn. Iemand die zich prima redt met allerlei financiële vraagstukken is niet meteen een deskundige in de organisatie van zorg voor zichzelf en naasten. Voor wat betreft eigen regie is er een duidelijke samenhang tussen de sociaaleconomische situatie van inwoners en de mate waarin zij eigen regie ervaren. In afbeelding 9 (volgende pagina) valt te zien dat in wijken waar (relatief) veel mensen aangeven moeite te hebben met rondkomen, er minder mensen zijn die aangeven eigen regie te ervaren. Een stevige nadruk op eigen regie zou daarom met name bij kwetsbare groepen kunnen leiden tot een stapeling van verantwoordelijkheden die als bezwarend ervaren worden. Wanneer die stapeling ertoe leidt dat de eigen regie niet genomen kan worden, zullen de bestaande gezondheidsverschillen waarschijnlijk nog groter worden.

Ook voor eigen regie is het dus van belang om gevallen individueel te beschouwen en in te schatten hoe iemand, samen met de sociale omgeving, ondersteund kan worden bij het realiseren van eigen regie. Gezien de grote 'informatielast' die gepaard gaat met behandeling van (chronische) aandoeningen of complexe problematiek is het hierbij ook zaak om informatiestromen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen. Zo wordt informatie op eenvoudige wijze inzichtelijk voor betrokkenen. Een persoonlijke gezondheidsomgeving kan hier uitkomst bieden. De mate waarin een persoonlijke gezondheidsomgeving slaagt in het ondersteunen van eigen regie is uiteraard in belangrijke mate afhankelijk van de gebruiksvriendelijkheid voor iedereen, en met name oudere burgers met chronische aandoeningen.



Afbeelding 9: Eigen regie en kwetsbaarheid

Voldoende eigen regie en beschikbare mantelzorg maken het in principe mogelijk om langer thuis te blijven wonen. In potentie verzacht dit de druk op de Groninger zorginfrastructuur, en dan met name de beschikbare ruimte in verzorgingshuizen. Naast de hierboven geschetste persoonlijke omstandigheden moet ook de leefomgeving *zelf* langer thuis blijven wonen wel mogelijk kunnen maken. Een manier om de geschiktheid van de leefomgeving in kaart te brengen is om te kijken naar het bouwjaar van woningen. In oudere woningen is het doorgaans lastiger om allerlei levensloopbestendige aanpassingen te doen dan in nieuwere woningen. In afbeelding 10 (volgende pagina) worden Winsum en Zuidhorn weergegeven. In beide gevallen blijkt dat grote delen van de dorpskern uit relatief oude woningen bestaan die niet zondermeer levensloopbestendig gemaakt kunnen worden. Als het vooruitzicht bestaat dat eigen regie en mantelzorg inderdaad de zorginfrastructuur gaan ontzien, dan kan een deel van de potentiële besparing beschikbaar gesteld worden om woningen aan te passen.

## Winsum

Bouwjaar  
■ < 1975  
■ 1975 - 1995  
■ 1995 >

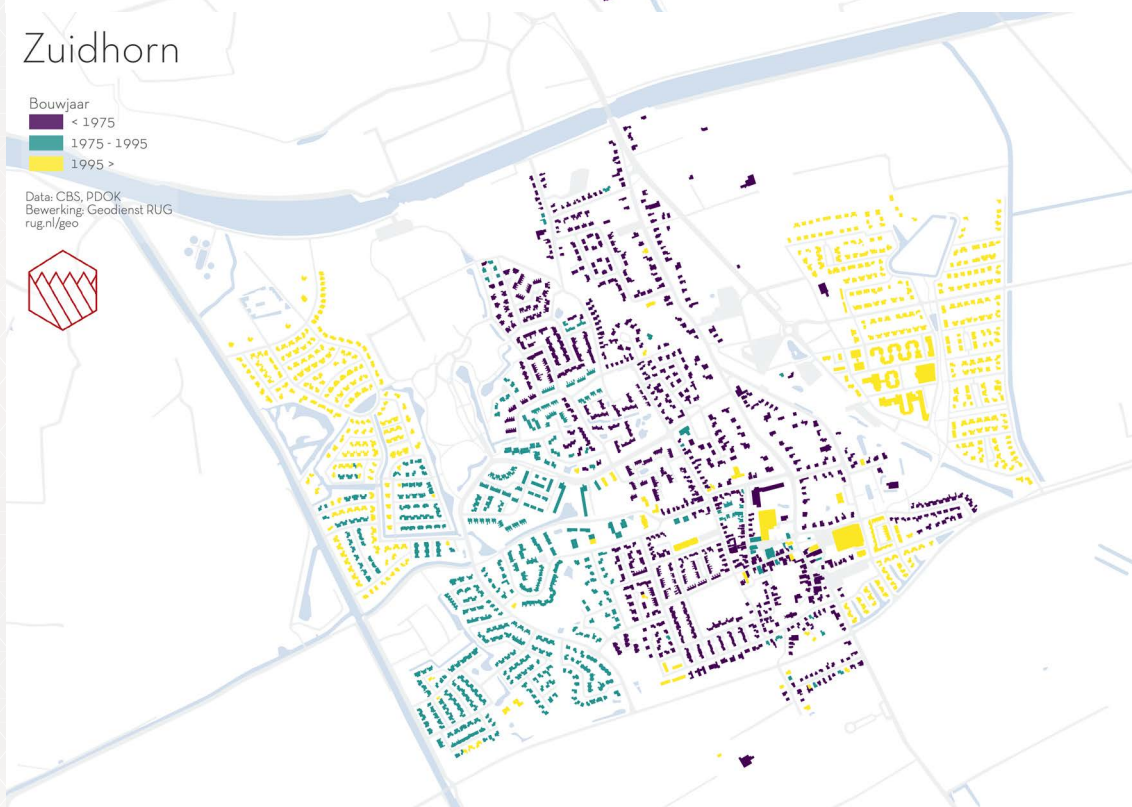
Data: CBS, PDOK  
Bewerking: Geodienst RUG  
rug.nl/geo



## Zuidhorn

Bouwjaar  
■ < 1975  
■ 1975 - 1995  
■ 1995 >

Data: CBS, PDOK  
Bewerking: Geodienst RUG  
rug.nl/geo



Afbeelding 10: Bouwjaar woningen Winsum en Zuidhorn

# Aanzet voor een maatschappelijke Agenda voor Meer Gezonde Jaren

De veranderingen in het Groninger gezondheidslandschap en de rol van kwetsbare groepen daarbinnen zoals beschreven in dit rapport geven aanleiding tot een aanzet voor een *Maatschappelijke Agenda voor Meer Gezonde Jaren*. De agenda maakt de inwoners van de provincie en haar beleidsmakers weerbaar voor de uitdagingen waar ze voor staan en beoogt om vanuit gezamenlijke kracht de toekomst tegemoet te treden. De agenda streeft naar een combinatie van acties in het hier en nu en langetermijnontwikkelingen die beogen de provincie te ondersteunen in het realiseren van een duurzaam gezondheidslandschap. De agenda speelt zich af tegen een achtergrond van vele lopende programma's (o.a. het Nationaal Programma Groningen), tal van bestuurlijke en burgerinitiatieven en op beleidsterreinen waarin de provincie niet per se hoofverantwoordelijke is.

Vanuit haar bovenlokale functie is de provincie goed in staat om als facilitator en versneller van allerlei processen op te treden waarbij het beleidseigenaarschap – in ieder geval aanvankelijk – enigszins diffuus is. Juist omdat de provincie in een groot deel van het gezondheidsdomein geen formele rol heeft kan zij een omgeving stimuleren waarin verschillende stakeholders buiten de hectiek van alle dag tot duurzame planvorming kunnen komen – zoals zij nu ook doet bij het programma Personalized and Customized Health. Kenmerkend aan dit soort processen is dat ze zich doorgaans niet afspelen binnen de invloedssfeer van een afdeling. Dit betekent dat zowel binnen als buiten de provincie beleidskokers doorbroken moeten worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan de interactie tussen economische structuurversterking en gezondheid, zoals aangestipt bij de eerdere beschouwing van sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de provincie.

*De Agenda voor Meer Gezonde Jaren zou in ieder geval moeten bestaan uit:*

## 1. Groninger Preventieakkoord:

- Het gezondheidsbeeld van de toekomst wordt geschetst door chronische aandoeningen die middels preventie voorkomen hadden kunnen worden. In navolging van het Nationale Preventieakkoord, initieert de Provincie een provinciebreed preventieakkoord met maatschappelijke, commerciële en kennispartners. In het Groninger Preventieakkoord komen in ieder geval de kernthema's van het Nationale Preventieakkoord – roken, overgewicht en alcohol – aan bod en worden deze aangevuld met maatschappelijke uitdagingen die in Groningen een belangrijke rol spelen zoals overerfbare armoede en de omgang met de gevolgen van de aardbevingen voor de fysieke en mentale gezondheid van de Groningers.

## 2. Lerend welzijns- en gezondheidsbeleid om kwetsbare groepen te ondersteunen:

- De provincie faciliteert en investeert in het ontwikkelen van een lerend raamwerk waarin kennis, beleid en praktijk rond welzijn en gezondheid samen komen en worden overgedragen.
- De eerste concrete casus is het kwalitatief en kwantitatief beschrijven van kwetsbare gebieden en groepen die het in welzijns- en gezondheidstermen bovengemiddeld goed doen, om lessen te trekken voor kwetsbare gebieden en groepen die het minder goed doen.

## 3. Faciliteren van eigen regie waar mogelijk en samen regisseren waar nodig:

- Niet iedere inwoner is in gelijke mate in staat om eigen regie te voeren op het gebied van zorg. Om inwoners

te faciliteren ondersteunt de provincie daar waar aanwezig (bewoners-)initiatieven die burgers bekwamen om hun eigen weg te vinden. Tegelijkertijd investeert de provincie in ondersteuners voor inwoners die gewoonweg niet in de mogelijkheid zijn om zelf regie te voeren.

#### 4. Anticiperen op maatschappelijke trends rond gezondheid:

- De vaccinatiegraad in grote delen van de provincie ligt onder de 95 procentnorm van de Wereldgezondheidsorganisatie. De provincie faciliteert samen met de GGD Groningen de totstandkoming van een actieplan om de vaccinatiegraad weer op peil te brengen.
- Er zijn inmiddels duidelijke signalen dat problematisch gebruik van pijnstillers ook in Nederland een ruime omvang aan het aannemen is. Om Amerikaanse toestanden te voorkomen neemt de provincie het initiatief voor een ronde tafel die het probleem breed agendeert en relevante partijen tot actie aanzet.

# Voetnoten

## 1. Aanbevelingen

<sup>1</sup> Rijksoverheid. Nationaal preventieakkoord [internet]. Rijksoverheid; 2018. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>

## 2. Bevolkingsontwikkeling

<sup>2</sup> Alle getallen ten aanzien van bevolkingsontwikkeling komen uit de bevolkingsprognose van het Planbureau voor de Leefomgeving in combinatie met eigen berekeningen.

Planbureau voor de Leefomgeving. Regionale bevolkingsprognose [internet]. Planbureau voor de Leefomgeving; 2016. Beschikbaar via: <https://www.pbl.nl/themasites/regionale-bevolkingsprognose>

<sup>3</sup> Zorgpleinnoord. Factsheet vacatureontwikkeling 2018 [internet]. Zorgpleinnoord; 2018. Beschikbaar via: <https://werkgevers.zorgpleinnoord.nl/kennisbank/factsheet-vacatureontwikkeling-2018>

## 3. Gezondheidsbeeld

<sup>4</sup> Ontwikkelingen van het ziektebeeld zijn ontleend aan de Volksgezondheid Toekomstverkenning.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018. [internet] Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018. Beschikbaar via: <https://www.vtv2018.nl/>

<sup>5</sup> Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* [internet]. Juli 2012;380(9836):37–43. Beschikbaar via: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612602402>

<sup>6</sup> Centrum Gezond Leven. Gecombineerde leefstijlinterventie [internet]. Centrum Gezond Leven; 2019. Beschikbaar via: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/gecombineerde-leefstijlinterventie>.

<sup>7</sup> Ormel J, Raven D, van Oort F, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychol Med* [internet]. 20 januari 2015;45(02):345–60. Beschikbaar via: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0033291714001469](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291714001469)

<sup>8</sup> Koenen KC, Rudenstine S, Susser E, Galea S, editors. *A Life Course Approach to Mental Disorders*. 1st ed. Oxford, NY: Oxford University Press; 2013.

<sup>9</sup> Getallen over gezondheid op gemeentelijk niveau komen uit de Gezondheidsmonitor van het CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheidsmonitor. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/gezondheidsmonitor>.

<sup>10</sup> Getallen op wijk- en buurniveau komen uit SMAP-data RIVM i.s.m. GGD'en; gebaseerd op de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 van GGD'en, CBS en RIVM.

GGD Nederland. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016, GGD'en, CBS en RIVM. GGD Nederland; 2016. Beschikbaar via: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>

<sup>11</sup> Gebaseerd op open data van Vektis.

Vektis. Open data over de zorg. Vektis; 2019. Beschikbaar via: <https://www.vektis.nl/intelligence/open-data>

<sup>12</sup> Getallen komen uit SMAP-data RIVM i.s.m. GGD'en; gebaseerd op de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 van GGD'en, CBS en RIVM.

GGD Nederland. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016, GGD'en, CBS en RIVM. GGD Nederland; 2016. Beschikbaar via: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>

<sup>13</sup> Woutersen E, Muntz T. 200 duizend Nederlands langdurig aan verslavende pijnstillers. Platform Investico [internet]. 3 april 2019. Beschikbaar via: <https://www.platform-investico.nl/artikel/200-duizend-nederlanders-langdurig-aan-verslavende-pijnstillers/>

<sup>14</sup> Shiels MS, Berrington de González A, Best AF, Chen Y, Chernyavskiy P, Hartge P, et al. Premature mortality from all causes and drug poisonings in the USA according to socioeconomic status and rurality: an analysis of death certificate data by county from 2000–15. *Lancet Public Heal* [internet]. Februari 2019;4(2):e97–106. Beschikbaar via: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266718302081>

<sup>15</sup> Van Lier EA, Geraedts JLE, Oomen PJ, Giesbers H, Van Vliet JA, Drijfhout IH, et al. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017. [internet] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/vaccinatiegraad-en-jaarverslag-rijksvaccinatieprogramma-nederland-2017>

<sup>16</sup> Wereldgezondheidsorganisatie. Global measles and rubella strategic plan: 2012-2020. Wereldgezondheidsorganisatie; 2012.

<sup>17</sup> Wereldgezondheidsorganisatie. Factsheet Antibiotic resistance. [internet] Wereldgezondheidsorganisatie; 5 februari 2018. Beschikbaar via: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

#### **4. Ontwikkeling zorgaanbod**

<sup>18</sup> *Beleidsregels WTZi 2017 s3.1*. Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0038613/2017-12-07>

<sup>19</sup> Gebaseerd op de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/documenten/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2018>

<sup>20</sup> Broersen S. Bruins houdt 45-minutennorm tegen het licht. Medisch Contact [internet]. 21 november 2018. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bruins-houdt-45-minuten-norm-tegen-het-licht.htm>

<sup>21</sup> Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. BMJ [internet]. 6 juni 1981;282(6279):1847–51. Beschikbaar via: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.282.6279.1847>

<sup>22</sup> Van Wijngaarden A. Minister Bruins wacht op plannen Drentse zorg, pas daarna volgt toestemming en (misschien) geld. Dagblad van het Noorden [internet]. 13 november 2018. Beschikbaar via: [https://www.dvhn.nl/drenthe/Minister-Bruins-wacht-op-plannen-Drentse-zorg-pas-daarna-volgt-toestemming-en-misschien-geld-23810197.html?harvest\\_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F](https://www.dvhn.nl/drenthe/Minister-Bruins-wacht-op-plannen-Drentse-zorg-pas-daarna-volgt-toestemming-en-misschien-geld-23810197.html?harvest_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F)

<sup>23</sup> Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham NJ. A translational framework for public health research. BMC Public Health [internet]. 28 december 2009;9(1):116. Beschikbaar via: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-116>

## 5. Kwetsbaarheid en gezondheid

<sup>24</sup> Economische kerncijfers zijn ontleend aan de regionale kerncijfers van het CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Regionale kerncijfers Nederland [internet]. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2019. Beschikbaar via: <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLN-L&PA=70072ned>

<sup>25</sup> Edzes A, Strijker D. Overerfbare armoede in de Veenkoloniën: Vijfjarig onderzoek. Soc Bestek [internet]. 8 december 2017;79(6):34–6. Beschikbaar via: <http://link.springer.com/10.1007/s41196-017-0550-9>

<sup>26</sup> Duncan DT, Kawachi I, editors. Neighborhoods and health. Oxford, NY: Oxford University Press; 2018.

<sup>27</sup> Postmes T, Lekander B, Stroebe KE, Greven F, Broer J. Aardbeving en Gezondheid 2016. Groningen: GGD Groningen; 2017.



# Bijlage CAB: ‘Het sprookje van de eigen regie’

# Het sprookje van de eigen regie

Aletta Jacobs School of Public Health

CAB 21 maart 2019



CAB fundeert beleid





## Het sprookje van de eigen regie

Onderzoek naar eigen regie in de zorg bij kwetsbare groepen

CAB Groningen

Naomi Hartkamp  
Jan Dirk Gardenier  
Janine Abee  
Annemarie Thuss

Maart 2019



## Inleiding

Zorgbeleid is afgelopen decennia verschoven van 'bepalen voor de zorgvrager' naar 'de zorgvrager bepaalt'. De wensen van de zorgvrager moeten daarbij leidend zijn. Deze vorm van organiseren zorgt ervoor dat de zorgvrager eigen regie moet voeren op de zorg die hij verlangt. Eigen regie voeren, gebeurt lang niet voor iedereen op dezelfde manier en ook lang niet altijd op de manier waarop de overheid het voor ogen had. Bij sommigen wordt eigen regie niet genomen waardoor men verstoken blijft van zorg, bij anderen wordt regie genomen door hulp buiten het zorgsysteem te regelen en weer anderen willen niet alleen hun eigen zorg maar ook het systeem regisseren. De verwachting is dat dat sommige mensen meer 'kwetsbaar' zijn dan anderen en dat dit hen kan belemmeren om eigen regie te voeren. De vraag is of 'eigen regie in de zorg' daarmee door iedereen genomen kan worden. Of is 'eigen regie' een sprookje? Een verhaal waar men niet meer in gelooft, maar wel blijft vertellen. De vraag van dit onderzoek is dan ook:

### **Hoe kijken 14 'kwetsbare' Groningers naar eigen regie op de zorg?**

Om inzicht te krijgen in de betekenis van zorg krijgen en zorg regelen van een persoon in zijn eigen context, hebben wij veertien mensen gesproken. Veertien mensen met vermeende kwetsbaarheid of mensen die zich in een complexe situatie bevinden waarin eigen regie voeren moeilijk is. Bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen, een klein of complex netwerk, die chronisch ziek zijn of die moeite hebben met taal. Via verschillende organisaties en kennissen uit ons netwerk kwamen we met mensen in gesprek over wie ze zijn, welke zorg ze hebben gehad en of het lukt om de zorg te regelen die nodig is. Door goed te luisteren kwamen wij meer te weten over wat 'regie' inhoudt in de levens van mensen. Wanneer het gaat over regie gaat het tegelijkertijd over grote thema's in het leven: familie, vriendschap, levensvisie, werk, zorgen, ziekte en gezondheid.

Door de gelijkwaardigheid in de gesprekken en het analyseren op basis van het hele verhaal willen we zorgen dat mensen mensen blijven. Hun hele verhaal is de basis waaruit wij willen begrijpen hoe eigen regie is verweven in de levens van mensen. Wij beginnen dan ook met twee uitgebreide verslagen van gesprekken die we hebben gevoerd. Vervolgens introduceren wij de andere deelnemers kort.



## Twee verhalen

### Het verhaal van Gezina

Gezina is 70 jaar en woont in een mooi wit huis in een stadje van bijna 12.000 inwoners. Ze leidde een klein hotel, waardoor ze een eigen inkomen had.

*Als ik aanbel hoor ik al snel door de intercom de stem van mevrouw en de instructies voor het naar binnengaan. Ik doe het blauwe plastic om mijn schoenen, doe wat alcohol op mijn handen en ga naar binnen. Daar ligt mevrouw in haar bed bij het raam met alle benodigdheden om haar heen: de telefoon, leesvoer, snoepjes, borstel, afstandsbediening, laptop, en de krant. Vanuit haar bed kan ze naar haar tulpen in de vaas kijken. Daar geniet ze van. Ze vertelt me waar ik kan gaan zitten en laat me zien waar ik mijn telefoon moet neerleggen voor de opname.*

Haar leven is bewogen en gekleurd door ziekte. In 1996 is ze afgekeurd voor reuma en artrose, flinke slijtage, fibromyalgie en nog een aantal zaken. Daarbij is ze ook hoogsensitief. In 2004 heeft ze een operatie ondergaan door een grote tumor in haar buik. Daardoor is haar buikwand beschadigd en was een 2<sup>e</sup> operatie nodig. Vanaf toen is het, naar haar eigen zeggen, bergafwaarts gegaan met de gezondheid.

### Het hotel brandde tot de bodem toe af

Toen ze haar hotel had, hielp haar eigen personeel haar met haar ziekte. Er was geen geld van de overheid nodig om haar leven te leiden. Maar in 2008 ging het hotel in vlammen op en brandde tot aan de bodem toe af. Het ging steeds slechter met mevrouw. Ondanks haar ziekte deed ze teveel zelf. Er was geen geld meer om hulp in te kopen. Woning en zorg waren nu de twee belangrijkste zaken die mevrouw moest regelen. Uiteindelijk heeft ze een woning kunnen kopen met familie. Via maatschappelijk werk is ze aan een PGB consultant gekomen, en ontvangt ze op dat moment, naar tevredenheid, 24 uur per week aan hulp.

### Het ging mis bij de decentralisatie van de zorg

In 2015 veranderde de zorg, en werd de gemeente voor een groot deel verantwoordelijk. Voor mevrouw was dit het begin van getouwtrek om uren. Van 24 uur naar 9. Of 3,5. Of van 4 om 2 naar 3 om 8,5. Van uren persoonlijke verzorging naar uren huishoudelijke hulp, naar begeleiding. In 2016 neemt ze een advocaat in de hand, wat leidde tot 17 rechtszaken.

### Brief aan de burgemeester

In 2018 schrijft en belt ze de burgemeester. Deze komt bij haar thuis stelt mediation voor. Maar helaas heeft ook dit niet tot overeenstemming geleid. Uiteindelijk is er een uitruil: meer uren zorg voor het intrekken van de rechtszaken.

### Mantelzorg werkt alleen als het van korte duur is

Mevrouw heeft een familie waar in meer of mindere mate contact mee is. Met jongste zoon is veel contact en met de oudste minder. Beiden met een eigen drukbezet leven. Mantelzorg is volgens mevrouw een farce. Mensen willen vaak iets terug. Een gebroken been gaat



over, maar een chronische ziekte niet. Ze ziet dat mensen om haar heen niet zitten te wachten op langdurige mantelzorg. Ze ziet hen denken: *“Vandaag vraagt ze een paar boodschapjes bij de COOP, maar morgen zijn het alle boodschappen bij de Albert Heijn en een doktersbezoek”*.

#### **Wat eigen regie betekent: biologisch kunnen eten als je dat wil**

Het lijkt erop dat het maar het makkelijkste is om in een verpleeghuis te gaan. Langer blijven thuiswonen kan wel een wens zijn, maar wordt bijna onmogelijk gemaakt volgens mevrouw. Toch is dit haar grootste wens. Omdat ze zelf wil blijven bepalen, haar eigen mensen om haar heen kunnen kiezen en biologisch kunnen eten. *“Eigen regie is voor mij: zelf bepalen hoe laat de hulpverleners komen, wat ze doen, en niet afhankelijk zijn van thuiszorg.”* *“In het ziekenhuis kunnen ze geen hangop van yoghurt maken voor mij, terwijl dat voor mij het beste was”*.

#### **De toekomst**

Mevrouw heeft weer PGB en kan verschillende soorten hulp combineren die nodig is. Maar de onzekerheid blijft. Ze blijft strijdlustig: *“anders ben je verloren”*.

#### **Gezina en eigen regie**

Wat opvalt is dat Gezina alles in haar huis tot in de puntjes heeft geregeld, maar in de clinch komt met 'het systeem' waar zij niet meer alles kan regisseren. Zo heeft zij meerdere rechtszaken aangespannen om meer zorguren vergoed te krijgen van de gemeente. Mevrouw gelooft dat mensen leven volgens het wederkerigheidsprincipe: *‘voor wat hoort wat’*. Daarom denkt ze dat mensen geen mantelzorg willen verlenen, want de vraag wordt steeds groter en je krijgt er als mantelzorger niks voor terug.



### **Het verhaal van Mara**

Mara is een alleenstaande moeder van 27 jaar. Volgens eigen zeggen ging het al vroeg mis in haar leven door een verkeerde diagnose. Op de kleuterschool werd gezegd dat Mara PDDNOS had, en dat ze daarom niet op de basisschool mocht blijven. Ze moest naar het speciaal onderwijs. *"Ik heb helemaal geen PDDNOS, ik snap ook niet waarom ik niet mocht blijven... Een meisje met Down syndroom mocht zelfs gewoon op school blijven"*. Haar ouders hebben het niet aangevochten. *"Mijn moeder heeft borderline, ik denk dat ze niet echt aankon ofzo"*. Ze had het wel naar haar zin op het speciaal onderwijs. *"Het heeft me alleen denk ik wel gevormd hoe ik nu ben"*.

### **Loverboy**

Na het speciaal onderwijs ging Mara naar de middelbare school, een 'normale' school. Door haar achtergrond met speciaal onderwijs werd ze veel gepest. Ze zocht 'aandacht' op internet via chatboxen en msn. Al snel kreeg ze contact met een verkeerde jongen en zo belandde ze op haar 15<sup>e</sup> in het loverboy circuit. Toen de politie haar op haar 16<sup>e</sup> betrapte met een klant van 38 jaar, moest ze thuis alles vertellen en kwam ze in aanraking met jeugdzorg. Dit was slechts het begin van nog tien jaar ellende.

### **Van de regen in de drup**

Mara balanceerde steeds tussen professionele hulpverlening en 'hulp' van (verkeerde) vriendjes en vriendinnen. Op haar 16<sup>e</sup> moest ze naar een pleeggezin. Toen ze terugkwam gingen haar ouders scheiden, dit werd haar verweten door haar oudere zus. Mara ging bij haar vader wonen, maar ze kregen vaak ruzie. Op haar 17<sup>e</sup> kreeg Mara een abortus, en moest ze van haar moeder naar een instelling voor tienermoeders. Dit ging niet goed, want het was een instelling voor tienermoeders, terwijl zij geen kindje had. Ze ging tijdelijk weer bij haar vader wonen, daarna ging ze samenwonen. Haar toenmalige vriendje hielp haar aan de drugs en sloeg haar regelmatig. *"Hij wilde dan gebruiken en ik deed maar mee, omdat ik anders een 'spelbreker' zou zijn"*. Toch heeft ze in die periode wel haar MBO niveau 3 en haar rijbewijs gehaald, hier is ze heel trots op.

Om bij haar vriendje weg te komen en geld te verdienen, volgde ze het advies van haar beste vriendin op en ging in de prostitutie. Toen ze dit niet meer wilde is ze gestopt en toen ze terug bij haar ex was, kwam hij hier achter. *"Hij was woest, sloeg mij en dreigde om mijn katje van het balkon van 11 hoog te gooien. Mijn zusje en ik hebben toen samen mijn spullen en katje gepakt en zijn naar mijn moeder gegaan"*. Mara was toen 21 jaar en ging naar het 'Blijf van mijn lijf huis' in Utrecht. Na zes weken verhuisde ze naar begeleid wonen in Almere. Hier werd ze naar eigen zeggen een beetje aan haar lot overgelaten. *"Ze dachten: je bent een Nederlandse meid, je hebt een diploma, je kunt het allemaal wel"*. Ze kon het niet en had ook geen geld. Ze ging opnieuw in de prostitutie werken. Via internet had ze gesolliciteerd bij een privéhuis in Amsterdam. Omdat ze sommige dagen weinig verdiende deed ze ook escort. Daar kwam ze een man tegen, wat een goede vriend is geworden. Ze mocht bij hem wonen met haar kat, en dan in zijn huis haar werk doen. Ze kreeg echter een nieuwe relatie met een dealer, die wilde dat zij voor hem bleef werken. Mara raakte verslaafd aan cocaïne. Onder invloed kon ze haar werk beter doen en voelde



ze zich beter na de mishandelingen. Ze ging tijdelijk naar een verslavingskliniek, maar na zes weken liep ze weg omdat haar ex haar overhaalde om terug te komen. Vervolgens zette hij haar toch weer op straat.

### **Daklozenopvang**

Mara was toen 23 jaar en had uiteindelijk geen vrienden meer. Haar ouders hadden er ook hun buik van vol. *“Ja, en toen moest ik naar de daklozenopvang, dat was wel een dieptepunt”*. Ze heeft maximaal een half jaar in de daklozenopvang gewoond. 's Nachts sliep ze tussen de junkies en overdag was ze op straat. Soms was ze bij haar moeder, maar als haar stiefvader kwam moest ze weer weg. *“Dat was echt verschrikkelijk, ik voelde me echt niks waard. Alsof ik er niet bij hoorde”*. In die tijd ging ze ook nog wel eens terug naar haar ex en werkte ze nog steeds in de prostitutie, omdat ze anders helemaal geen geld had.

### **Moeder met een toekomstplan**

Ze werd tijdelijk in Frankrijk opgevangen, toch zocht ze weer contact met haar ex en ging weer naar hem terug. Hij beloofde dat alles beter zou worden, maar dat gebeurde niet. Ze was zwanger geworden van haar ex, maar die heeft haar ermee laten zitten, hoewel hij deed alsof hij heel graag een gezin met haar wilde. Mara woont nu alleen met haar zoontje en vindt dat ze nu pas voor het eerst echt hulp krijgt. Haar zoontje gaat naar speciale opvang. *“Ze zeggen dat hij gedragsproblemen heeft”*. Zelf wil ze andere meiden en jongens behoeden voor het leven zoals zij het heeft geleefd en volgt de opleiding ervaringsdeskundige. Ze heeft een lange weg afgelegd, maar is nu positief over de toekomst.

### **Mara en eigen regie**

Het verhaal van Mara laat zien hoe lastig het is om eigen regie te nemen wanneer de negatieve ervaringen in het leven zich blijven opstapelen. Een patroon doorbreken is lastig wanneer een alternatief niet voorhanden of bekend is. Zo wist zij niet hoe ze een uitkering kon aanvragen en koos daarom voor de prostitutie, op advies van haar vrienden. Ten tweede laat het zien hoe ingewikkeld familierelaties kunnen zijn en hoe deze zowel kunnen helpen als nieuwe problemen kunnen veroorzaken. Zo ging Mara met haar zusje naar haar moeder met al haar spullen. Later voelt Mara dat ze 'teveel' is wanneer de nieuwe vriend van haar moeder thuiskomt. Hulp vanuit eigen netwerk kan zeer lastig zijn wanneer relaties complex zijn.





## De mensen die wij gesproken hebben

### Bertine

Bertine is een levendige verteller. Ik mocht haar spreken tijdens haar cateringwerk bij de sociale werkvoorziening. Bertine regisseert zorg voor haar man, haar moeder en haar zoon. Zorg voor familie vindt ze heel belangrijk, maar er is ook een grens: *'Kijk je partner, daar kies je voor. Maar voor een buurman ofzo zorgen, ik vind niet dat dat hoort.'* Soms wordt alle zorg regelen te veel, zoals vorige week toen ze een *'jankbui op het werk'* had. *'De dokter zegt dan tegen mij: je moet ook aan jezelf denken. Ik zeg: nou in mijn leven komt dat niet voor geloof ik.'*

### Eline

Eline is student aan de universiteit in groningen, ze kwam direct langs toen ik haar belde. Eline had nare ervaringen thuis en kampt met depressieve klachten. Toen ze 14 was ging ze in therapie: *'Er werd over mij heen gepraat, alsof ik een klein kind was'*. De regie nam nog verder af toen zij in de crisisopvang terecht kwam, daar bepaalden ze alles: *'Van hoe je je broodje moet eten, tot wanneer je je pyjama aan moet'*. Die weken hadden grote invloed op Eline, zo vertelt ze over hoe een ander meisje door vijf mannen uit haar kamer werd gehaald en in de isoleercel werd gestopt. Bij haar volgende therapeut mocht ze daar niks over zeggen: *'Ze zei: ik werk ook in dat wereldje, let op je woorden. Dat mag je niet zeggen.'*

### Hannie

Ik mocht langskomen op het boerderijtje waar Hannie en haar partner jaren werk in hebben gestoken. Hannie werkt als zorgverlener bij mensen thuis. Door een incident op haar werk heeft ze haar kruisband gescheurd en haar scheenbeen gebroken. Hannie kijkt me verbaasd aan als ik vraag of het lukte om alle zorg te regelen, niet regelen is voor haar geen optie: *'ik vecht voor waar ik recht op heb'*. Ze kent door haar werk alle zorgpaden en wandelt er graag naast als iets haar niet bevalt. Ze regelt dat ze eerder geopereerd kan worden en als ze haar nog een nachtje willen houden zegt ze: *'zo gaan we dat niet doen, ik ga naar huis'*.

### Groepsgesprek met vrouwen met migratie achtergrond

Ik sprak vier vrouwen tegelijk na een activiteit in het buurtcentrum. **Salma** ging vanwege nekkklachten naar de fysiotherapeut, waar zij haar verzekeringspasje heeft laten zien om te vragen of het vergoed wordt. *'Zij gingen liegpraten met mij'*. Ze kreeg haar 200 euro niet terug van de verzekering terwijl zij van een uitkering leeft. Haar zoon hielp haar en kwam erachter dat de fysiotherapeut niet gecontracteerd was met de verzekeraar. **Fatima** laat alles regelen door haar man: *'maar nu is hij in Bangladesh, maar als ik een probleem heb dan weet ik niet. Hoe kan ik dan regelen? Ik wil graag zelf, maar is niet zo makkelijk.'* **Hajar** is in het dagelijks leven huisvrouw. Ze laat *'alles met papieren'* doen door haar man, maar als ze iets nodig heeft belt ze net zo lang naar mensen tot ze het antwoord weet. **Farah** leidt de groep en komt oorspronkelijk uit Iran. Momenteel geeft ze thuis gezichtsbehandelingen. Wanneer iemand iets goeds of liefs doet, reageert ze heel enthousiast: *'heeeel goed'*.



### **Cynthia**

Cynthia is net bij haar vriend ingetrokken in een rijtjeswoning in een rustig dorp: *'is wel wennen hoor, vooral die lucht'*. Ze werkt op basis van een flexcontract bij de Zeeman, maar heeft gisteren te horen gekregen dat haar contract niet wordt verlengd: *'ik ben niet flexibel genoeg'*. Ze zou dan iedere ochtend om 7 uur pas horen of en waar ze moet werken: *'dat kan niet met mijn gezin'*. Cynthia heeft een heftig verleden waarbij ze van kinds af aan te maken heeft gehad met huiselijk geweld, ze op haar 17e zwanger werd en mishandeld werd door haar vriend. Ze weet haar (schoon)familie in te zetten voor hulp, maar de familiebanden zijn complex. Formele hulp komt meestal pas in beeld doordat anderen haar erop wijzen. Zo moest ze van de rechter *'aan zichzelf werken'* om haar kinderen terug te krijgen, daarna is zij in therapie gegaan voor PTSS.

### **Rebecca**

Rebecca hebben we benaderd via een medestudent van de opleiding 'ervaringsdeskundige' en loopt stage in de verslavingszorg. Dit is de eerste opleiding die ze volgt, ze heeft haar middelbare school niet volledig afgemaakt. De rode draad in haar leven is dat ze zich niet gezien en gehoord voelt. Zowel vanuit haar eigen gezin als in haar relatie met haar ex met wie zij drie kinderen heeft gekregen. Rebecca raakte in die tijd verslaafd en er waren vele ruzies met haar ex. Er kwamen meerdere meldingen binnen over huiselijk geweld waardoor de politie is langsgelopen. *'Je hoeft mij niet te vertellen dat ik moest stoppen met drinken, maar een reikende hand bieden'*. Door haar buurvrouw kwam ze in het netwerk van de kerk die haar als ze dronken was letterlijk weer op haar stoel zette. Na een 'omkeermoment' in haar leven besloot ze hulp te zoeken en af te kicken. Dat is haar gelukt tot de dag van vandaag: *'nu ben ik een verslaafde die niet drinkt'*.

### **Hans**

Hans is op leeftijd en woont in een woonservicecentrum. Hans was vroeger monteur bij de Avebe en de puzzel-fabriek. Hij ziet momenteel slecht en heeft net een heupoperatie gehad. Toch ziet hij zichzelf niet als ziek *'ik ben vorige week nog naar de carnaval geweest'*. In huis is hij een 'fixer', zo zorgt hij ervoor dat hij een vaste plek heeft waar hij kan videochatten met zijn zoon die op wereldreis is. Als hij zorg nodig heeft, regelt hij dit via de verplegers: *'alles is hier geregeld'*. Ook schakelt hij eigen familie in die bijvoorbeeld boodschappen voor hem doen.

### **Marieke**

Marieke is een jonge creatieve vrouw die zichzelf een *'crazy cat lady'* noemt. Ze leeft van een Wajong-uitkering en doet vrijwilligerswerk. Ze vertelde dat ze een vorm van autisme heeft en last heeft van depressieve klachten. *'Ik moet mijn hele leven al aantonen hoe zielig ik ben om zorg te krijgen'*. Met de huidige zorg komt ze vooruit, wat ze ook heeft verteld aan het wijkteam: *'toen ben ik dus heel erg verneukt door de gemeente'*. Ze zeiden dat ze *'te goed'* was en te dure zorg kreeg. Ze moet nu een nieuwe begeleider zoeken en kan niet meer naar de creatieve middag van de zorginstelling. Geopperd werd dat ze zich aansloot bij een nog niet bestaand creatief initiatief van het wijkteam.



### **Tinie**

*'As sie mie froagen is't altied goud'* is wat Tinie teruggeeft als de verpleegsters in het woonservicecentrum haar vragen hoe het gaat. Mevrouw komt tot rust in het verzorgingstehuis, in haar vorige woning kwamen elke dag haar twee buurvrouwen op bezoek. Het werd haar eigenlijk te veel, maar dat wilde ze niet zeggen. In de zorgomgeving is ze mondiger, bijvoorbeeld tegen de arts die vertelde dat ze vanwege Leukemie nog maar 2 jaar te leven heeft. *'Flauwekul'* zei ze, want haar tante had ook leukemie en die leefde nog 10 jaar.

### **Anton**

Anton is gepensioneerd en al 40 jaar gelukkig getrouwd. Hij heeft gestudeerd en heeft naar eigen zeggen altijd goede banen gehad. Tijdens zijn studententijd begon hij met drinken. Hij kampt sinds zijn 24e met een alcoholverslaving. Eén keer is hij vrijwillig in een kliniek gegaan, dit werkte voor hem. Toen hij later in zijn leven met drank op achter het stuur zat, moest hij van de rechter verplicht afkicken. Hij vond dit vreselijk, hij kon zelf niks beslissen. Nu zegt hij te zijn geworden hoe hij nooit had willen zijn: *'die man met die hoed en de stok'*.

### **Piet**

Piet is vrachtwagenchauffeur geweest, wat altijd al zijn droom was: *'Andere kinderen gingen op vakantie, ik reed mee met vrachtwagenchauffeur uit de buurt'*. Na een tijd merkte Piet dat hij zo moe was dat hij niet meer kon rijden, later is dan ook CVS (chronisch vermoeidheidssyndroom) vastgesteld. Omdat hij niet meer kon werken kwam hij in aanraking met het UWV: *'Je pakte een kop koffie, je was een soort nummer die uit de wachtrij werd getrokken, en ik zei dat het niet beter werd. Maar je stond bijna met de kop koffie weer buiten, zo snel ging dat.'* Desondanks erkende het UWV zijn ziekte niet en meldde hem weer beter. Zijn inkomen ging daarmee met duizend euro naar beneden, een behandeling in Nijmegen was daarom te duur. Hij voelt zich volledig onmachtig tegenover het zorgsysteem waarin huisartsen, keuringsartsen, het UWV en de gemeente zich in begeven: *'Nee ik ga nergens meer heen. Ik heb nergens geen vertrouwen meer in.'*

### **Henk**

Henk is een handige man, hij bouwde crossauto's en werkte in de betonbouw. Momenteel leeft hij soms van een uitkering en soms van niks. *'Ik heb altijd gezegd, als ik vijftig wordt ga ik op een boot wonen.'* En zo geschiedde. Daarvoor woonde hij in een rijtjeshuis, maar is na ruzie met de burens op straat gezet: *'Ik sliep toen overal'*. Hij heeft veel gesteggel met de gemeente en de provincie. Toen hij ziek was had hij zijn post niet opgehaald bij een instelling: *'Omdat zij niet gebeld hadden, hadden ze mijn uitkering ingetrokken (...) als jij even niet je post kunt ophalen, direct: streep erdoor.'* In de toekomst wil hij graag een grote boot kopen om te gaan varen met mensen die weinig geld hebben: *'Ik weet nou al wel dat de gemeente groningen zegt, daar beginnen we niet aan, want dat komt bij een gewone klootzak weg, van een gewone straatpersoon.'*



## Eigen regie: geen aan of uit kwestie

Wat uit de gesprekken bleek is dat mensen zelden helemaal geen of volledige regie hebben. De meeste mensen regisseren tegelijkertijd wel en niet, of hebben in een bepaald deel van hun leven wel regie en op een later punt niet. Zo regisseert Gezina alles binnen haar eigen huis tot in de puntjes, maar ontstaan er spanningen wanneer zij wil regisseren in de bureaucratische wereld van de gemeente. Of weet Salma in Iran alles zelf te regelen, maar is ze hier in Nederland afhankelijk van haar kinderen die beter Nederlands spreken. Enerzijds is er sprake van weinig eigen regie en anderzijds weet zij haar netwerk in te zetten zodat ze de hulp krijgt die ze nodig heeft.

Aangezien veel mensen zich niet in de uitersten (geen of volledige regie) bevinden, geeft een continuüm een meer genuanceerd beeld van de complexe werkelijkheid.

WEINIG REGIE ←————→ VEEL REGIE

De gesprekken met mensen hebben we als geheel bekeken en in de samenhang tussen de verschillende onderwerpen, die elkaar soms overlappen of uitsluiten. Zo spreekt men over economische aspecten (bijv. wel of geen werk hebben), persoonlijke kenmerken (bijv. optimistisch of pessimistisch), sociale aspecten (bijv. over familiebanden) en culturele aspecten (bijv. wat normaal is om van iemand te mogen vragen). Wij gebruiken deze kernthema's om verslag te doen van de gesprekken die we hebben gehad.



## Persoonlijke factoren

We hebben 14 hele verschillende mensen gesproken. We hebben iedereen thuis gesproken, waarmee je direct in iemand persoonlijke sfeer komt. Je ziet dan meteen hoe iemand woont, hoe iemand zich voorstelt, waar je mag zitten (en waar niet), hoe iemand praat en hoe iemand over zichzelf spreekt. Sommigen spreken alsof de zorg een logische constante is in het leven. Men lijkt te spreken in 'zorg-termen': *'Ik moest toen de knop omzetten'* of *'ik moest meer aan mezelf denken'* of leggen zichzelf uit in medische termen *'door mijn PTSS...'*. Cynthia weet kort te duiden hoe dichtbij zorg kan staan door te zeggen *'toen kwam de hulpverlener IN ons gezin'*. Voor anderen is zorg een korte episode geweest dat amper verweven is met hun levensverhaal. Als we hen er naar vragen duurt het even voordat ze alle feiten weer op een rijtje hebben.

Al de verschillende persoonskenmerken hebben directe invloed op de mate waarin men in staat is het leven in het algemeen en de zorg in het specifiek te regisseren.

### Gezondheidsvaardigheden

Een term die veel gebruikt wordt in onderzoek en beleidsstukken is 'gezondheidsvaardigheden': de mogelijkheid om medische informatie te verzamelen, te verwerken en van daaruit een keuze te kunnen maken. Deze vaardigheden worden vaak in verband gebracht met opleidingsniveau. Verondersteld wordt dat mensen met een lager opleidingsniveau minder goed het zorgsysteem begrijpen en ook minder goed duidelijk kunnen maken wat hun wensen en behoeften zijn. Gezondheidsvaardigheden speelden ook een rol in onze gesprekken. Zo heeft Salma nog moeite met de Nederlandse taal waardoor zij bij een niet gecontracteerde fysiotherapeut terecht kwam en 200 euro uit eigen zak moest betalen. Bij Hannie is het net andersom. Ze werkt in de zorg en weet daardoor precies wie ze moet bellen en wat ze moet zeggen om iets gedaan te krijgen.

Gezondheidsvaardigheden spelen dus een rol, maar uit de gesprekken blijkt dat er bij het voeren van regie veel meer meespeelt dan alleen kennis en kunde. Zo kan iemand precies weten welke zorg nodig is, maar geen geld hebben voor het 'eigen risico'. Of wel zorg kunnen regelen maar mantelzorgers overvragen waardoor er spanningen ontstaan in de afstemming tussen formele en informele hulpverleners.

### Type ziekte

Iemands ziekte bepaalt ook of regie genomen kan worden. Sommigen ziektes worden juist gekenmerkt door verlies aan regie. Rebecca raakte zo verstrikt in haar alcoholverslaving dat hulp zoeken erg moeilijk was. Een verslaving beïnvloedt je denken en blijft aan je kleven: *'ik ben een verslaafde die niet drinkt'*. Een voorbeeld wat bij ouderen vaak voorkomt is dat dementie het lastig maakt om zorg te regisseren. Ook voor hulpverleners: hoe doe je recht aan iemands zorgvraag als deze persoon het vergeten is of verschillende wensen uit?

Andere ziektes liggen minder in de taboe-sfeer en zorgen niet per definitie voor afname van eigen regie. Bijvoorbeeld bij de versleten heup van Hans. Hij kijkt alweer uit naar herstel en



accepteert dat dit bij het ouder worden hoort. Of bij Hannie die gescheurde kruisbanden heeft, wat veroorzaakt is door iemand anders. Ondanks dat deze lichamelijke klachten heel vervelend zijn, verminderen ze de eigen regie niet zo sterk als bij psychische klachten.

### **Leeftijd**

Door het leven heen veranderen de mogelijkheden tot het nemen van regie. Een groep met weinig regie zijn jongeren tot 18 jaar, de ouders hebben de 'eindregie'. Toen Eline op haar 14e last had van ernstige depressieve klachten, mede veroorzaakt door de thuissituatie, werd met haar ouders overlegd over haar therapie: *'Er werd over mij heen gepraat, alsof je een kind bent. (...) Je hebt als jongere al wel heel veel idee over wat je voelt en wat er een probleem is, maar ik kon niks inbrengen.'* Pas toen zij op zichzelf ging wonen en ouder was dan 18 jaar heeft zij haar eigen therapie kunnen bepalen. Bij ouderen speelt het proces zich precies andersom af. Zij waren gewend aan een bepaald systeem en wisten zich te redden, maar met het ouder worden is men soms niet met alle veranderingen meegegroeid. Online afspraken inplannen of de zorgverzekering regelen zit er voor sommige ouderen niet bij. Vanwege de leeftijd is er zowel bij jongeren als bij ouderen sprake van een spanning op de regie die zij mogen en kunnen voeren. Tegelijkertijd vertrouwen sommige oudere mensen heel erg op (mede)regie door hun omgeving, bijvoorbeeld de familie of de verpleging.

### **Karakter**

De één gaat wat zwaarder door het leven dan de ander. Gezina ziet de toekomst met ziek zijn en zorg krijgen niet heel rooskleurig in. Ze blijft vechten want: *'anders is alles verloren'*. Het glas van Hans is echter altijd halfvol. Hij zit in een rolstoel en is aan het revalideren. Hij wacht op orthopedische schoenen en ziet zichzelf al bijna weer lopen: *'ik heb vorige week nog carnaval gevierd'*.

### **Onmacht en eigen regie**

Ook andersom is er invloed, de omstandigheden waar men zich in begeeft, vormen wie je bent en hoe je jezelf en de wereld ziet. Piet heeft last van het chronisch vermoeidheidssyndroom waardoor hij arbeidsongeschikt is geraakt. Zijn ziekte werd niet erkend bij het UWV en ook artsen leken zijn ziekte niet goed te duiden. Hij voelt zich onmachtig en op een bepaald moment ziet hij het nut van regie niet meer in *'Ik ben het vertrouwen in die hele maatschappij kwijt. Ik wilde heel graag beter worden, maar ik ben alleen maar tegengewerkt. (...) Bekijk het allemaal maar. Ik blijf hier mooi zitten (thuis). Sindsdien zit ik in deze situatie, al jaren.'* Piet is daar zeker niet de enige in. Zo zegt Marieke niet verder te kunnen kijken dan morgen omdat ze niet weet welke zorg zij krijgt en negatieve ervaringen heeft met de gemeente: *'Je moet elk jaar weer vechten voor je zorg. En als het beter gaat dan is dat niet goed. Je moet altijd ziek zijn, dan pas krijg je zorg. Dus ik moet elk jaar weer zeggen hoe ziek ik ben en wat ik allemaal niet kan, in plaats van dat ik trots kan zijn op de stapjes die ik wel heb gemaakt.'* De onmachtgevoelens kunnen ook uit het eigen netwerk komen. Zoals bij Bertine die de zorg van haar man, haar zoon en haar moeder regelt. *'De dokter zegt dan tegen mij: je moet ook aan jezelf denken. Ik zeg: nou in mijn leven komt dat niet voor geloof ik.'* Kortom, sommigen ervaren dat hun leven op bepaalde aspecten wordt bepaald door hun omgeving waardoor eigen regie voeren zinloos

lijkt. Hieronder gaan we in op hoe deze omgeving eruit kan zien door in te gaan op de sociale, culturele en economische factoren.

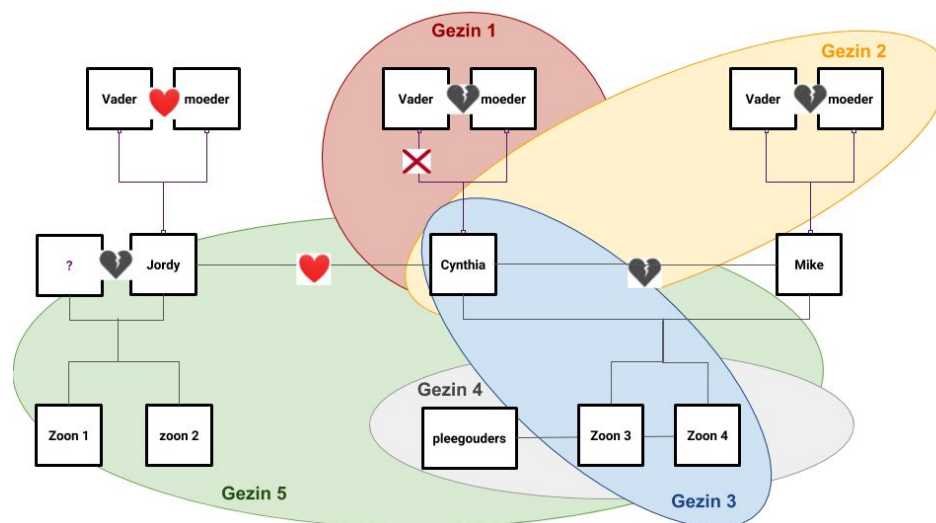
## Sociale factoren

### Kenmerken netwerk: 'arme' en 'rijke' netwerken

De netwerken van de mensen die wij gesproken hebben verschillen sterk van elkaar. Bij de meeste mensen die wij gesproken hebben, lijken de mensen uit het netwerk op de persoon zelf. 'Soort zoekt soort', zegt Marieke, 'We proberen allemaal een normaal leven te volgen, maar het lukt ons allemaal niet'. Anders is het bij Hannie die in de zorg werkt en ook veel 'aanpakkers' kent: 'Ik heb gewoon mensen om me heen. Als mensen van de thuiszorg komen had ik er meer moeite mee gehad als dat je zelf de mensen kent'. Dit betekent dat de mensen die de meeste problemen hebben ook de grootste kans hebben dat mensen uit hun netwerk veel problemen hebben. De mensen zijn zelf ook 'belast' met zorgen, waardoor er mogelijk minder tijd en energie over is voor het helpen van anderen.

### Familie

De meeste personen die wij spraken kregen hulp van familie en meestal uit hun eigen gezin. Dat het woord 'gezin' op veel verschillende relaties van toepassing is, bleek uit het gesprek met Cynthia (zie figuur). Ze zag vijf verschillende combinaties van mensen als 'gezin'.



1. Ten eerste het gezin waarin ze geboren is. Haar ouders zijn gescheiden en haar vader spreekt zij helemaal niet meer.
2. Het tweede gezin zijn de ouders van haar ex, die later eveneens gescheiden zijn. Ze had al jong verking en heeft meerdere malen bij hen ingewoond, zelfs toen de verking uit ging. Zij noemt hen ook 'vader en moeder'.
3. Het derde gezin bestaat uit haarzelf en haar kinderen, die benoemt ze bijvoorbeeld wanneer haar gevraagd wordt om zeer flexibel te werken: 'dat kan niet met mijn gezin'.



4. Het vierde gezin waar ze over spreekt is het pleeggezin waar haar twee kinderen wonen. Met het eerste pleeggezin had ze nauw contact: *'ik belde elke dag met de moeder'*.
5. Het laatste gezin waar ze over spreekt is hoe zij het graag wil zien: haar kinderen komen weer thuis wonen bij haarzelf en haar nieuwe vriend.

Uit dit gesprek blijkt dat er weinig tijd is om langdurige relaties op te bouwen, er zijn veel scheidingen, relatiebreuken en een 'uit-huis-plaatsing'. Anderzijds wordt het netwerk hier breder door, haar (ex-) schoonouders hielpen zelfs toen de relatie uit was. De complexe familiesituaties die wij in meerdere gesprekken terug zagen hebben dus zowel een positief als negatief effect op het kunnen nemen van eigen regie.

#### **'Eigen regie' beïnvloed door netwerk**

Hannie vertelt over het gezin dat ze jaren zorg heeft verleend. De man was dement en had veel zorg nodig, dit was lastig voor de vrouw: *'Ze kon het niet meer bolwerken'(...)* *'zo van: Jullie zijn er alleen maar voor hem en ik loop hier maar een beetje rond'*. *Zij was het stukje regie kwijt over haar man. En ze doet pogingen om het terug te pakken. Zo liet ze een nieuw slot plaatsen zodat de zorg niet naar binnen kan.'* Dit voorbeeld laat twee dingen zien. Ten eerste dat regie van de man de mogelijkheid tot regie nemen van de vrouw deed afnemen. Haar leven werd sterk bepaald door de zorg die heel vaak aanwezig is. Ten tweede laat het zien hoe onmachtig mensen zich kunnen voelen wanneer de regie niet meer in eigen handen ligt.

Hoe het netwerk een heel dubbele rol kan spelen werd helder geïllustreerd door een pleegouder die vertelde over haar pleegkind Aniek. Aniek wordt geholpen door haar moeder, maar dat zorgt ook voor nieuwe belasting. Wanneer zij weer eens Aniek in paniek opbelt, is Aniek daar zo moe van dat ze tegen haar klasgenoot zegt dat ze een hele hoop slaappillen wil nemen om heel lang te gaan slapen. Die klasgenoot vat dat op als een poging tot zelfmoord en schakelt de docent in die vervolgens iedereen uit het netwerk benaderd. Als blijkt dat het niet dusdanig ernstig is keren haar vrienden Aniek de rug toe: *'je bent een aansteller'*.

Deze twee voorbeelden laten zien hoe er binnen een netwerk zowel hulp wordt geboden, als dat er gezorgd kan worden voor nieuwe problemen. Deze problemen verminderen de relaties en de mogelijkheden om te regisseren. De uitgangspunten 'inschakelen van netwerk' en 'eigen regie nemen' komen daarmee op gespannen voet met elkaar te staan. Het laat ook zien dat samengestelde gezinnen het netwerk vergroten, dat geeft meer mogelijkheden, maar het netwerk is daarmee niet altijd versterkt.





## Culturele factoren

De gebeurtenissen in de levens van de mensen die wij gesproken hebben spelen zich niet af in een vacuüm. Tussen de regels door hoor je normen en gedragsregels. De beslissingen die wij als mensen maken, lijken meestal niet gestuurd te worden door rationele overwegingen, maar eerder door een cultureel kompas wat vertelt *'wat wel en niet hoort'*.

### Wederkerigheid

*'Ik dacht, ze gaan mij belonen voor mijn inzicht en ze gaan mij helpen om weer beter te worden.'* Zei Piet over zijn bezoek aan de bedrijfsarts van het UWV. Hij heeft het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) en meldde dit bij de bedrijfsarts toen hij daar officieel uitslag van kreeg. Het UWV meldde hem echter aan als 'beter'. Piet is woedend, hij verwachtte dat hij erkenning zou krijgen na alle moeite die hij had gestoken in het verkrijgen van de uitslag van het ziekenhuis, maar in plaats daarvan werd hij beter gemeld waardoor hij er 1000 euro per maand op achteruit ging. Dit strookt niet met het wederkerigheidsprincipe (*'voor wat hoort wat'*). Na meerdere incidenten is voor Piet dan ook de kous af: *'ik heb nergens geen vertrouwen meer in'*. Hij neemt geen initiatieven meer om zijn eigen zorg te regisseren, ook niet door naar zijn eigen huisarts te gaan.

Ook bij Bertine is de wederkerigheid zoek: *'Als ik mijn man hoor: dan denk ik gatver, je bent toch geen mietje?! Ik heb ook een onderzoek, nou daar heb ik het niet eens over. Bij hem gaat het alleen over zichzelf. (...) Mijn man zegt: als jou wat overkomt dan wordt ik gek. Dat is dan wel mooi, maar zelf heb je ook wel eens aandacht nodig. Maar dat stop ik allemaal maar in het vergeethoekje, ik weet ook niet anders hoe ik daarop moet reageren.'* Het gebrek aan wederkerigheid legt niet alleen een spanning op haar relatie, maar zorgt er ook voor dat Bertine minder regie heeft op haar eigen gezondheid.

Het wederkerigheidsprincipe kan ook mensen ervan weerhouden om hulp te vragen. Hulp krijgen is ook je afhankelijk opstellen en vaak niet kunnen teruggeven wat een ander voor jou doet. Zo lijkt Gezina te denken dat dit een reden is om geen langdurige mantelzorg te verlenen: *"Vandaag vraagt ze een paar boodschapjes bij de COOP, maar morgen zijn het alle boodschappen bij de Albert Heijn en een doktersbezoek"*. Regie op de zorg kan dus ook betekenen dat iemand kiest om geen zorg te willen ontvangen.

### Binnen en buiten 'het normale'

*'Wij moesten langskomen om alle appelpitjes door de wc te spoelen omdat hij van plan was hemzelf iets aan te doen. Wij hebben toen twee weken op 'suicide watch' gestaan. (...) Maar wij zijn gewoon zeg maar vrienden. Wij waren 24 uur bij hem. Dat kan je niet vragen van mensen die niet eens ervaring hebben met de zorg.'* Vertelde Eline. Ook Bertine spreekt over normen bij het geven van hulp: *'Kijk je partner, daar kies je voor. Maar voor een buurman of zo zorgen, ik vind niet dat dat hoort.'* Beide citaten laten heel helder zien dat de aanwezigheid van hulp uit het netwerk niet per definitie betekent dat de zorgvrager hierop kan regisseren. Eigen regie bestaat binnen de grenzen van *'wat hoort'* en wat je *'van iemand mag vragen'*.



Buiten de norm of 'het normale' vallen heeft consequenties voor hoe instanties je benaderen. Zo vertelt Marieke dat ze vroeger ruzie had met haar vader die haar vroeg om voor één dag haar piercings uit te doen en haar spijkerbroek aan te trekken zodat ze hulp kreeg. Zelf voelt ze ook de spanning waarbij ze het idee heeft dat een *'schattig meisje'* sneller geholpen wordt dan iemand met een kledingstijl en manier van spreken zoals zij. Ook Henk noemt hoe hij zich niet serieus genomen voelt door de gemeente. Omdat *'zij hebben geleerd'* en ze hem maar als een *'gewone klootzak'* of *'een gewone straatpersoon'* zien.

### **Eigen regie als norm**

Ook 'eigen regie nemen' is een norm, over hoe mensen hun eigen zorg moeten regelen: actief in plaats van acceptierend. Dat dit *'eigenlijk hoort'* bleek tijdens het gesprek met vier vrouwen die een migratieachtergrond hebben. De vrouwen vertelden dat ze veel gebruik maakten van hulp van de familie of van vrienden. Daarna volgt direct: *'maar ja dat is niet de bedoeling, je moet zelf doen'*. De norm volgt meteen nadat ze hun eigen situatie hebben beschrijven, het lijkt een directe echo van de mensen die hen begeleiden in hun integratie: *'ja ze zeggen: dan moet je het zelf doen'*. Eigen regie nemen in de vorm van 'zelf doen' lijkt niet te passen op de levens van deze vrouwen. Anderzijds voldoen zij wel aan de norm maar regelen ze alles via hun eigen netwerk: *'Ik heb genoeg kennissen hier in Nederland, dus dan ga ik naar hen bellen. Van: welke manueel therapeut was nou goed zei je? Dat is wel mogelijk voor mij om te doen.'*



## Economische factoren

Het wel of niet hebben van voldoende geld heeft invloed op het gehele leven van mensen en stuurt ook keuzes rondom de zorg.

### Werk

Cynthia vertelde dat haar contract, de dag voordat we haar spraken, niet werd verlengd *'ik was niet flexibel genoeg'*. Ze zou elke ochtend om 7 uur te horen krijgen of ze moest werken en in welke winkel. Haar grootste zorg hierbij is dat ze graag wil dat haar twee kinderen weer bij haar in plaats van een pleeggezin komen te wonen. Een dergelijke flexibiliteit op het werk kan zij niet bieden: *'Ik moet dan in een half uur mijzelf en de kinderen klaarmaken en moet voor- en naschoolse opvang regelen voor de jongens'*. Daarbij heeft ze een vaste hulpverlener op donderdag, wanneer ze pas zo laat weet of ze moet werken kan ze geen vaste afspraken maken met haar begeleider: *'en zij willen altijd een vaste dag'*. Kortom zelf zorgen en zorg krijgen staan op gespannen voet met haar flexibele contract.

Andersom heeft 'ziek zijn' en zorg regelen ook invloed op werk. Zo kon Piet niet meer zijn werk als vrachtwagenchauffeur doen door CVS: *'Dit is het mooiste werk dat ik ooit heb gedaan. Maar ik kon het niet volhouden. Het was net of de cabine steeds kleiner werd. Ik moest 's ochtend om een uur of tien de auto aan de kant zetten en eerste een uur slapen.'* Wanneer Bertine ziek is houdt ze liever de touwtjes in eigen handen. Ze werkt als cateringmedewerker in een sociale werkvoorziening. Als ze door de arbodienst te snel weer naar het werk wordt gestuurd, neemt ze vrije dagen op.

Werk kan ook juist regie op de zorg vergroten. Gezina had haar eigen hotel waarbij het personeel ook haar verzorgde. Zo hoefde ze geen gebruik te maken van andere (overheids)instanties en voerde volledige regie.

### Geen werk

Toen Piet niet meer zijn werk als chauffeur kon uitoefenen kwam hij in de *'molen van het UWV'*. *'Ze hebben mij als een schurk behandeld'*. Omdat CVS niet door het UWV werd erkent, kwam hij terecht in de bijstand. *'Nu ga ik € 1000 in de maand naar beneden. Daarom moest ik de behandeling in Nijmegen afblazen. Maar ik had beter kunnen blijven zitten dan was ik 80 - 100% afgekeurd en had ik nog een aardig bedrag gehad. Je wordt gestraft en tegengewerkt.'* Zijn geldzorgen en stress rondom zijn afkeuring en ziekte zorgen ervoor dat hij zijn behandeling niet kan doorzetten.

Salma komt oorspronkelijk uit Iran en leeft van een uitkering. Toen zij neklachten had ging ze naar de fysiotherapeut waar zij van begrepen had dat de behandeling werd vergoed door de verzekeraar: *'zij gingen liegpraten met mij'*. Achteraf blijkt het tegenovergestelde en is Salma 200 euro kwijt. Wat haar kinderen haar adviseren onderschrijft ze: *'altijd oppassen'*.

### De toekomst



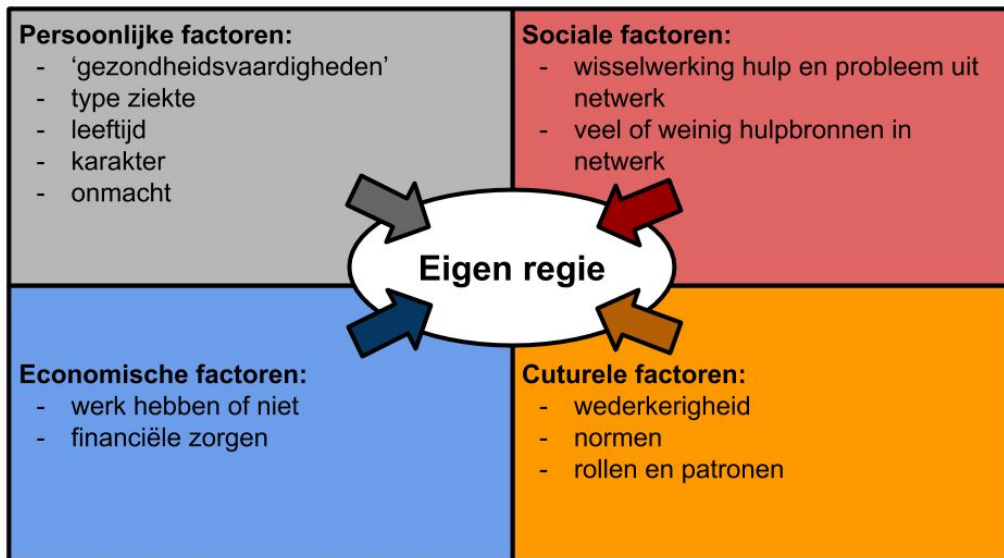
Eline maakt zich zorgen over de toekomst en haar huidige zorgkosten. Door haar depressie lukt het haar niet om naast haar studie te werken en moet zij volledig lenen. Wanneer zij haar studie afmaakt heeft ze een schuld van tienduizenden euro's. Daarna weet ze niet of ze met haar klachten wel in staat is om een (voltijd) baan vol te houden waarmee ze haar schulden terug zou kunnen betalen. Op een andere manier heeft Henk juist hele grote plannen voor de toekomst, terwijl hij momenteel geeneens een uitkering heeft. Als hij weer een uitkering krijgt en de erfenis van zijn moeder regelt, koopt hij een boot van twintig meter. Hij wil dan gaan varen met mensen die weinig geld hebben zodat *'de kinderen ook op school kunnen zeggen dat ze op vakantie zijn geweest'*.

## Conclusie

Vanuit de gesprekken zijn er drie belangrijke inzichten over eigen regie:

### 1. Eigen regie is product van een persoon in een omgeving die de regie mede bepaalt

Onderstaand figuur vat de meest pregnante thema's uit de gesprekken samen. Eigen regie is daarmee een product is van een persoon in een specifieke culturele, sociale en economische omgeving.



Dit betekent ten eerste dat 'eigen regie' nooit op zichzelf staat, maar sterk verweven is met anderen. Zo kunnen ouders of partners mede bepalen welke zorg nodig is. Zo bepaalt Bertine meestal voor haar man wanneer hij naar de dokter moet. Het overnemen van andermans regie heeft ook een prijs, er is weinig tijd en aandacht over om je eigen zorg te regelen.

Ten tweede kan het zijn dat binnen de verschillende factoren kwetsbaarheden kunnen ontstaan, bijvoorbeeld geldzorgen, familie conflicten of dat iemand geen mensen kent die kunnen helpen. Deze kwetsbaarheden maken het moeilijker om eigen regie te voeren op zorg. Dit betekent zeker niet dat al deze mensen 'kwetsbare mensen' zijn die geen regie kunnen voeren. Veel mensen behielden in ieder geval een deel van de regie, ondanks dat ze 'kwetsbaar' waren.



## 2. Er is zelden sprake van complete of volledig ontbrekende regie

Het samenspel van factoren bepaalt waar men zich bevindt op het eerder gepresenteerde continuüm van de eigen regie.

WEINIG REGIE ←————→ VEEL REGIE

Bij de meeste mensen die wij spraken was het niet vast te stellen of ze wel of niet hun zorg konden regisseren. Meestal was het tegelijkertijd, op bepaalde momenten in het leven wel en andere niet, of op sommige vlakken wel (meestal relationele sfeer) en binnen de bureaucratische sfeer van instanties niet. Maar nog veel vaker komt voor dat alleen 'eigen regie' niet bestaat. Er is altijd ook sprake van andere mensen die mede regie voeren of de regie bepalen, familie, vrienden, professionals. Sterker nog, bijna iedereen voert zelf ook regie over anderen, zijn of haar kinderen, ouders, etc. Dit leidt tot een belangrijke vraag:

## 3. Wat is goede regie?

Is regie alleen goed als alle officiële wegen in het zorglandschap zichtbaar zijn en de juist weg gekozen wordt? Sommige mensen die wij gesproken hebben kenden 'de wegen' niet. Een klein aantal verdwalen in het zorglandschap totdat 'de weg terug' werd gevonden. Bijvoorbeeld Cynthia die uiteindelijk door hulpverlening van haar ex ertoe kwam om hem te verlaten vanwege mishandeling. Anderen begrepen weliswaar het zorgsysteem niet, maar schakelden mensen uit hun netwerk in die dat wel wisten. Zo weten ze de zorg te krijgen die nodig is. Dit kan ook een bekende hulpverlener zijn die een soort 'poort' vormt tot overige zorg, bijvoorbeeld een thuiszorgmedewerker die vertelt hoe een Wmo vergoeding wordt aangevraagd. Een klein aantal mensen die we spraken kenden de paden, maar lopen er bewust naast om te krijgen wat ze willen. Wanneer het over eigen regie gaat is het dus belangrijk om je af te vragen wanneer eigen regie 'goed genoeg' is. Is dit wanneer iemand krijgt wat hij wil of wanneer iemand de zorg krijgt die nodig is om gezond te blijven?

## Conclusie

We begonnen met de vraag of 'eigen regie' niet een sprookje is. Onze conclusie is dat 'eigen regie' een sprookje is. En wel op twee manieren. Het is een sprookje om te veronderstellen dat iedereen de officiële wegen in de zorg kent of zou moeten kennen. En dat iedereen zo de best mogelijk zorg voor zichzelf kan organiseren. Uit de gesprekken blijkt dat niemand dat helemaal kan. Er zijn wel verschillen tussen mensen in de mate waarin zij een deel van de zorg kennen en dat zo kunnen regelen dat ze de zorg krijgen die ze willen of nodig hebben. Het is dus een sprookje om te denken dat iemand alles optimaal kan regelen.

Ook op een andere manier is het een sprookje. Namelijk dat er sprake is van 'eigen' regie. Dat komt niet voor. Er is ook altijd tegelijkertijd sprake van regie door en voor iemand anders. Dat kunnen familie of vrienden zijn (mantelzorgers) of professionals die meedenken en meebeslissen. Omgekeerd had iedereen die wij spraken ook op de één of andere manier regie over iemand anders. Het is dus een sprookje om te veronderstellen dat iemand helemaal alleen over zichzelf regie kan voeren of wil voeren.



'Kwetsbaarheid' en 'eigen regie' zijn daarmee geen ondubbelzinnige begrippen. Kwetsbaar zijn, betekent niet per definitie dat er geen regie is. En regie betekent in veel gevallen ook dat men anders regisseert dan het zorglandschap aanbiedt.



**E:** [aletta@rug.nl](mailto:aletta@rug.nl)

**W:** [rug.nl/aletta](http://rug.nl/aletta)