

## Basiszorg binnen bereik

### Naar menselijke maat

Deel van het rapport

- Managementsamenvatting
- Basiszorg in één oogopslag en
- Conclusies en aanbevelingen basiszorg (H5)



©2015 Zorgbelang Drenthe

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgever.*

## Managementsamenvatting

De beschikbaarheid en bereikbaarheid van goede zorgvoorzieningen is voor burgers van groot belang. Tegen de achtergrond van een krimpende en vergrijzende bevolking – in een grotendeels rurale context – rijst de vraag in hoeverre in de groeiende behoefte aan (basis)zorg ook in de toekomst voorzien kan worden. Uit de veelheid aan literatuur, rapporten en adviezen valt op dat de benadering van dit vraagstuk tamelijk top-down gericht is vanuit Randstedelijk perspectief. Drenthe heeft andere kwaliteiten en kenmerken en de populatie is anders opgebouwd en samengesteld dan het landelijk gemiddelde. De provincie Drenthe spant zich – samen met maatschappelijke organisaties – in om de leefbaarheid te stimuleren en zo mogelijk het voorzieningenniveau op peil te houden. Aanleiding om Zorgbelang Drenthe opdracht te geven een onderzoek naar basiszorg uit te voeren en aan burgers zelf te vragen wat zij eigenlijk onder basiszorg verstaan, wat hun huidige ervaringen zijn en met welke verwachtingen zij naar de toekomst kijken.

### Begripsbepaling

Hoewel iedereen het erover eens is dat basiszorg voorziet in een belangrijke behoefte, bestaat er geen eenduidige omschrijving van het begrip. In de behoeftenhiërarchie van Maslow<sup>1</sup> is basiszorg aan te merken als een primaire behoefte, waartoe ook eten, drinken, werk en wonen behoren. Basiszorg is hiermee een basisbehoefte. In de troonrede 2014 wordt deze veronderstelling onderschreven middels de zinsnede “goede zorg is een onmisbare basisvoorziening”.

Hiermee is **basiszorg** te beschouwen als **de noodzakelijke zorg die in een bepaalde situatie aansluit bij de behoeften van de burger**.

### Belangrijkste conclusie

De huisarts wordt door de deelnemers aan het onderzoek als de belangrijkste zorgvoorziening beschouwd, gevolgd door het ziekenhuis voor de eerste spoedopvang, “eenvoudige” ingrepen en controles. De apotheek, ambulance en fysiotherapeut completeren de top-5 van basiszorgvoorzieningen. De respondenten van de enquête en deelnemers aan de panels ervaren – behoudens een enkele uitzondering – geen knelpunten in het huidige basiszorgvoorzieningenniveau. Men realiseert zich wel dat er veranderingen zullen plaatsvinden in de (nabije) toekomst en is bezorgd over de consequenties daarvan. De bereidheid om (gelimiteerd) te reizen voor “de beste zorg” is aanwezig, maar de deelnemers geven aan onvoldoende inzicht te hebben in de kwaliteit van zorg.

Uit het onderzoek blijkt verder dat niet iedereen in de gelegenheid is of de bereidheid heeft om “verplicht naoberschap” te vervullen. Er gaapt een kloof tussen landelijk beleid (systeemwereld) en de praktische mogelijkheden van burgers (mensenwereld) ten aanzien van mantelzorg en vrijwilligerswerk.

### Belangrijkste aanbeveling

Een evenwichtige spreiding van basiszorgvoorzieningen vraagt om de ontwikkeling van een gezamenlijke (transitie)agenda en om een intensievere samenwerking tussen verschillende partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheden en burgers) dan nu het geval is. Institutionele grenzen en belangen zullen ondergeschikt (gemaakt) moeten worden aan een toekomstbestendige zorginfrastructuur.

---

<sup>1</sup> Abraham H. Maslow ontwikkelde in 1934 het model “the theory of human behaviour” waarin hij menselijke behoeften in vijf categorieën heeft onderverdeeld: primair (fysiologisch), secundair (veiligheid), sociaal, erkenning en zelfontwikkeling. Volgens Maslow streeft de mens het altijd na om behoeften te bevredigen en kan een nieuw niveau pas bereikt worden, wanneer het voorgaande niveau bevredigd is.

Experimenten om nieuwe concepten te ontwikkelen en uit te testen vragen om een integrale en domein-overstijgende toekomstvisie, stevige ambitie, atypische initiatieven (met name “transitie-experimenten”) en een actieve betrokkenheid en invloed van vertegenwoordigers namens én met burgers.

Gelet op de veelheid aan – soms tegenstrijdige – data is een nadrukkelijke aanbeveling om meer onderzoek te doen naar de toekomstige zorgvraag in Drenthe, onderverdeeld naar de drie regio’s. Naast “evidence based” (meetbaar) moet daar ook “experience based” (merkbaar) een vast en gelijkwaardig onderdeel van zijn (worden).

### **Basiszorg binnen bereik**

Het onderzoek heeft veel informatie, inzichten, ontwikkelingen, meningen, verwachtingen en resultaten opgeleverd; zij vormen de bouwstenen om basiszorg binnen bereik te kunnen houden. Teneinde ook in de toekomst een volhoudbare infrastructuur van zorgvoorzieningen te garanderen, is een transitie (fundamentele verandering in de manier waarop in maatschappelijke behoeften wordt voorzien) noodzakelijk. Vanuit het oogpunt van leefbaarheid voor alle burgers in de provincie wil Zorgbelang Drenthe aan deze uitdaging in de komende jaren een actieve bijdrage leveren.

**Definitie basiszorg:**  
de noodzakelijke zorg die in een bepaalde situatie aansluit bij de behoeften van de burger.



**Gezondheidscentrum**

**tenminste met de volgende disciplines**

- huisartsen
- gespecialiseerde verpleegkundigen
- praktijkondersteuners
- apothekers
- wijkverpleegkundigen
- diëtisten
- leefstijladviseurs
- psychologen
- fysiotherapeuten



**Thuis als het kan...**



**...met speed als het moet**



**Basisziekenhuis**

**in elk geval de volgende disciplines**

- spoedeisende hulp
- intensive care
- interne geneeskunde
- cardiologie
- neurologie
- chirurgie (algemeen)
- gynaecologie
- kindergeneeskunde
- verloskunde
- keel-/neus-/oorheelkunde
- oogheelkunde
- orthopedie en urologie

**Gezondheid: een nieuwe definitie**

*"Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven."*

*(Machteld Huber)*

*Bedankt voor de goede zorgen. Jij ben weer helemaal betee.*

## Hoofdstuk 5      **Conclusies en aanbevelingen basiszorg binnen bereik, Naar menselijke maat**

### 5.1 Conclusies

#### Algemeen

Het behoeftenonderzoek naar basiszorg is te omschrijven als een expeditie met burgers die sterk vanuit het huidige voorzieningenniveau redeneren en zoekende zijn in een veranderend zorglandschap. Elke deelnemer aan het onderzoek redeneert vanuit het eigen referentiekader en opgedane ervaringen. In de beleving van burgers wordt de beschikbaarheid en bereikbaarheid vooral ingegeven door de bestaande lokale situatie. Bewoners op het platteland zijn eraan gewend dat niet alle voorzieningen in hun dorp aanwezig zijn, maar vragen zich tegelijkertijd wel af aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden om – bij een afnemende vitaliteit – langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Uit het onderzoek blijkt dat niet iedereen in de gelegenheid en/of bereid is om “verplicht naoberschap” te vervullen. Opvallend was verder het relatief geringe bewustzijn rond de decentralisatie van taken richting de gemeenten. Eigenlijk was dit geen onderwerp van gesprek in de panels. Als belangrijkste oorzaak werd aangegeven dat goede voorlichting en begrijpelijke informatie omtrent de wijzigingen ontbrak.

Het begrip basiszorg was voor burgers diffuus, wat niet wegneemt dat uit de gesprekken toch een “definitie” (omschrijving) kon worden gedestilleerd. De huisarts wordt evident als de belangrijkste zorgvoorziening beschouwd, gevolgd door het ziekenhuis voor de eerste spoedopvang, “eenvoudige” ingrepen en controles. De apotheek, ambulance en fysiotherapeut completeren de top-5 van basiszorgvoorzieningen.

5

In dit rapport zijn de onderzoeksvragen (zie hoofdstuk 1) aan de orde geweest en worden hieronder de belangrijkste conclusies en aanbevelingen gerangschikt naar drie hoofdrubrieken.

#### Eerstelijnszorg

- de beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsen is voor alle deelnemers aan de enquête en panels van groot belang;
- zij gaan uit van de deskundigheid en benoemen vooral de vertrouwensrelatie en regierol van de huisarts;
- de huisarts moet binnen 15 reisinuten bereikbaar zijn en blijven;
- het landelijk beleid om steeds meer zorgvragen in de eerste lijn af te handelen staat op gespannen voet met de (huidige) mogelijkheden, onder meer als het gaat om de beschikbaarheid van voldoende huisartsen in dunbevolkte regio's;
- deelnemers staan niet afwijzend tegenover een zorgwinkelcentrum<sup>2</sup> of gezondheidscentrum waarin meerdere disciplines samenwerken, sommigen beschouwen dit niet alleen als noodzakelijk, maar zelfs wenselijk (one-stop-shopping);
- de meeste deelnemers hebben er geen moeite mee dat een aantal taken wordt verricht door een physician assistant (PA), praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH) of gespecialiseerde verpleegkundigen;
- de deelnemers zijn minder bekend met overheveling (substitutie) vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn, het begrip “anderhalvelijnscentrum” is volledig onbekend;

<sup>2</sup> 'Een vergezicht nabij. Het Zorgwinkelcentrum anno 2025', november 2011, een publicatie van Zorgbelang Drenthe.

- ook de mogelijkheden van e-Health zijn relatief onbekend en als men er iets van weet dan worden in de eerste plaats de (efficiency)voordelen van de zorgverlener benoemd;
- in de eerste lijn wordt verder de fysieke apotheek als belangrijk ervaren, met name vanwege de deskundigheid bij controle op medicijn(gebruik);
- ook de fysiotherapeut wordt als een belangrijke voorziening gezien, die in de nabijheid beschikbaar moet blijven;
- voor veruit de meeste deelnemers geldt dat de tandarts wel wat verder weg gevestigd mag zijn en de meesten zeggen niet echt een “band” te hebben met hun tandarts.

### Ziekenhuiszorg

- de meerderheid van de deelnemers realiseert zich dat het ziekenhuislandschap aan het veranderen is (bewustwording);
- de bereidheid om (verder) te reizen voor complexe zorg is bij nagenoeg alle deelnemers aanwezig, mits diagnose en nazorg in de buurt plaatsvinden;
- het streekziekenhuis (voor spoedopvang en relatief eenvoudige behandelingen) moet voor een meerderheid binnen 30 reisminuten bereikbaar zijn;
- de deelnemers hebben niet een goed beeld wat basisziekenhuiszorg zou moeten omvatten, maar uiteindelijk is daar toch “consensus” over bereikt;
- deelnemers geven aan geen inzicht te hebben in de kwaliteit van ziekenhuizen en/of medisch specialisten, waardoor ze geen idee hebben voor welke kwaliteit ze (verder) moeten reizen;
- dat ziekenhuizen zich specialiseren, wordt in het algemeen niet beschouwd als een probleem, maar voorwaarde is wel een evenwichtige spreiding van (basis)ziekenhuiszorg;
- specialisten moeten volgens de deelnemers heen en weer reizen tussen verschillende ziekenhuislocaties;
- een meerderheid van de deelnemers vindt een te grote invloed van de zorgverzekeraar op hun keuze van behandeling c.q. ziekenhuis ongewenst;
- bij verder reizen wordt aangegeven dat de zorgverzekeraar de reiskosten moet vergoeden, zeker voor mensen met een smalle beurs, ook bij nacontrole;
- volgens de meeste deelnemers moet de samenhang tussen de tweede en eerste lijn (huisarts) meer gestimuleerd worden om doublures te voorkomen en om de beschikbaarheid van eenduidige informatie voor burgers (sneller) te ontsluiten;
- er is een significant verschil in de uitkomsten tussen de panels in Assen en Eelde en de andere vier panels met betrekking tot de spoedzorg, hetgeen verklaard kan worden uit de beschikbaarheid van twee ziekenhuizen in de stad Groningen, c.q. het Wilhelmina ziekenhuis in Assen.

### Informele zorg en mantelzorg

- deelnemers aan de enquête en panels geven aan slechts tijdelijk en in geringe frequentie (paar keer per jaar) informele zorg te willen verlenen;
- men is niet bereid lijf gebonden zorg (wassen en aankleden) te geven;
- een aantal deelnemers vindt dat de samenwerking tussen de informele zorg (incl. mantelzorg) en formele zorg beter kan en moet;
- mantelzorg is doorgaans geen keuze en de deelnemers vinden dat ondersteuning (vanuit de overheid) een vereiste is om dit gedurende langere tijd te kunnen volhouden;
- er gaapt een kloof tussen landelijk beleid (systeemwereld) en de praktische mogelijkheden c.q. bereidheid van burgers (mensenwereld) om mantelzorg en/of vrijwilligerswerk te verrichten;
- de acceptatie van een door de overheid “opgelegde participatiesamenleving” is laag, vrijwilligheid is het uitgangspunt;
- burgers op het platteland zijn meer bekend met (vrijwillige) initiatieven en noemen voorbeelden in hun dorp;

- door oudere deelnemers aan de panels wordt aangegeven dat naoberschap vroeger als een plicht werd gezien en ervaren, dus moet dat niet “geromantiseerd” worden;
- de overgrote meerderheid verwacht niet dat informele zorg en mantelzorg een oplossing is om aan de stijgende zorgvraag tegemoet te kunnen komen;
- hoewel een deel van de ondervraagden bezorgd is over de betaalbaarheid van de (toekomstige) zorg, is de bereidheid om een solidair stelsel te handhaven en te financieren groot.

### Hoofdconclusie van het onderzoek

De respondenten van de enquête en deelnemers aan de panels ervaren – behoudens een enkele uitzondering – geen knelpunten in het huidige basiszorgvoorzieningsniveau. Men realiseert zich wel dat er veranderingen zullen plaatsvinden in de (nabije) toekomst en is bezorgd over de consequenties daarvan. Over de rol die de zorgverzekeraar speelt bij de (her)inrichting van het zorglandschap wordt zeer kritisch geoordeeld, terwijl de toenemende rol van gemeenten nauwelijks wordt benoemd. Burgers geven aan actief betrokken te willen worden bij de veranderingen en geven aan invloed te willen uitoefenen op de te maken beleidskeuzes, bij voorkeur in combinatie met de professionele kennis en ervaring van Zorgbelang Drenthe.

## 5.2 Aanbevelingen

### Algemeen

De stijgende en veranderende zorgvraag van burgers zal bij een gelijkblijvend of krimpend aanbod leiden tot fricties en hiaten. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van basiszorgvoorzieningen leeft bij de inwoners van de provincie Drenthe en de beleidsmatige aandacht voor de regio lijkt toe te nemen. Zo heeft de minister van VWS in een brief van 6 maart 2015 aan de Tweede Kamer haar visie op de curatieve zorg in krimpregio's<sup>3</sup> geschetst. Volgens de minister vervullen de perifere ziekenhuizen een belangrijke functie en moeten deze uit oogpunt van leefbaarheid behouden blijven. Een evenwichtige spreiding van basiszorgvoorzieningen vraagt echter om meer en ook een intensievere samenwerking tussen verschillende partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheden en burgers) dan nu het geval is. Institutionele grenzen en belangen zullen ondergeschikt (gemaakt) moeten worden aan een toekomstbestendige zorginfrastructuur. Experimenten om nieuwe concepten te ontwikkelen en uit te testen vragen om een integrale en domein-overstijgende toekomstvisie, stevige ambitie, atypische initiatieven en een actieve betrokkenheid en invloed van vertegenwoordigers namens én met burgers. Gelet op de veelheid aan – soms tegenstrijdige – data is een nadrukkelijke aanbeveling om meer onderzoek te doen naar de toekomstige zorgvraag in Drenthe, onderverdeeld naar de drie regio's. Naast “evidence based” moet daar ook “experience based” een vast en gelijkwaardig onderdeel van zijn (worden).

### Eerstelijnszorg

- investeer in nieuwe en andere manieren om de vestiging van huisartsen in plattelandsregio's te bevorderen, waarbij ook financiële prikkels (bonus en/of hogere compensatie voor apothekhoudende huisartsen) betrokken kunnen worden;
- de huidige financiering houdt onvoldoende rekening met de samenstelling van de bevolking (sociaal-economische gezondheidsverschillen) en dat pleit voor (meer) onderzoek naar en invoering van een populatie gerelateerde bekostiging;
- samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines moet verder gestimuleerd en geïntensiveerd worden, opdat een dekkende eerstelijns zorginfrastructuur ook in de toekomst geborgd kan worden;

---

<sup>3</sup> Kamerbrief minister van VWS d.d. 6 maart 2015 (kenmerk: 728266-133506-C2)

- vestiging in een multidisciplinair gezondheidscentrum en/of anderhalvelijns centrum – goed gespreid over de provincie – kan meer gestimuleerd worden, waarbij perverse prikkels in bekostigingssystematiek geëlimineerd moeten worden;
- onderzoek in hoeverre de gangbare rolopvatting en –invulling van huisartsen aansluit bij de toekomstige zorgvraag, zowel in relatie tot een hogere en meervoudige zorgvraag als tot het “consumptiegedrag” van burgers;
- investeer meer in e-Health toepassingen en betrek burgers actief bij de ontwikkeling en invoering daarvan;
- investeer nadrukkelijk in (de opleiding van) gespecialiseerde verpleegkundigen en praktijkondersteuners huisartsenzorg;
- onderzoek vanuit het perspectief van burgers op welke wijze de apotheek van de toekomst (fysiek/virtueel) eruit moet zien en op welke wijze die gerealiseerd kan worden;
- ontwikkel – in samenwerking met andere ketenpartners – een vitaliteitscampagne, teneinde gedrag en leefstijl in een zo vroeg mogelijk stadium positief te beïnvloeden.

### Ziekenhuiszorg

- ontwikkel met alle partijen een samenhangende en eenduidige toekomstvisie op de (basis)ziekenhuiszorg in het Noorden (Drenthe), opdat beschikbaarheid en bereikbaarheid ook in dunbevolkte regio’s geborgd wordt;
- betrek in een veel eerder stadium (representanten van) de bevolking in het betreffende adherentiegebied bij de toekomstplannen van ziekenhuiszorg en vergroot de (mede)zeggenschap van burgers;
- het imago van zorgverzekeraars is met name op het gebied van ziekenhuiszorg slecht, omdat het regionale belang onvoldoende aandacht krijgt in de ogen van burgers; een nadrukkelijke aanbeveling richting zorgverzekeraars is dan ook om een realistische toekomstvisie te ontwikkelen samen met (vertegenwoordigers van) burgers en de inkoop van (ziekenhuis)zorg specifiek af te stemmen op de regionale zorgvraag;
- ontwikkel heldere en voor burgers toegankelijke prestatie-indicatoren, die naast de medisch-technische kwaliteit informatie geven over de ervaren kwaliteit van zorg;
- onderzoek in hoeverre de gangbare rolopvatting en –invulling van medisch specialisten aansluit bij de toekomstige zorgvraag, zowel in relatie tot een veranderende zorgvraag als tot het “consumptiegedrag” van burgers;
- vergroot de toepassing van e-Health toepassingen, waarbij het “voordeel” voor burgers als uitgangspunt wordt genomen;
- samenwerking met de eerstelijnszorg dient geïntensiveerd en verbeterd te worden, hetgeen pleit voor experimenten en de ontwikkeling van andere concepten; dat vraagt om het loslaten van bestaande instituties en een stimuleringsbudget. Ontwikkel in Drenthe het eerste meer-generaties-model van gezondheidszorg 3.0.

### Informele zorg en mantelzorg

- onderzoek of en zo ja op welke wijze de mogelijkheden van informele zorg beter ingezet kunnen worden en experimenteer met systemen als “tegoeduren” (time banking)<sup>4</sup>;

---

<sup>4</sup> “tegoeduren”(time banking): is a community programm that allows the voluntary exchange of services between members.



- de overbelasting van mantelzorgers is groot, naast een campagne gericht op werkgevers zou in het onderwijs (meer) aandacht besteed moeten worden aan het thema mantelzorg. Een serie praktijkgerichte lessen/modules kan ervoor zorgen dat potentiële, toekomstige mantelzorgers beter zijn voorbereid;
- over de (lange termijn) effecten van overbelaste, soms jonge mantelzorgers is relatief weinig bekend en dat vraagt om vervolgonderzoek c.q. effectmeting;
- gemeenten zouden een bewustwordingscampagne moeten starten over de veranderingen in het “sociale domein” en de betekenis ervan voor burgers, bij voorkeur in samenwerking met lokale partijen en met de kennis en ervaring van Zorgbelang Drenthe;
- beleidsmakers van de (rijks)overheid staan te ver af van de dagelijkse realiteit en een “leergang maatschappelijke oriëntatie” voor ambtenaren kan een zinvolle bijdrage leveren om daar verandering in te brengen;
- richt “leer” gemeenschappen van (zorg)professionals, mantelzorgers en vrijwilligers in, waarbij bereikbare doelen worden gesteld;
- wijzig de methode van projectopzet en de voorwaarden voor financiering, naar de methodiek van “rapid prototype” (snel kijken of iets werkt, zo niet dan stoppen);
- organiseer “huiskamergesprekken” met bijvoorbeeld de buren om te kijken of er (in de toekomst) een mogelijke behoefte aan (in)formele zorg ontstaat;
- wijknetwerken zijn cruciaal om sociale omgeving en de zorg te verbinden, sociale teams kunnen daarbij belangrijk zijn maar dat hoeft niet. Experimenteer dus ook met andere vormen;

### Hoofdaanbeveling n.a.v. het onderzoek

Ontwikkel een gezamenlijke (transitie)agenda voor de toekomstige inrichting van het Drentse zorglandschap. Zorgbelang Drenthe beveelt daarbij nadrukkelijk aan om de methodiek van transitie-experimenten<sup>5</sup> te benutten.

WAAROM  
MOEILIK DOEN  
ALS  
HET SAMEN KAN

*Loeije*

PROFESSOR HET AL JAREN SPREKER

<sup>5</sup> Een transitie-experiment is een innovatieproject dat beoogt te leren over een maatschappelijke opgave en heeft niet alleen tot doel om een maatschappelijke ontwikkeling te beïnvloeden door op kleine schaal in te breken in bestaande structuren. Minstens zo belangrijk is het om door middel van een transitie-experiment te leren over wenselijke ontwikkelingsrichtingen en manieren om die te bevorderen.