



10 / 24



WIE ZORGT ER VOOR DE ZORG?

DE VERANDERENDE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE ZORG IN FRYSLÂN

CIJFERS / MENSEN / INZICHT

// INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
Inleiding	4
Deel I. De veranderende verantwoordelijkheid voor zorg	7
1. De verantwoordelijkheid voor zorg van 1850 tot nu	8
2. De veranderende verdeling van de verantwoordelijkheid	12
<i>Deelconclusie I: Naar een gedeelde verantwoordelijkheid van overheid, markt en mienskip</i>	20
Deel II. Inwonersperspectief op de veranderende verantwoordelijkheid	21
3. Verhalen van inwoners over hun ervaring met de zorg	22
4. Inwonersperspectieven vanuit de data	28
<i>Deelconclusie II: Inwoners bereid om zorg te leveren, maar met ondersteuning en grenzen</i>	36
Reflectie	38
Bronnenlijst	42

Informatie over de uitvoering van het onderzoek is te vinden in de [onderzoeksverantwoording](#) op planbureau Fryslân.nl.

// SAMENVATTING

In dit rapport wordt de verandering van de verantwoordelijkheid voor het organiseren en bieden van de zorg in Fryslân onderzocht, met de focus op de toenemende verantwoordelijkheid van de mienskip - inwoners en hun sociale verbanden. Waar langere tijd de verantwoordelijkheid vooral lag bij de overheid en de (gereguleerde) markt (zorgaanbieders en zorgverzekeraars), wijzen de afgelopen decennia en de huidige zorgtransformaties op een gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheid, markt en mienskip. Achtergrond van deze ontwikkeling wordt gevormd door de stijgende zorgvraag en een afnemend zorgaanbod. Huidig beleid, zoals het Integraal ZorgAkkoord en Gezond Actief Leven Akkoord, moedigt inwoners aan om zelf meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid en om informele zorg te bieden in hun omgeving.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt echter dat er een discrepantie is tussen de beleidsaannames en wat inwoners willen, kunnen en mogen doen. Inwoners zijn vaak bereid om lichte zorgtaken op te pakken en mee te betalen aan de zorg van anderen ('willen'). Een grote meerderheid van de inwoners ziet het bieden van zorg echter wel als een verantwoordelijkheid van de overheid. Verder laat het rapport zien dat een groot deel van de inwoners van mening is dat er geen of slechts kleine veranderingen nodig zijn in de gezondheidszorg, terwijl het beleid inzet op transformaties. Ondanks dat inwoners aangeven dat veranderingen niet echt nodig zijn, hebben zij wel minder vertrouwen in het ontvangen van de juiste zorg in de toekomst dan zij hebben voor het heden. De onderzoeksresultaten laten ook zien dat de draagkracht van de inwoners beperkt is door bijvoorbeeld de ervaren belasting van mantelzorg ('kunnen'). Bovendien voelen inwoners dat zij niet altijd voldoende invloed hebben op de verleende zorg ('mogen'), wat leidt tot frustratie. Door deze beperkingen met betrekking tot willen, kunnen en mogen, ontstaan spanningen tussen beleidsdoelen en de praktische haalbaarheid voor inwoners om meer verantwoordelijkheid te dragen. Het rapport concludeert dat, om de verantwoordelijkheid voor de zorg te verdelen tussen overheid, markt en mienskip, er oog moet zijn voor de verantwoordelijkheid die de mienskip wil, kan en mag dragen. Dit betekent dat de transformaties van het zorgsysteem zo ingericht moeten worden dat de mienskip overweg kan met de haar toebedeelde rol, of dat er gekeken wordt naar alternatieven. Door gezamenlijk plannen te ontwikkelen met alle betrokken partijen kan er een toekomstbestendige zorg worden gecreëerd.



// INLEIDING

De zorg in Nederland en Fryslân staat voor grote uitdagingen. Door vergrijzing, de toename van chronische ziekten en een afnemend aantal zorgverleners staat het huidige zorgsysteem onder grote druk. De zorgvraag stijgt, terwijl het zorgaanbod daalt en de kosten blijven toenemen. Om het zorgstelsel toekomstbestendig te maken, worden er op landelijk, provinciaal en regionaal niveau transformaties doorgevoerd die impact hebben op wie verantwoordelijk is voor het organiseren en bieden van zorg. Deze transformaties zijn echter niet alleen afhankelijk van de overheid en (gereguleerde) markt (zorgaanbieders en zorgverzekering), maar ook inwoners en hun sociale verbanden spelen een cruciale rol in deze transformaties.

Dit rapport onderzoekt hoe de verantwoordelijkheid voor de zorg is veranderd en wat de impact van de hedendaagse transformaties is op de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de overheid, de markt en de inwoners en hun sociale verbanden. Hierbij is het perspectief van de inwoners van groot belang om te begrijpen of, en hoe, deze gedeelde verantwoordelijkheid kan worden gerealiseerd. Dit onderzoek richt zich daarbij specifiek op Fryslân en haar inwoners. Hier is voor gekozen omdat de uitdagingen in de gezondheidszorg in een regio als Fryslân nog sterker aanwezig zijn, onder andere vanwege de bevolkingssamenstelling in Fryslân met een groter aandeel 65-plussers en de grotere afstand tot zorgvoorzieningen [1, 2]. Verder speelt de mienskip - de inwoners en hun sociale verbanden - in Fryslân een belangrijke rol, wat zich bijvoorbeeld uit in een hoger percentage Friezen dat vrijwilligerswerk doet dan het landelijk gemiddelde.

Waar de overheid de wettelijke kaders stelt, financiering biedt en regie voert, de markt de formele zorg regelt, wordt van de mienskip een groeiende verantwoordelijkheid verwacht met betrekking tot preventie en informele zorg. Planbureau Fryslân levert met dit rapport een bijdrage aan het debat over de toekomst van ons zorgsysteem door inzicht te bieden in hoe de mienskip kijkt naar deze veranderende verantwoordelijkheid voor de zorg. De centrale onderzoeksvragen van dit rapport zijn dan ook:

Welke veranderingen zijn er wat betreft de verantwoordelijkheid voor de zorg? En wat is het perspectief van de inwoners van Fryslân op die veranderende verantwoordelijkheid voor de zorg in Fryslân?

Het Nederlandse zorgsysteem

Om te begrijpen wat er gaat veranderen in de zorg is het nodig om het Nederlandse zorgsysteem uit te leggen. Het Nederlandse zorgsysteem is opgebouwd uit een combinatie van publieke en private kenmerken, met basiswaarden solidariteit, betaalbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit (zie kader). Zorg wordt aangeboden door de markt (bijvoorbeeld door ziekenhuizen en huisartsen), maar is sterk gereguleerd door de overheid. Verreweg de meeste van deze marktpartijen hebben geen winstoogmerk, maar winstuitkeringen zijn niet verboden. Iedereen is verplicht een zorgverzekering af te sluiten via particuliere zorgverzekeraars. De zorg wordt gefinancierd vanuit een solidariteitsbeginsel door premies van inwoners en belastingbijdragen, waardoor deze toegankelijk blijft voor iedereen, ongeacht inkomen of medische geschiedenis [6].

Het zorgsysteem kent diverse aspecten. Prominent aanwezig is de curatieve zorg, gericht op behandeling en genezing van ziekten, die zorg door huisartsen, ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg omvat en medicatie. Deze zorg wordt gefinancierd door de verplichte basis zorgverzekering en geleverd door particuliere instellingen, zoals ziekenhuizen en huisartspraktijken. Naast curatieve zorg biedt Nederland een uitgebreid systeem van langdurige zorg, dat vooral van belang is voor ouderen en mensen met een beperking. Deze zorg, gefinancierd uit overheidsmiddelen, is bedoeld voor mensen die langdurig intensieve zorg nodig hebben, bijvoorbeeld in verpleeghuizen of via thuiszorg [7].

De curatieve en langdurige zorg zijn grotendeels gebaseerd op een medisch model, dat de nadruk legt op formele zorg die diagnoses stelt en ziekten behandelt [8]. Maar het systeem dreigt vast te lopen, waardoor er meer aandacht is gekomen voor een ander belangrijk aspect van zorg: de informele zorg, verzorgd door - in Fryslân vaak genoemd - de mienskip. Zo bieden inwoners onderling zorg en ondersteuning aan elkaar, bijvoorbeeld door boodschappen te doen voor de buurman, mantelzorg te leveren aan hun partner en te wandelen met de grootouder die alleen thuis zit.

In het Nederlandse zorgsysteem staan vier basiswaarden centraal [3, 4, 5], die op gespannen voet kunnen staan:

Solidariteit: Dit betekent dat iedereen, ongeacht hun gezondheid of inkomen, bijdraagt aan en toegang heeft tot zorg. Gezonde mensen dragen bij aan de kosten voor zieken.

Betaalbaarheid: Zorg moet voor iedereen financieel toegankelijk blijven. De kosten van de zorg worden gedragen door het collectieve systeem, zoals verzekeringen en overheidsbijdragen.

Bereikbaarheid: Iedereen moet toegang hebben tot zorg, ongeacht waar ze wonen of wat hun persoonlijke situatie is.

Kwaliteit: De zorg die geleverd wordt, moet van hoge kwaliteit zijn, wat inhoudt dat patiënten goede en veilige zorg ontvangen.

Het rapport

Het doel van dit rapport is om u, als lezer, aan te zetten tot nadenken over de toekomst van ons zorgsysteem en de inzet van de huidige transformaties, door u te informeren over de uitdagingen en verantwoordelijkheden in de zorg, hoe deze verantwoordelijkheden (kunnen) veranderen voor de betrokken partijen en wat het perspectief van de inwoners van Fryslân hierop is.

Dit rapport is opgesplitst in twee onderdelen (I en II) met elk twee hoofdstukken. Deel I beantwoordt de vraag *Welke veranderingen zijn er wat betreft de verantwoordelijkheid voor de zorg?* Het start met een historisch overzicht van de verantwoordelijkheid voor het bieden en organiseren van de zorg in Nederland sinds het einde van de 19e eeuw tot nu (Hoofdstuk 1). Vervolgens worden de hedendaagse veranderingen van de verantwoordelijkheid voor de zorg geschetst aan de hand van de vier grootste zorgprogramma's en akkoorden (Hoofdstuk 2). Dit biedt een beeld van de verdeling van verantwoordelijkheid in de zorg in heden en verleden.

Het tweede onderdeel van dit rapport geeft antwoord op de vraag *Wat is het perspectief van de inwoners van Fryslân op de veranderende verantwoordelijkheid voor de zorg in Fryslân?* Door middel van interviews is onderzocht wat de ervaringen van inwoners met zorg zijn en hoe ze hierdoor de zorg ervaren (Hoofdstuk 3). Om te achterhalen hoe inwoners denken over de verantwoordelijkheden in de zorg, de veranderingen die er gaande zijn en wat zij mogelijk zelf kunnen doen, is een grootschalig vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder Friese inwoners via Panel Fryslân (Hoofdstuk 4). Het verslag hiervan tezamen met de ervaringen van inwoners geeft een uitgebreid beeld van het perspectief van de inwoners van Fryslân.

Het rapport sluit af met een reflectie op het onderzoek en bevindingen die hieruit volgen (Hoofdstuk 5).

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met een expertgroep van ervaringsdeskundigen uit Fryslân, die zelf zorg hebben gegeven en/of ontvangen. Samen met hen is de aard en uitvoering van het onderzoek gekozen. Met deze expertgroep zijn tijdens meerdere groepssessies de thema's bepaald, is de vragenlijst ontworpen, zijn de analyses gekozen en de resultaten gededd. Verder zijn met vijf ervaringsdeskundigen uit deze groep interviews gehouden. De actieve participatie van deze ervaringsdeskundigen was van grote waarde voor het onderzoek naar de veranderende verantwoordelijkheden in de zorg.

Meer informatie over de uitvoering van het onderzoek is te vinden in de [onderzoeksverantwoording](#).

// DEEL I. DE VERANDERENDE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR ZORG

In het eerste onderdeel van dit rapport (Hoofdstuk 1 en 2) wordt antwoord gegeven op de vraag: *Welke veranderingen zijn er wat betreft de verantwoordelijkheid voor de zorg?* Dit deel onderzoekt de historische ontwikkeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg en de impact van de hedendaagse zorgtransformaties.

Hoofdstuk 1 begint met een historisch overzicht dat laat zien hoe de verantwoordelijkheid voor zorg zich vanaf de 19e eeuw tot nu heeft ontwikkeld. Door maatschappelijke veranderingen, zoals industrialisatie en de opkomst van de verzorgingsstaat, nam de landelijke overheid in de vorige eeuw een steeds grotere rol op zich. Sinds de jaren '80 zien we echter een beweging richting decentralisatie en mienskip, waarbij lokale overheden, de markt (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) en inwoners zelf meer verantwoordelijkheid krijgen.

In hoofdstuk 2 wordt gekeken naar de huidige transformaties in de zorg. Dit hoofdstuk bespreekt belangrijke akkoorden en programma's zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het WOZO-programma en het TAZ-programma. Deze initiatieven beogen de zorg efficiënter en duurzamer te maken door taken te verschuiven naar gemeenten, in te zetten op meer samenwerking en innovaties, en een sterk beroep op inwoners te doen om te werken aan preventie en zorg en ondersteuning te leveren.



// 1. DE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR ZORG VAN 1850 TOT NU

Hoe de verantwoordelijkheid voor de zorg nu geregeld is en hoe er gekeken wordt naar mogelijke veranderingen is mede bepaald door het verleden. In dit hoofdstuk wordt in grote lijnen een historisch overzicht geschetst van waaruit de hedendaagse situatie van de verantwoordelijkheid voor de zorg is ontstaan.

1850 tot 1940: de nachtwakersstaat

In de negentiende eeuw verwachtte de landelijke overheid van haar inwoners dat zij zelf de verantwoordelijkheid namen om in hun levensonderhoud te voorzien, ook in het geval dat zij zorg nodig hadden. De overheid maakte beperkt beleid op nationaal niveau en gemeenten en particuliere instellingen waren verantwoordelijk voor de uitvoering daarvan. Wanneer inwoners bij ziekte niet voor zichzelf konden zorgen, werd verwacht dat familie de zorg opving. Kerken en gemeenten waren het vangnet voor wanneer die zorg uit bleef. Hulp van deze organisaties werd echter wel gezien als een teken van zwakte of armoede omdat diegene niet in staat was om voor zichzelf of zijn familie te zorgen en daardoor afhankelijk werd van hulp. Daarnaast kon niet iedereen gebruik maken van dit vangnet. Er waren strenge regels, bijvoorbeeld dat alleen de meest behoeftigen steun kregen, dat de hulp tijdelijk was, of dat men eerst al het mogelijke moest hebben gedaan om voor zichzelf te zorgen. Vaak waren er ook gedragsvoorschriften of morele voorwaarden [9].

Tijdens de industrialisatie in tweede helft van de negentiende eeuw werden economische markten minder lokaal. Ook werd armoede zichtbaarder, stegen gezondheidsrisico's en ontstonden er slechte werkomstandigheden [10]. Mede hierdoor zag de landelijke overheid in dat de zorg niet langer overgelaten kon worden aan lokale organisaties en maakte zij enige wet- en regelgeving op dat gebied [9]. Zo richtte de overheid in 1856 het Geneeskundige Staatstoezicht op waardoor onder andere "inspecteurs volksgezondheid" onderzoek gingen uitvoeren naar hygiëne [6].

Om inkomstenverlies door ziekte te beschermen en medische kosten te dekken, werden ziekenfondsen opgericht door leden van beleggingsfondsen, fondsen van werkliedenverenigingen, vakbonden en commerciële partijen. Deze ziekenfondsen groeiden in de 19e eeuw snel. Aan de meeste fondsen konden alleen inwoners deelnemen die onder een bepaalde inkomensgrens vielen. Van inwoners met een hoger inkomen werd verwacht dat zij zelf hun ziektekosten konden betalen [6]. Sommige arbeiders voelden zich niet vertegenwoordigd door de artsen uit de burgerlijke klasse die de bestaande ziekenfondsen bestuurden. Daarom startten zij een eigen beweging met onderlinge ziekenfondsen, waar zij zich konden verzekeren tegen medische kosten. In 1926 waren er in Nederland 148 onderlinge ziekenfondsen [11, 12].

1940 tot 1970: de verzorgingsstaat

In 1941 kondigde de Duitse bezetter het Ziekenfondsbesluit af en voerde daarmee het systeem in van de Duitse Krankenkasse, naar het Bismarckiaanse model. Dit model houdt in dat zorg wordt gefinancierd door het betalen van premies aan sociale verzekeringen, waar de landelijke overheid systeemverantwoordelijk is. Het Bismarck-model werd in 1941 omgezet in de Ziekenfondswet.

In het naoorlogse Nederland probeerde de Commissie van Rhijn vanuit het gedachtegoed van het Britse Beveridge rapport de staat meer verantwoordelijkheid te laten nemen voor de sociale zekerheid van haar burgers, door middel van een stelsel dat voor iedereen toegankelijk is [13, 14]. Dit liep echter tegen verzet aan van de confessionele en liberale partijen.

De grote confessionele partijen (zoals de Katholieke Volkspartij en de Anti-Revolutionaire Partij) hechtten waarde aan het subsidiariteitsbeginsel vanuit hun christelijke sociale leer. Zij vonden dat zorg en sociale zekerheidstaken zo dicht mogelijk bij de burgers moesten worden uitgevoerd, bijvoorbeeld door kruisverenigingen en oranjeverenigingen. De landelijke overheid moest alleen ingrijpen als lagere overheden of maatschappelijke instanties het probleem niet zelf konden oplossen [14, 15]. De liberale partijen legden nadruk op individuele vrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Zij waren van mening dat de overheid alleen moest ingrijpen wanneer het absoluut noodzakelijk was en dat burgers zelf verantwoordelijkheid moesten nemen voor hun welzijn, bijvoorbeeld door particuliere initiatieven [15]. Dit maakte hen kritisch ten aanzien van een centrale overheidsrol en te sterke staatsinmenging.

Deze twee visies hadden invloed op de opbouw van de verzorgingsstaat, waar compromissen werden gesloten om enerzijds de sociale verantwoordelijkheid van de overheid te erkennen, maar anderzijds ook de rol van private en lokale initiatieven te waarborgen. Onder minister-president Drees (Partij van de Arbeid) vond de invoering van diverse afzonderlijke wetten voor de sociale zekerheid geleidelijk plaats (bijvoorbeeld AOW en AWW). De compromissen leidden tot een hybride systeem waarin zowel overheidstoezicht als private en maatschappelijke organisaties een belangrijke rol speelden in het leveren van zorg [13, 14].

De uitbreiding van de verzorgingsstaat was mogelijk vanwege de groeiende welvaart in de jaren zestig. De Volksgezondheidsnota van 1966, waarin de landelijke overheid zich richtte op het reguleren van kosten in de zorg, kan worden gezien als een eerste teken dat de gezondheidszorg als een samenhangend geheel en als één beleidsdomein werd beschouwd [6]. Tegelijkertijd droeg de emancipatie en toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen ook bij aan de behoefte aan een sterkere verzorgingsstaat. Vrouwen, traditioneel de primaire zorgverleners binnen gezinnen, gingen vaker buitenshuis werken, waardoor er minder tijd overbleef voor de zorg voor familieleden [16]. De economische stabiliteit, toenemende welvaart en toenemende verwachting van de burgers ten opzichte van de overheid, vergrootte de maatschappelijke vraag naar formele zorgvoorzieningen. De uitbreiding van de ziekenfondswet in 1964 en de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 boden hiervoor een oplossing. De AWBZ garandeerde iedere Nederlander toegang tot langdurige zorg, ongeacht financiële draagkracht, en compenseerde zo voor de afname van informele zorg. De kosten werden gedekt via een verplichte verzekering, gefinancierd uit een inkomenspremie [6].

1970 tot 2000: afslanking van de verzorgingsstaat

De jaren '70 en '80 waren een periode van economische crisis en maatschappelijke verandering. Na de 'gouden jaren' van de naoorlogse wederopbouw kwam Nederland in de jaren '70 in een recessie terecht, gekenmerkt door hoge inflatie en werkloosheid [6, 13]. Als gevolg van de economische crises in 1973 en 1981 en de werkloosheid die daarbij ontstond, kwam de financiële houdbaarheid van het zorgsysteem onder druk te staan [17]. Deze druk werd verder versterkt door de vergrijzing en de toenemende levensverwachting, waardoor de vraag naar zorg en de kosten stegen. Ook was er kritiek op de verzorgingsstaat. Inwoners zouden door het gebruik van zorgvoorzieningen te afhankelijk zijn van de staat, het systeem was fraudegevoelig en het stelsel was nog te veel gericht op een gezin met een éénverdiener [18].

Door onder andere de crises en deze kritieken koos de landelijke overheid ervoor om de verzorgingsstaat af te slanken. Dit deed zij door terug te treden en zorg meer aan de marktwerking en mienskip (de inwoners en hun sociale verbanden) over te laten.

Voorbeelden hiervan zijn de deprivatisering van voorheen overheidsbedrijven (bijvoorbeeld de PTT en de NS) en particuliere zorgverzekeraars die aanvullende verzekeringen aanboden, maar ook de maatregelen om zorg vanuit instellingen naar de thuisomgeving te verplaatsen (extramuralisering) en om enige eigen bijdragen te vragen voor de kosten van bepaalde zorgvormen (waaronder medicijnen en hulpmiddelen). Men ging er vanuit dat door de marktwerking producten en diensten efficiënter konden worden geproduceerd en dat inwoners aangemoedigd moesten worden om meer eigen regie te voeren op hun gezondheid [9]. Hoewel door de marktwerking de private partijen meer controle in handen gekregen, bleef de overheid de markt reguleren door middel van verschillende toezichtsorganen [13].

In deze periode begon voor gemeenten ook het geleidelijke proces van zorg- en welzijnstaken decentralisatie vanuit de landelijke overheid. In de jaren '70 kregen gemeenten een uitbreiding van hun verantwoordelijkheden op het gebied van begeleiding en welzijn, waarbij ze meer verantwoordelijkheid moesten nemen voor het welzijnsbeleid. In de jaren '80 werden diverse andere taken gedecentraliseerd, waaronder de thuiszorg, mantelzorgondersteuning en welzijnswerk (Welzijnswet 1987). In de jaren '90 nam de decentralisatie verder toe, waarbij gemeenten verantwoordelijk werden voor opvang, sociale activering, preventie en het verstrekken van hulpmiddelen aan inwoners met een beperking (Wet Voorzieningen Gehandicapten uit 1994) [19].

2000 tot nu: op weg naar een participatiesamenleving

In de eenentwintigste eeuw zet de privatisering, decentralisering en nadruk op eigen verantwoordelijkheid uit de jaren tachtig door. Deze ontwikkeling werd ook mede versterkt door demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing en de toenemende levensverwachting, die de druk op de zorgkosten verhoogden. Onder de kabinetten Balkenende van 2000-2010 werd de eigen verantwoordelijkheid van de inwoner voor de zorg benadrukt en het belang van een kleinere landelijke overheid [20]. Een deel van de professionele zorg zou geholpen moeten worden door informele zorg, verleend door de inwoners [21]. Dit betekende niet dat er direct vormen van formele zorg verdwenen, maar wel dat er sprake was van een afslanking van bestaande voorzieningen.

In 2006 werd de zorgverzekeringswet (ZVW) van kracht. Iedereen in Nederland, ook inwoners met een hoog inkomen, moest zich vanaf dat moment aanmelden bij een zorgverzekeraar naar keuze en verplicht een basisverzekering afsluiten [6]. Met de ingang van de ZVW heeft de landelijke overheid een deel van haar uitvoerings- en organisatietaken overgedragen aan de zorgverzekeraars. De primaire taak van de overheid is vanaf nu het bepalen van de kaders waarin zorgverzekeraars het gezondheidsbeleid mogen uitvoeren [22].

Vanaf 2010 onder kabinet Rutte kreeg de eigen verantwoordelijkheid van de inwoners verder vorm en begon de decentralisatiegolf voor gemeenten met de participatiesamenleving, de WMO 2007 en 2015 en de participatiewet in 2015. Gemeenten kregen meer verantwoordelijkheid voor belangrijke zorg- en welzijnstaken en er werd gesteld dat inwoners verantwoordelijkheid dienen te nemen voor zijn of haar eigen leven. Een hedendaags voorbeeld hiervan is één van de uitgangspunten in het Integraal Zorgakkoord (IZA) uit 2022: 'passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg, pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan' [23]. De afslanking van formele zorg en de nadruk op eigen verantwoordelijkheid hebben geleid tot een grotere afhankelijkheid van mantelzorgers en een toenemende vraag naar vrijwilligers.

In de eenentwintigste eeuw wordt de uitvoering van de zorg, onder toezicht van de landelijke overheid, dus meer overgelaten aan de markt en mienskip.

Maar ook preventie en gezondheidsbevordering beginnen een belangrijker rol te spelen. De overheid bemoeit zich nu ook meer met het privéleven van inwoners, door verschillende maatregelen te nemen die moeten leiden tot gezonder gedrag van de inwoner. Een voorbeeld hiervan zijn de campagnes om roken en overmatig alcoholgebruik te ontmoedigen. Ook op andere terreinen laat de invloed van de overheid zich nog duidelijk gelden. In haar poging om beter te reguleren is de overheid door de tijd heen vervlochten geraakt met organisaties en instellingen die zich tussen de overheid en de mienskip bevinden, door bijvoorbeeld subsidies [24]. Zo opereerden ziekenhuizen onafhankelijk van de overheid en werden ze gefinancierd door particuliere initiatieven of gemeenschappen, maar zijn ze tegenwoordig vaak semi-overheidsorganen geworden. Ziekenhuizen ontvangen geld van de overheid, maar ze kunnen alleen geld ontvangen wanneer ze voldoen aan de eisen van de overheid. Hierdoor heeft de overheid vrij veel invloed gekregen op de ziekenhuizen. De markt zoals deze een rol speelt in het zorglandschap, is dan ook een sterk geregeerde.

De veranderende verantwoordelijkheid voor de zorg: Naar een gedeelde verantwoordelijkheid van overheid, markt en mienskip.

Dit hoofdstuk beschrijft hoe en waarom de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg door de tijd heen is veranderd. Waar de mienskip in brede zin eerst verantwoordelijk was voor zorg, verschoof die verantwoordelijkheid in de loop van de twintigste eeuw meer en meer naar de landelijke overheid. Maar sinds de jaren '70 zijn de markt en mienskip een centralere rol gaan vervullen onder toezicht van de overheid. Dit wordt gezien als noodzaak voor kostenbesparing, maar ook vanwege de wens om de landelijke overheid alleen die verantwoordelijkheden op te laten nemen die niet bij lagere overheden of de inwoners zelf kunnen worden neergelegd.

Tegelijkertijd is de overheid voor de uitvoering van haar zorgbeleid afhankelijk van andere partijen, zoals gemeenten, de markt en de mienskip. Dit leidt tot een tegenstrijdige situatie in de 21e eeuw. Enerzijds stimuleert de overheid inwoners om actiever te participeren in de samenleving en een grotere eigen verantwoordelijkheid te nemen. Anderzijds probeert zij tegelijkertijd meer controle uit te oefenen onder andere op het privéleven van inwoners, door bijvoorbeeld gedrag te sturen op gezondheidsgebied (zoals bij roken en alcohol). Een vergelijkbare tegenstrijdigheid zien we op bestuursniveau: terwijl gemeenten meer taken krijgen, neemt de landelijke overheid maatregelen om hun handelen te reguleren en controleren. Deze voortdurende spanning tussen autonomie en controle is kenmerkend voor de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg tussen overheid, markt en mienskip.

// 2. DE VERANDERENDE VERDELING VAN DE VERANTWOORDELIJKHEID

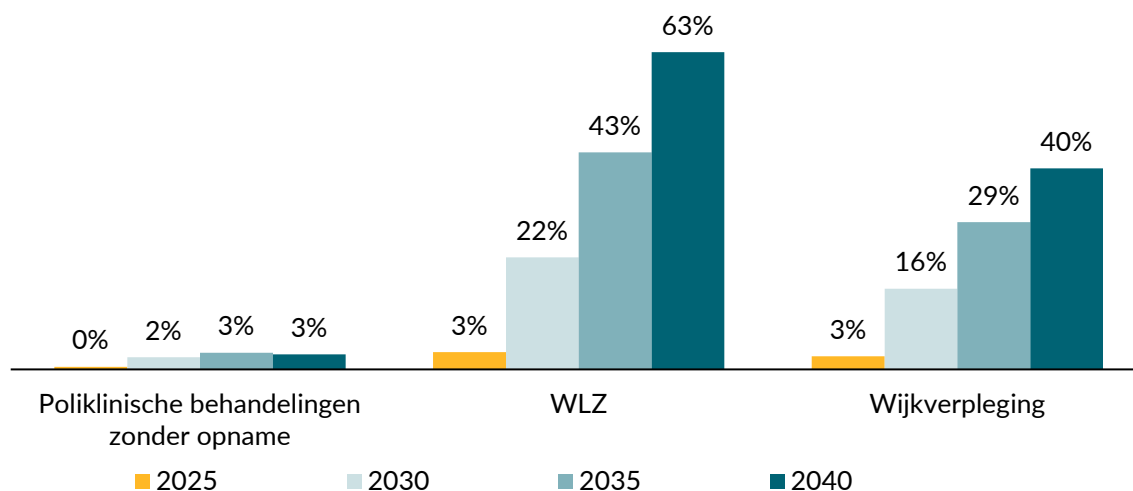
De historische ontwikkeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, laat zien hoe de rol van de overheid, markt en mienskip door de jaren heen is verschoven. Dit hoofdstuk gaat verder in op de huidige veranderingen in de verantwoordelijkheid voor de organisatie en het bieden van zorg. Eerst worden de drie grootste uitdagingen in de zorg uiteengezet: de toenemende zorgvraag, het afnemende zorgaanbod en de stijgende prijzen (2.1 Het huidige zorglandschap). Deze trends helpen om te begrijpen waarom de veranderingen in verantwoordelijkheden noodzakelijk worden geacht. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de specifieke akkoorden en programma's die deze veranderingen vormgeven, en hoe deze de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, markt en mienskip verandert (2.2. De veranderingen vanuit de zorgtransformaties).

2.1 Het huidige zorglandschap

De toenemende zorgvraag

Mede door de vergrijzende bevolking, waarin we meer oudere inwoners hebben, en de toename van chronische ziekten, stijgt de zorgvraag. Prognoses tonen een beeld van 2040 waarin ten opzichte van 2024 het aantal mensen die jaarlijks poliklinische behandelingen hebben zal stijgen met 3%. Het aantal inwoners die zorg volgens de Wet Langdurige Zorg (WLZ) ontvangen zal stijgen met 63%, zoals het verblijven in een zorginstelling en 24-uurs zorg aan huis, en het aantal gebruikers van wijkverpleging zal stijgen met 40% (zie figuur 1).

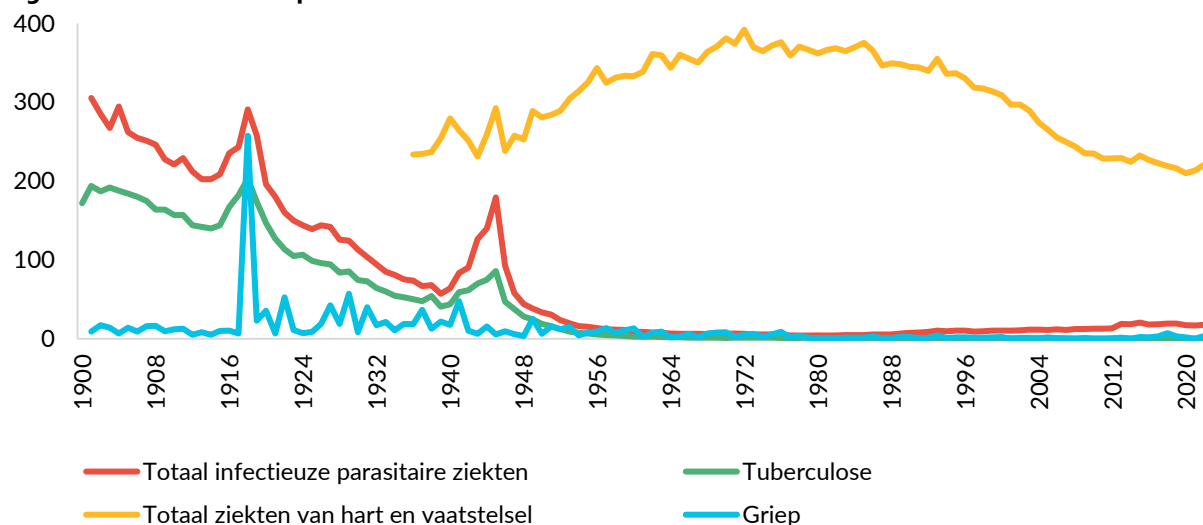
Figuur 1: Toename aantal cliënten/patiënten die zorg gebruiken ten opzichte van 2024



Bron: [25], bewerkt door Planbureau Fryslân

De toenemende zorgvraag ontstaat mede door de veranderende ziektes waaraan inwoners overlijden (zie figuur 2). Waar men begin 20ste eeuw voornamelijk overleed aan infectieziekten, waaronder griep, tuberculose en parasitaire infecties, is dit halverwege de 20ste eeuw al veranderd naar hart- en vaatstelselziekten. Dit zijn ziektebeelden waarmee men, met behandelingen, lang kan leven. Maar hierdoor heeft men wel langer zorg nodig, al hoeft dit geen probleem te zijn als er voldoende zorgverleners zijn.

Figuur 2: Doodsoorzaken per 100.000 inwoners in Nederland van 1900 tot 2022

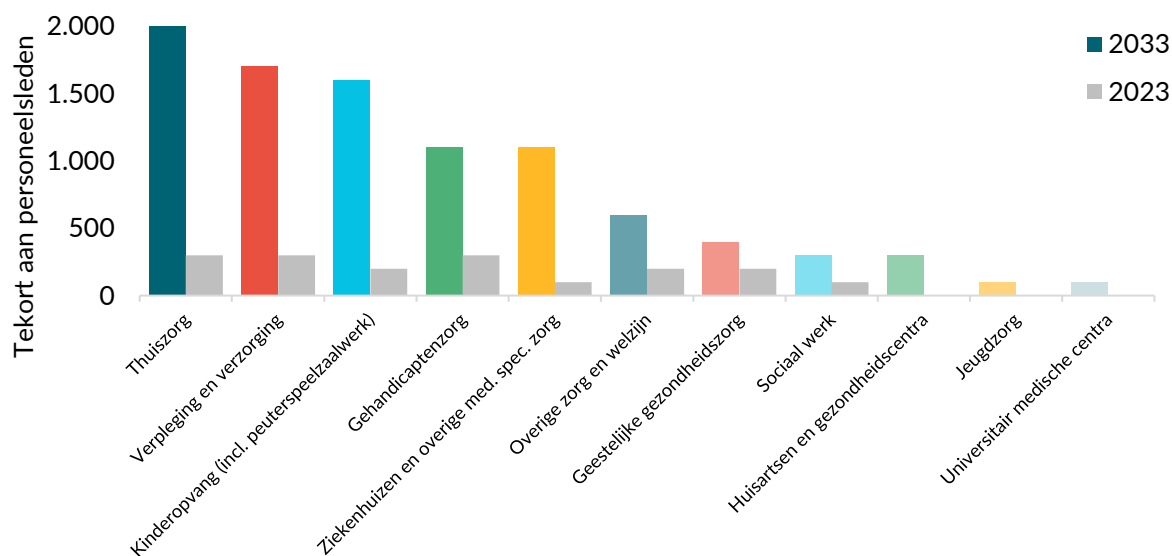


Bron: [25], bewerkt door Planbureau Fryslân

Het afnemende zorgaanbod

Er zijn nu al tekorten aan potentiële zorgverleners en dit zorgaanbod tekort zal verder toenemen. In Fryslân zullen de tekorten in 2033 vooral het hoogst zijn in de thuiszorg, en de verpleging en verzorging (zie figuur 3). Dit tekort wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de provincie aan het vergrijzen is en de grootte van de beroepsbevolking afneemt.

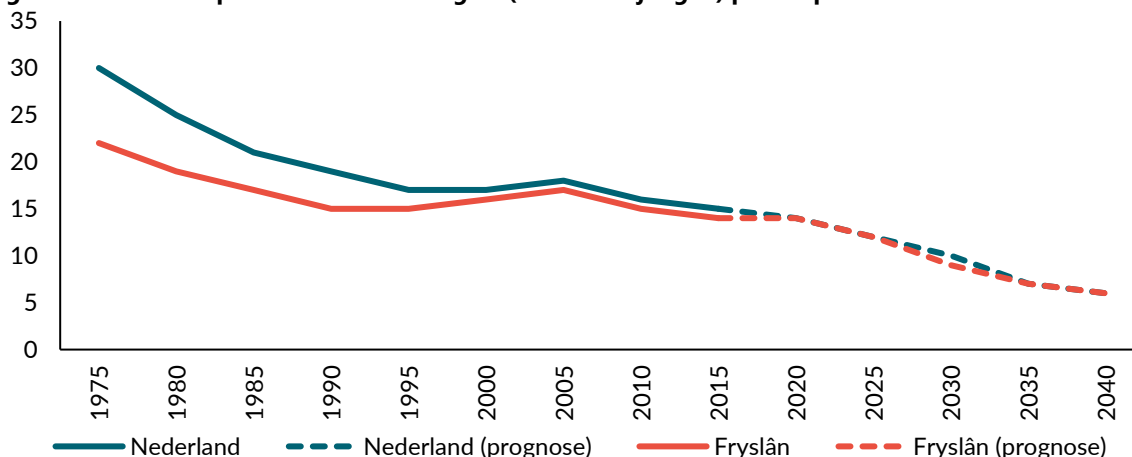
Figuur 3: Arbeidsmarkttekorten in 2033 ten opzichte van 2023 in Fryslân



Bron: [27], bewerkt door Planbureau Fryslân

Een populaire oplossingsrichting voor het tekort aan formele zorgverleners is mantelzorg, maar het aantal potentiële mantelzorgers neemt ook af. Doorgaans verlenen de 50- tot 75-jarigen de meeste mantelzorg, en hebben de mensen boven de 85 dit het meeste nodig [28]. Op dit moment neemt het aantal mensen tussen 50 en 75 af, terwijl het aantal 85-plussers juist toeneemt. Waar er in Fryslân in 1975 nog 22 potentiële mantelzorgers waren per 85-plusser, is dit gedaald naar 14 potentiële mantelzorgers in 2020. De verwachting is dat in 2040 nog 6 potentiële mantelzorgers per 85-plusser beschikbaar zijn. Een hoge zorgvraag en een laag zorgaanbod leiden tot een stijging van de kosten en toenemende druk op ons zorgstelsel.

Figuur 4: Het aantal potentiële mantelzorgers (50- tot 75-jarigen) per 85-plusser van 1975 tot 2040

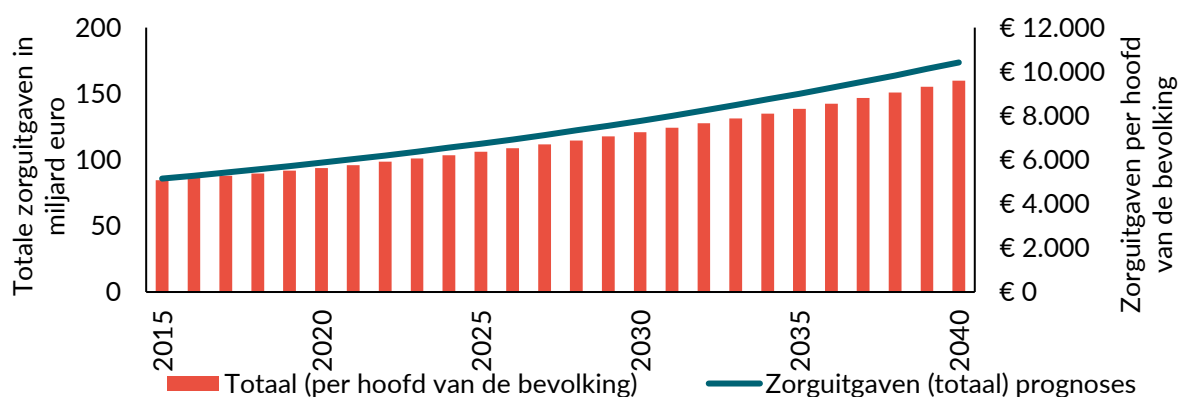


Bron: [28], bewerkt door Planbureau Fryslân

De stijgende zorgkosten

De hiervoor genoemde uitdagingen zijn van invloed op de zorgkosten. De afgelopen jaren stegen de kosten van de totale zorg, maar ook per hoofd van de bevolking. Naar verwachting zullen de komende jaren de kosten verder stijgen, van rond de €5.000 per jaar per inwoner in 2015 naar €9.500 in 2040 (figuur 5). Dit is bijna een verdubbeling. Deze stijgende kosten per hoofd van de bevolking komen door de eerdergenoemde veranderende samenstelling van de bevolking en stijgende zorgvraag.

Figuur 5: Prognoses zorguitgaven in miljard euro en zorguitgaven per hoofd van de bevolking, in Nederland van 2015 tot 2040.



Bron: [29], bewerkt door Planbureau Fryslân

Nederland staat dus voor een onhoudbare situatie. De vraag naar zorg neemt toe, evenals de bijbehorende kosten. Tegelijkertijd is er een afname van zowel formele zorgverleners als informele zorgverleners (mantelzorgers). Dit leidt tot een situatie waarin de betaalbaarheid, kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg onder druk staan. Hoe kunnen we voldoende kwaliteit en kwantiteit van zorg blijven leveren als het geld en de zorgverleners daarvoor ontbreken?

2.2 De veranderingen vanuit de zorgtransformaties

Om de betaalbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit van zorg te borgen, zijn er landelijk programma's en akkoorden actief, die regionaal worden toegepast. Elk initiatief richt zich op specifieke aspecten van de zorg, maar allen delen het doel om de zorg in stand te houden, waarbij ook een verandering in de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg nodig is. Hieronder worden de vier grootste programma's en akkoorden uit 2022 en 2023 genoemd waarvoor financiële middelen zijn gealloceerd en op dit moment worden uitgevoerd, met voorbeelden van hun impact op de verantwoordelijkheidsverdeling. Daarna wordt er ingegaan op de overkoepelende veranderingen die uit deze programma's en akkoorden voortvloeien.

Zorgakkoorden zijn afspraken tussen verschillende partijen in de zorg, zoals de overheid, zorgverzekeraars, zorgverleners, en soms ook patiëntenorganisaties. Deze akkoorden leggen afspraken vast over beleid, financiering en doelen op korte en lange termijn. Rondom de zorg zijn er twee belangrijke akkoorden: het IZA en het GALA.

- Het Integraal Zorgakkoord (IZA) uit 2022 beoogt een grootschalige herziening van het zorgsysteem, gericht op samenwerking en integraliteit tussen verschillende zorgsectoren. De uitvoerende partijen zijn de zorgverzekeraars, zorgverleners en gemeenten. Het IZA richt zich onder andere op het bevorderen van een gezonde leefstijl, het verbeteren van samenwerkingen tussen sectoren, het gebruik maken van technologische innovaties in de zorg en kostenbeheersing [23].
- Een tweede belangrijk programma is het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) uit 2023. Het GALA richt zich op het verbeteren van de volksgezondheid door een combinatie van preventieve en promotionele gezondheidsmaatregelen. De belangrijkste transformatierichtingen van GALA die uitgevoerd worden door de gemeenten en GGD 'en zijn gemeenschapsgericht werken, preventieve zorg en gezonde leefstijl [30].

Zorgprogramma's zijn concrete, meer uitvoeringsgerichte initiatieven die praktische stappen beschrijven om specifieke doelen te bereiken. Ze zijn vaak een direct resultaat van akkoorden of beleid en richten zich op implementatie en vernieuwing. Recent zijn er twee programma's vastgesteld, de WOZO en TAZ.

- Het Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen programma (WOZO) is specifiek gericht op de vergrijzende bevolking en het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor ouderen. De transformatierichtingen van het WOZO-programma die uitgevoerd worden door de gemeenten omvatten zelfstandig wonen, ondersteuning en zorg, en sociale inclusie [31].
- Het Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) richt zich op het aanpakken van de arbeidsmarktvraagstukken in de zorg- en welzijnssector. De transformatierichtingen van TAZ die uitgevoerd worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gericht op zorgprocessen, goed werkgeverschap en leren en ontwikkelen [32].

Tabel 1: Veranderingen in verantwoordelijkheid voor de zorg in de vier recente akkoorden en programma's

	Integraal zorgakkoord	Gezond en Actief Leven Akkoord
Inwoners	<p>Meer verantwoordelijkheid dragen voor eigen gezondheid door in te zetten op zelfzorg, preventie en gezonde leefstijl. Meer eigen regie voeren over gezondheid, onder andere door het gebruik van digitale middelen.</p> <p>Bijdragen aan de zorg voor naasten, bijvoorbeeld door mantelzorg te verlenen aan familieleden, vrienden of burens.</p> <p>Deelnemen aan gemeenschapsinitiatieven of als vrijwilliger helpen bij het bieden van zorg en ondersteuning.</p>	<p>Zelf regie nemen over de eigen gezondheid en een gezonde leefstijl omarmen.</p> <p>Deelnemen aan lokale initiatieven om de sociale samenhang te versterken en een netwerk te creëren waarin mensen elkaar kunnen ondersteunen zonder dat professionele zorg direct nodig is.</p> <p>Waar mogelijk als mantelzorger of vrijwilliger zorg en ondersteuning bieden aan mensen in de eigen omgeving die dat nodig hebben.</p>
Zorg-aanbieders	<p>Inzetten op de implementatie van passende zorg (zorg die werkt tegen een redelijke prijs, waar samen over wordt besloten en die dicht bij de patient staat).</p> <p>Actief deelnemen aan het contracteringsproces met zorgverzekeraars en zorgen voor een gelijkgerichte samenwerking binnen de hele zorgketen.</p> <p>Samenwerken aan passende zorg en inzetten op arbeidsbesparende maatregelen, kwaliteitsverbetering en zorgverplaatsing naar de thuissituatie.</p>	<p>Bevorderen van een gezonde leefstijl en samenwerken met andere partijen om preventie centraal te stellen.</p> <p>Bijdragen aan vroegtijdige signalering van kwetsbare inwoners.</p> <p>Het integreren van leefstijlgerelateerde interventies in de curatieve zorg voor aandoeningen gerelateerd aan ongezonde leefstijl.</p>
Zorg-verzekeraar	<p>Verantwoordelijkheid nemen voor het sturen op de transformatie naar passende zorg.</p> <p>Regionale samenwerkingsplannen ontwikkelen en ondersteunen, waarbij nauw wordt samengewerkt met zorgaanbieders en gemeenten.</p> <p>Zorgen voor een transparant en efficiënt contracteerproces met minder administratieve lasten voor zorgaanbieders.</p>	<p>Investeren in preventie door samen te werken met gemeenten om een regionale preventie-infrastructuur op te bouwen.</p>
Landelijke overheid	<p>Gezonde leefomgeving mogelijk maken door gezondheid mee te nemen in beleidsbeslissingen op diverse domeinen.</p> <p>Implementatie van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg en stimuleren dat gegevensuitwisseling gestandaardiseerd wordt.</p>	<p>Ervoor zorgen dat gezondheid een onderdeel wordt van besluitvorming in andere beleidsdomeinen.</p> <p>Ondersteunen van gemeenten bij het opzetten van lokale ketenaanpakken.</p>

Gemeenten	Bevorderen van zelfredzaamheid en het bieden van ondersteuning aan kwetsbare inwoners. Beschikbaar houden van Wmo-voorzieningen.	Lokale aanpakken ontwikkelen voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Zorgen voor een sterke sociale basis door informele zorg, zoals mantelzorg, te ondersteunen en laagdrempelige ontmoetingsplekken en voorzieningen te creëren. Zorgen voor een gezonde fysieke leefomgeving door gezondheidskundige kennis toe te passen bij de inrichting van wijken.
------------------	---	--

Vervolg Tabel 1: Veranderingen in verantwoordelijkheid voor de zorg in de vier recente akkoorden en programma's

	Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen	Toekomstbestendige arbeidsmarkt zorg en welzijn
Inwoners	<p>Zo lang mogelijk zelfredzaam blijven en actief bijdragen aan informele zorg voor hun omgeving.</p> <p>Gebruik maken van digitale hulpmiddelen indien mogelijk.</p> <p>Zich beter voorbereiden op hun oude dag door tijdig keuzes te maken over hun woonomgeving en zorgbehoeften.</p>	<p>Inwoners, en specifiek mantelzorgers, krijgen een centrale rol in het verlenen van informele zorg.</p> <p>Gebruik maken van digitale hulpmiddelen voor zorg en welzijn, met als doel meer eigen regie en minder belasting van de mantelzorgers.</p> <p>Begrijpen dat zorg niet altijd direct beschikbaar is in de huidige vorm, en flexibiliteit in de manier waarop zorg wordt ontvangen.</p>
Zorg-aanbieders	<p>Zorg op maat leveren en het bevorderen van zelfredzaamheid van patiënten.</p> <p>Meer gebruik maken van digitale technologieën om de zorg efficiënter te maken.</p> <p>In multidisciplinaire teams werken en de samenwerking tussen formele en informele zorg versterken.</p>	<p>Aanpassingen in werkwijzen en het verlichten van administratieve lasten.</p> <p>Ruimte bieden voor bijscholing en ontwikkeling van zorgpersoneel, om hen beter toe te rusten op veranderende zorgvragen en technologieën.</p>
Zorg-verzekeraar	<p>Financiering van preventieve zorgmaatregelen en de integratie van zorg- en welzijnsdiensten.</p> <p>Bekostigingsmodellen ontwikkelen die het gebruik van digitale zorgtoepassingen en innovaties stimuleren.</p>	<p>In inkoopbeleid aandacht geven aan goed werkgeverschap in de zorg.</p> <p>Prikkels ontwikkelen voor zorginstellingen om zorginnovaties door te voeren, en bijdragen aan de opschaling van bewezen technologieën in de zorg.</p>
Landelijke overheid	<p>Beleid ontwikkelen dat het langer zelfstandig wonen van ouderen ondersteunt, onder meer door de bouw van geschikte woningen te versnellen.</p>	<p>Beleid ontwikkelen dat gericht is op het aantrekken en behouden van zorgpersoneel.</p>
Gemeenten	<p>Sterke sociale basis in de wijken creëren om ouderen te helpen langer zelfstandig te blijven wonen. Dit omvat ook het activeren van netwerken rond kwetsbare ouderen.</p> <p>Samen met woningcorporaties en zorgaanbieders passende woonvormen voor ouderen realiseren.</p>	<p>Regionaal samenwerken met zorginstellingen en zorgverzekeraars om lokale arbeidsmarktoplossingen te ontwikkelen</p>

Deze programma's en akkoorden laten een verschuiving zien in hoe zorg wordt georganiseerd en wie verantwoordelijk is voor verschillende aspecten van zorg (zie tabel 1). Deze veranderingen kunnen worden gegroepeerd in vijf onderliggende stromingen die de verantwoordelijkheid voor de zorg beïnvloeden.

1. Zelfregie en preventie. Inwoners worden meer aangemoedigd om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en welzijn. Dit omvat een gezonde leefstijl aannemen, actief deelnemen aan preventieve maatregelen en waar mogelijk zelfzorg toepassen. Bijvoorbeeld, in het GALA ligt de nadruk op het nemen van eigen regie over gezondheid en gezonde leefstijl en in het WOZO-programma worden inwoners gestimuleerd om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen met behulp van technologische hulpmiddelen.
2. Toenemende afhankelijkheid informele zorg. Zowel de overheid als zorgorganisaties worden steeds afhankelijker van mantelzorgers en vrijwilligers, zoals familieleden, vrienden of burens. Dit wordt gezien als essentieel voor ouderen en chronisch zieken die langer thuis blijven wonen. Het IZA stelt bijvoorbeeld dat inwoners een grotere rol moeten spelen in de zorg voor naasten, terwijl het GALA deze informele zorg ondersteunt door een sterkere sociale cohesie binnen gemeenschappen te bevorderen.
3. Samenwerking en passende zorg. Zorg wordt steeds meer gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van meerdere partijen en wordt de zorg meer georganiseerd rond de patiënt, op regionaal niveau. Dit komt naar voren in het TAZ-programma, waarin samenwerking centraal staat tussen overheid, zorgverzekeraars, en zorgaanbieders om het zorgproces efficiënter te maken. Het WOZO-programma legt ook nadruk op multidisciplinaire teams om de samenwerking rondom de patiënt tussen formele en informele zorg te versterken.
4. Innovatie. Van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars worden verwacht dat ze investeren in technologische en sociale vernieuwingen om de zorg efficiënter en duurzamer te maken. Zo werken zorgaanbieders aan het opleiden van zorgpersoneel voor de toekomst en inwoners worden aangemoedigd om een grotere bereidheid te tonen voor het gebruik van technologische zorgmiddelen. In het IZA wordt bijvoorbeeld gesproken over de invoering van digitale hulpmiddelen om zelfzorg te ondersteunen, terwijl in het TAZ-programma de focus ligt op het gebruik van technologie om administratieve lasten te verminderen.
5. Decentralisatie. Gemeenten krijgen meer verantwoordelijkheid in de organisatie van zorg. Gemeenten spelen een cruciale rol in preventieve gezondheidszorg en het versterken van de sociale basis, zoals vastgelegd in het GALA en het WOZO. Gemeenten moeten samenwerken met lokale zorgaanbieders en andere stakeholders om de zorg lokaal te organiseren, terwijl de landelijke overheid toezicht houdt en financiële kaders stelt.

Samenvattend laten deze stromingen zien dat zorg niet langer uitsluitend de verantwoordelijkheid is van de landelijke overheid en markt. Er is een duidelijk tendens om tot een gedeelde verantwoordelijkheid te komen met een toenemende rol voor inwoners en een verdere decentralisatie naar gemeenten.

// DEELCONCLUSIE I: NAAR EEN GEDEELDE VERANTWOORDELIJKHEID VAN OVERHEID, MARKT EN MIENSKIP

De zorg in Fryslân staat onder druk door een toenemende zorgvraag, een afnemend zorgaanbod en stijgende kosten. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een onhoudbare situatie: de bestaande structuren zijn niet langer in staat om de toenemende vraag naar zorg op te vangen. Landelijke akkoorden en programma's reageren op deze uitdagingen door de verantwoordelijkheid voor de zorg anders te verdelen tussen overheid, de (gereguleerde) markt (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) en de mienskip (inwoners en hun sociale verbanden).

Deze veranderende verantwoordelijkheid kan worden geduid vanuit een historische context. In de loop van de 20e eeuw is de verantwoordelijkheid van de landelijke overheid voor de zorg steeds verder toegenomen, uitmondend in het ontstaan van de verzorgingsstaat waarin de landelijk overheid een centrale rol heeft. Sinds de jaren '70 zijn de markt en mienskip een centralere rol gaan vervullen (onder toezicht van de overheid) vanuit onder andere de noodzaak tot kostenbesparing en de wens om de landelijke overheid alleen die verantwoordelijkheden op te laten nemen die niet bij lagere overheden of de inwoners zelf kunnen worden neergelegd. Omdat de landelijke overheid voor de uitvoering van haar zorgbeleid afhankelijk is van gemeenten, de markt en de mienskip is er een spanning tussen autonomie en controle. Dit is kenmerkend voor de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg.

In de hedendaagse zorgakkoorden en -programma's zet deze tendens richting gedeelde verantwoordelijkheid zich voort. Initiatieven zoals het IZA, GALA, WOZO en TAZ beogen de druk op de zorg te verlichten door verantwoordelijkheden te verschuiven van de landelijke naar de lokale overheid, de markt en de mienskip. De markt wordt aangemoedigd om passende zorg te bieden en in te zetten op innovaties, de landelijke overheid ontwikkelt beleid en ondersteunt, de gemeenten zetten in op samenwerking en preventie, en van de mienskip wordt verwacht dat inwoners meer eigen regie nemen over hun gezondheid en welzijn, en mantelzorg en vrijwilligerswerk leveren.

Deze transformatie van verantwoordelijkheid kent echter ook haar beperkingen. De vraag is of de mienskip daadwerkelijk in staat is om aan deze nieuwe verwachtingen te voldoen. Dit wordt verder onderzocht in deel 2 van het rapport (hoofdstuk 3 en 4), waar het perspectief van de inwoners van Fryslân centraal staat.



// DEEL II. INWONERSPERSPECTIEF OP DE VERANDERENDE VERANTWOORDELIJKHEID

In onderdeel II van dit rapport (hoofdstuk 3 en 4) wordt de tweede onderzoeksvraag behandeld: *Wat is het perspectief van de inwoners van Fryslân op de veranderende verantwoordelijkheid voor de zorg?* In dit deel onderzoeken we hoe de inwoners zelf de verschuiving in de verantwoordelijkheden beschouwen.

Hoofdstuk 3 presenteert persoonlijke verhalen van ervaringsdeskundigen in Fryslân die dagelijks met zorg te maken hebben. Hierbij staan thema's zoals autonomie, persoonlijke aandacht en de druk op mantelzorgers centraal. Deze verhalen bieden een waardevolle inkijk in hoe de zorg en veranderingen in verantwoordelijkheid worden ervaren door inwoners die er dagelijks mee te maken hebben en waar eventuele knelpunten ontstaan.

In hoofdstuk 4 wordt het perspectief van de Friese bevolking op de veranderende verantwoordelijkheid gegeven. Op basis van kwantitatieve gegevens, verzameld via Panel Fryslân, is onderzocht hoe inwoners aankijken tegen de rol van de overheid, de markt en de mienskip in het zorgsysteem. Er wordt onder andere ingegaan op de mate waarin inwoners bereid zijn zorg te verlenen, hun kijk op mantelzorg en de ervaren barrières in het zorgproces. Ook is er gekeken naar in welke mate zij zorgtransformaties nodig vinden en hun perspectief op transformatierichtingen.



// 3. VERHALEN VAN INWONERS OVER HUN ERVARING MET DE ZORG

Uit hoofdstukken 1 en 2 blijkt dat er meer verantwoordelijkheid bij de inwoners wordt gelegd wat betreft het organiseren en bieden van zorg als onderdeel van het toekomstbestendig maken van de zorg. Om te onderzoeken of dit wenselijk is, is het van belang om de inwoners zelf aan het woord te laten. Hoe wordt de veranderende verantwoordelijkheid door de mensen ervaren die dagelijks met zorg in aanraking komen?

In dit hoofdstuk duiken we in de persoonlijke verhalen van inwoners van Fryslân, die elk vanuit hun eigen ervaringen met de zorg deze verschuivingen beleven. Planbureau Fryslân heeft hiervoor individuele gesprekken gevoerd met vijf ervaringsdeskundigen van de expertgroep. Door hun ogen gekeken krijgen we inzicht in hoe de veranderingen in verantwoordelijkheid in de praktijk worden gevoeld en waar de knelpunten en kansen liggen. Deze persoonlijke ervaringen bieden hierdoor een waardevolle context en verdieping bij de beleidsmatige verschuivingen die in de vorige hoofdstukken zijn besproken. Uit deze gesprekken kwamen vijf gedeelde hoofdlijnen naar voren:

1. **Autonomie en regie over de eigen zorg:** De meeste geïnterviewden willen inspraak hebben in hun zorgtraject en controle behouden over de beslissingen die genomen worden. Keuzevrijheid speelt hierin een cruciale rol.
2. **Menselijkheid en persoonlijke aandacht:** Een menselijke benadering in de zorg wordt gezien als noodzakelijk onderdeel van goede zorg. Wanneer zorgverleners empathisch, communicatief en betrokken zijn, ervaren de geïnterviewden dit als positief. Het tegenovergestelde, onpersoonlijke en bureaucratische zorg, wordt als frustrerend en demoraliserend ervaren.
3. **Vertrouwen in de zorg:** Wanneer zorg-systemen en -verleners goed communiceren en samenwerken, geeft dit vertrouwen. Bij slechte ervaringen, zoals verwaarlozing en fouten, neemt dat vertrouwen af. Dit vertrouwen is cruciaal voor het gevoel van veiligheid en welzijn tijdens de zorgervaring. Zolang er voldoende vertrouwen is, is er ook minder behoefte aan het overnemen van de regie, maar deze behoefte neemt toe zodra vertrouwen afneemt.
4. **Frustratie over bureaucratiesering:** De geïnterviewden hebben het idee dat documentatie en bureaucratiesering over de jaren heen steeds belangrijker wordt gevonden en meer nodig is geworden. Als oorzaken noemen ze een toename in wantrouwen, behoefte aan verbetering van overdacht en de behoefte om werk efficiënter te kunnen maken. Deze bureaucratische kant van zorg (zoals AVG) wordt vaak als negatief ervaren. Veel geïnterviewden voelen dat deze bureaucratiesering ten koste gaat van het persoonlijke contact en aandacht, wat de kwaliteit van zorg negatief beïnvloedt.
5. **De waarde en last van mantelzorg:** Mantelzorg wordt gezien als waardevol en natuurlijk. Het hoort bij het leven. Maar het kan tegelijkertijd ook zwaar en belastend zijn. De geïnterviewden ervaren een grote verantwoordelijkheid voor de zorg van hun dierbaren, maar voelen dat de formele zorgsystemen niet altijd genoeg ondersteuning bieden. Zo hebben ze het gevoel dat ze als mantelzorger steeds vaker alleen maar zorg mogen bieden, zonder informatie te krijgen over degene die ze verzorgen of zonder over de zorg mee te mogen beslissen.

Van iedere expert is een verhaal gemaakt over hun ervaringen met de zorg en een foto die ze zelf hebben gekozen over hoe ze naar de zorg kijken.

Anja: "Zou in ieder geval luisteren... Dat is al het halve werk"

Als ik nadenk over mijn ervaringen met de zorg, dan is er één ding dat altijd in mij op komt: zorg gaat over mensen, niet over systemen. Ik heb jarenlang in de thuiszorg gewerkt als Verzorgende-C en ik heb van dichtbij gezien hoe de zorg door de jaren heen veranderd is. Vroeger was het veel menselijker, er was meer tijd en aandacht voor de mensen die we verzorgden. Maar na 2010 veranderde het allemaal. Het moest allemaal sneller, efficiënter en goedkoper. Er werd steeds minder naar de persoon gekeken en steeds meer naar de klok en de regels. Ik verloor de autonomie over mijn werk, daar ben ik heel boos over geweest.

Ik heb jaren en jarenlang complexe zorg gedaan voor mijn cliënten en van het ene op het andere moment mocht ik niets meer. We mochten zelfs eenvoudige wondverzorging niet meer doen. We mochten alleen nog maar wassen en aankleden. Het was alsof ik niet langer werd vertrouwd, en dat voelde als een klap in het gezicht.

Wat me nog meer frustreerde, is hoe het systeem steeds meer betuttelend werd, vooral voor ouderen. In mijn werk zag ik hoe ouderen vaak het gevoel hadden dat ze hun vrijheid verloren, zodra ze afhankelijk werden van thuiszorg. Dat merk ik nu ook bij mijn burens, bij vrienden, en ik merk het ook bij mijzelf. Mensen zeggen: Je moet dit, je moet dat, maar we moeten helemaal niets. Het is hún huis, hún leven, en toch beslissen anderen voor hen. Ik zeg altijd: "*...als je afhankelijk wordt van de thuiszorg, al is het maar voor een klein dingetje, dan ben je je vrijheid kwijt. Want ze gaan over je beslissen.*"

Ook in mijn eigen zorg ervaar ik dat er niet altijd naar me wordt geluisterd. Artsen en praktijkondersteuners wuiven mijn klachten weg of stellen ze uit. Ik belde om te zeggen dat ik een ontsteking had en ze zeiden: dat maken wij wel uit. Dat soort reacties maken me zo boos. Ik voel me vaak niet serieus genomen, en dat doet pijn, vooral omdat ik weet hoe belangrijk het is om naar mensen te luisteren. Alles is nu gericht op regels en tijd. Vroeger had je een huisarts die langskwam, die de tijd nam om naar je verhaal te luisteren. Tegenwoordig is alles haastig en gejaagd. De zorg is niet meer menselijk, terwijl zorg altijd om mensen zou moeten draaien. Je moet mondig zijn, willen ze naar je luisteren. Jongeren, hoger opgeleiden en mannen worden serieuzer genomen in de zorg. Dat zie ik telkens weer, zelfs bij mijn eigen man. Als hij klaagt over pijn, wordt hij direct doorgestuurd naar de eerste hulp. Maar als ik iets vergelijkbaars voel, krijg ik het advies om gewoon een paracetamol te nemen. Ik ben zo ook mijn schoonbroertje en een goede vriendin te jong verloren, omdat er niet op tijd naar ze werd geluisterd.

Mantelzorg vind ik zwaarder dan professionele zorg. Je kunt daar geen afstand van nemen. Je wordt er constant mee geconfronteerd. Ik heb het gemerkt toen ik voor mijn schoonmoeder zorgde. Je mag alles doen, maar je mag niets weten. Zowel mijn schoonmoeder als de dokter vertelden niks. Het voelde alsof ik er altijd moest zijn om te helpen, maar zonder enige inspraak of zeggenschap. Dat maakte het zo zwaar.

Als ik terugkijk op mijn jaren in de zorg, denk ik aan de menselijke kant van zorg. Dat was voor mij altijd het mooiste aspect van mijn werk: het contact met mensen. Ik heb ontzettend veel geleerd van de mensen die ik verzorgde, en ik heb altijd geprobeerd om hen met respect en waardigheid te behandelen. Het is belangrijk om naar mensen te luisteren en ze het gevoel te geven dat ze gehoord worden: "*Zou in ieder geval luisteren... Dat is al het halve werk.*" Dat geldt ook voor de mensen die niet klagen, want zij hebben misschien nog wel meer aandacht nodig.



Dit ben ik rechts met mijn vriendin op de kermis in Sneek. Ze is met 34 jaar aan kanker overleden omdat de zorg haar niet op tijd serieus heeft genomen.

Piet: "maar dit doen we even anders"

We moeten als samenleving meer samen oppakken. "Dat is ook een karakter kwestie. Ik ben heel slecht in het handje ophouden bij mensen die over [boven] mij zijn gesteld. [...] Dus het is een combinatie van dat karakter en ervaring. En nou die ervaringen, die zijn een heel zootje." Zo ben ik vroeger vreselijk gepest, waardoor ik een redelijke olifantshuid heb gekregen.

Verder heb ik jaren voor mijn invalide moeder gezorgd toen ik jong was, wat niet veel in mijn omgeving voorkwam. "Maar ik heb ook nooit iets gedacht van wat doe ik goed of zo. Nee. Dat hoorde er altijd maar bij." Het was een positieve ervaring, want je kunt iets betekenen voor een ander. Je krijgt waardering en erkenning, dat betekent dan wat voor jezelf. En je kunt iets betekenen voor dat proces waar mensen in zitten en waar dan mee door kan worden gegaan.

'In 1988 ben ik in het UMCG ter dood veroordeeld. Ik had hepatitis C. En men had geen medicijnen daarvoor.' En toen ben ik via kennissen in aanraking gekomen met een klassiek homeopaat. Ik heb uiteindelijk mijn eigen middelen gezocht en dat heeft ertoe geleid dat ik onverklaarbaar geneesbaar werd verklaard. "Homeopathie is een breekpunt geweest in mijn hele levensbeschouwing bijna." Samen met mijn vrouw heb ik ook 16 jaar een praktijk gehad voor klassieke homeopathie. Daarnaast ben ik ook docent. In het onderwijs ben ik helemaal op mijn plaats. Ik vind het vooral mooi om systemen te ontwerpen binnen een opleiding, waardoor leerlingen meer gemotiveerd zijn om te leren. Ik zeg regelmatig; "maar dit doen we even anders". De eerste die zich niet aan een systeem houdt, dat ben ik.

Ik ben ook meerdere keren tegen artsen ingegaan. De zorg is erg goed in de acute behandeling en daar ben ik ook erg over te spreken. Alleen dat geneesgedeelte, daar zitten nog mogelijkheden. Mijn ervaring leert dat de zorg tegenwoordig veel te veel vastzit in protocollen, regels, en te veel wordt beïnvloed door de farmaceutische industrie. Artsen zijn vaak niet bereid om verder te kijken dan hun standaardoplossingen, en dat frustrereert me. In mijn ervaring werkt maatwerk veel beter dan vaste systemen. Patiënten moeten als individuen worden behandeld en niet worden geperst in een standaardmodel. Dat is de grote opdracht in mijn hele leven. "Kom 's onder die protocollen uit. Want dat is dooddoener van elke vorm van creativiteit."

Toen ik werkte in Albanië tijdens de Kosovo-crisis, zag ik hoe belangrijk het is om te kunnen improviseren en de patiënt centraal te stellen. Daar waren geen protocollen of systemen, en dat dwong ons om creatief te zijn in de zorg. Dat is iets wat hier in Nederland ook zou moeten: meer vrijheid voor zorgverleners en meer maatwerk voor patiënten. Om de zorg te veranderen moeten er twee dingen gebeuren: "Je moet buiten je eigen grenzen weten te stappen. En ten tweede moet je kunnen delegeren en vertrouwen." We moeten elkaar herkennen en erkennen en wederzijds serieus nemen. Ook de artsen moeten we serieus nemen. Er moet meer ruimte komen voor maatwerk waarbij we protocollen meer loslaten. Dingen veel minder bureaucratiseren en teruggeven aan de mensen, waarbij je ze ook de bevoegdheid geeft om stappen te ondernemen. "Maar dat is een maatschappelijk probleem, dat is geen gezondheidsprobleem."



Stránljipen horen echt bij Fryslân. Het zijn voor mij de vogels die het voorjaar aankondigen. "Ik vind het mooie vogels door het zwart wit en oranje, en ik vond dit plaatje leuk omdat ik dacht van, en nu samen." We moeten als samenleving meer samen dingen gaan oppakken. Een mooi voorbeeld vind ik initiatieven voor senioren zoals knarren hofjes.

Karin: "Ik ben niet zo gek op dat, op het begrip mantelzorg"

Ik ben lid van de Adviesraad Sociaal Domein. Verder heb ik 30 jaar lang mantelzorg geleverd aan mijn ouders en schoonouders. Ik had altijd een bijzondere vorm van mantelzorg. Het was niet alleen bij bijvoorbeeld mijn ouders thuis of mijn ouders bij mij in huis, maar ook in het verzorgingstehuis waar ik mijn schoonmoeder ophaalde van de dagopvang en weer naar haar appartement. *"Ik ben niet zo gek op dat, op het begrip mantelzorg"*. Mantelzorg is een geïnstitutionaliseerd begrip geworden, *"Hè, met die definitie erbij van en dan moet je zoveel uur per week dat gaan doen"* *"[...] je wordt zelfs geregistreerd geloof ik, als mantelzorger... Terwijl het, en dat was in mijn geval ook zo, gewoon een onderdeel van je normale leven."*. Toen ik zowel mijn schoonouders als mijn ouders moest helpen was dat wel erg zwaar, maar *"...dat is niet mantelzorg, dan is dat gewoon je leven waar je ook nog alle dingen bij moet doen. [...] Je moet gewoon doorgaan. Daar moet je, ja, dat klinkt raar, daar sta je ook niet bij stil, want dat, het is gewoon wat het is."* Dat is misschien ook wel mijn wat calvinistische achtergrond.

Met de zorg heb ik wisselende ervaringen. Van huis uit is me meegegeven dat je vertrouwt op de zorgprofessionals, maar ik ben door die ervaringen wel heel alert en kritisch op de zorg. Ik ben eigenwijs. Zo heb ik mijn moeder waarschijnlijk twee keer gered van de dood door nalatigheid toen ze werd verzorgd. Die fouten kwamen vooral door gebrek aan onderlinge communicatie van medewerkers of gebrek aan communicatie tussen het ziekenhuis en het verpleegtehuis. Door op te blijven letten en zelf onderzoek te doen in de bibliotheek ben ik steeds achter de fouten gekomen. Ook voor mijn eigen zorg blijft ik scherp en kritisch. Ik heb een keer in het ziekenhuis bij de geboorte van mijn zoon medicatie geweigerd die achteraf ook niet voor mij bleek te zijn. Ze hadden toen zelfs mijn zoontje omgewisseld met een andere baby. De andere moeder had bijna dezelfde achternaam.

Ik heb ook hele goede ervaringen met de zorg. Zo ging mijn vader in Leeuwarden wonen *"Ja, ze dachten heel erg met je mee, ze waren proactief, en ze boden zelf dingen aan wat je zelf niet weet."* Verder had mijn vader ook een betrokken huisarts. Ik kon met haar even overleggen als er bijvoorbeeld wat met mijn vader was. Verder sprak zij mijn vader ook even aan als hij zorg aan het mijden was. Mijn vader was namelijk zorgmijder eerste klas. Dat contact met de huisarts van je ouders kan nu waarschijnlijk niet meer met de nieuwe AVG-richtlijnen.

Ik merk wel dat de zorg erg snel verandert en probeer me daarom over mijn eigen zorg in de toekomst niet te druk te maken. We zien dat dan wel. Ik hoop wel dat mijn kinderen mij wat willen ondersteunen op mijn oude dag. Het is toch een beetje de cultuur waar ze in zijn opgegroeid. Al wil ik niet dat het voor conflict gaat zorgen. In andere culturen wordt er veel meer voor elkaar gezorgd, maar door de jaren heen is iedereen in Nederland ook wel veel individualistischer geworden en mensen wonen verder van mekaar. Bovendien ben ik door mijn werk en mijn dochter bewust geworden dat er zo veel initiatieven zijn voor ouderen. Waarom zou ik mijn kinderen dan de gordijnen in jagen door mantelzorg aan ze te vragen.



Deze foto van mijn vader is door iemand van de gemeente gemaakt. Eigenlijk kwam hij langs voor een pasfoto, omdat mijn vader die niet zelf kon laten maken, maar hij vroeg hem wat zijn favoriete plekje in het huis was. Dus ging mijn vader aan de tafel zitten, omgeven door al zijn boeken en toen is deze foto gemaakt. Ik zie dit ook als een stukje zorg en een voorbeeld van alle mooie initiatieven in Leeuwarden.

Kathalijne: "Het is heel waardevol om te mantelzorgen"

Ik werk als mantelzorgbemiddelaar bij Saar aan Huis, een organisatie die informele mantelzorg biedt aan mensen die thuis ondersteuning nodig hebben. Ik heb veel ervaring opgedaan in het ondersteunen van ouderen die in de knel raken, omdat ze niet slecht genoeg zijn om naar een instelling te gaan, maar toch niet zonder hulp kunnen. Ook ben ik al sinds mijn 25e mantelzorger. Eerst voor mijn vader, nu voor mijn moeder, die dementie heeft, en voor mijn grootmoeder, die op leeftijd is.

Mantelzorg is voor mij dat je betrokken bent bij iemand: "...en dat wil zeggen, niet betrokken omdat je een keer in de maand even een appje stuurt of even belt, maar als je echt betrokken bent bij iemands leven. [...] Je moet het verschil maken voor iemand, dus mensen moeten op jou kunnen rekenen. En dat hoeft niet perse belangeloos te zijn...", al vindt de overheid dat volgens mij wel. Deze mentaliteit komt ook wel door mijn opvoeding en mijn half Portugese achtergrond. Het was heel normaal om betrokken te zijn en voor elkaar te zorgen en dat hebben we in mijn jeugd ook voor mijn oma gedaan. Dat was een behoorlijke investering voor mijn moeder, maar het heeft ook veel mooie momenten opgeleverd. "Het is heel waardevol om te mantelzorgen." Ik heb wel het idee dat normen en waarden, ook voor elkaar zorgen en op elkaar letten, wel wat anders liggen nu.

Ik vind de zorg voor mijzelf goed geregeld, ze weten wat ze doen. En hier in het noorden wordt echt goede zorg geleverd, met mensen die echt het hart op de goede plek hebben, heel hard werken, heel betrokken zijn. Wel merk ik zowel vanuit mijn werk als vanuit de mantelzorg dat de werkdruk hoog ligt. Daardoor is met name in de ouderenzorg de tijd voor persoonlijk contact en om iemand echt te leren kennen beperkt, terwijl dit cruciaal is voor het welzijn van de mensen die we ondersteunen.

Het helpt verzorgers daarom om iemand te hebben die de cliënt kende toen die nog gezond was om zo een connectie te kunnen vinden. Ook zou het helpen als je als mantelzorger de zorg wat loslaat zodra iemand in een verzorgingstehuis komt. Je moet dan vertrouwen hebben in de zorgverleners, maar als zorgverlener moet je ook goed begrijpen dat iemand aan het loslaten is en hoe moeilijk dat is. Dat wederzijdse begrip is erg belangrijk en voorkomt onnodig conflict.

Verder vind ik de huidige privacywet niet goed werken, omdat je als familie nergens terecht kan als mensen mentaal achteruitgaan. Het kan helpen als je als mantelzorger meer op de hoogte wordt gehouden en inspraak mag leveren in de zorg die geleverd wordt of door welke organisatie dit wordt gedaan.

Ik maak me wel zorgen om de ouderenzorg en ben nu al aan het sparen. De kern van ouderenzorg is het bieden van ondersteuning die ouderen in staat stelt een waardig, comfortabel en betekenisvol leven te leiden, ondanks de uitdagingen van het ouder worden. Door de stijgende kosten en het tekort aan arbeidskrachten wordt dit in ons huidige zorgsysteem steeds lastiger. Ik zou de overheid willen aanraden om mensen op te roepen na te denken over hun zorg voor later en hier ook voor te gaan sparen. Zorg moet voor iedereen namelijk toegankelijk blijven en als je het kan betalen is het niet gek om daar wat aan bij te dragen.



Dit is mijn man met mijn moeder. Ze heeft dementie en herkent ons niet altijd meer. Tijdens een bezoek werd ze wat onrustig, toen heeft hij muziek opgezet. Hij pakte haar handen en zij keek echt naar hem. Zo van: ik weet wie je bent en ik weet wat je doet. Ik ben heel blij dat ik dit moment heb kunnen vangen dat vol vertrouwen en liefde zit. Want daar doe je het voor, en daar doet de zorg het ook voor. Die vertrouwdheid kun je alleen maar opbouwen als je, ook met mantelzorg, iemand langere tijd ontmoet. Dat is echt essentieel.

Anke*: "je kunt heel verdrietig en panisch zijn, maar dat gevoel is bij mij nooit gegeven [door de ziekenhuismedewerkers]."

Ik kom uit een echt ondernemersgezin met een nuchtere mentaliteit. Ik ben hier [meedoen als zorgexpert] gekomen vanwege mijzelf. Ik heb zelf erg positieve ervaringen met de zorg en wilde dat dat perspectief ook werd genoemd omdat de zorg niet altijd negatief is. Toen bij mij borstkanker werd geconstateerd ben ik naar Heerenveen gegaan voor een gesprek. Daar gaf ik aan dat ik graag naar het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) ziekenhuis wilde gaan omdat mijn schoonzus, die ook borstkanker heeft gehad, daar heel goed is behandeld. Het AVL was erg geschrokken hoe nalatig zij in andere ziekenhuizen (in het zuiden van het land) medisch was behandeld en hebben geprobeerd het één en ander te herstellen.

De arts in Heerenveen vond dat geen enkel probleem. "*Hij zegt; Dan doe je hier de chemo en dan word je daar geopereerd. We sturen je dossier op en je krijgt een oproep.*" Zo hoefde ik niet zo ver te reizen voor al mijn behandelingen. Wat ik zo prettig vond was die keuzevrijheid, "*...dat ze elkaar op de hoogte hielden. Ja, en dan is het de vriendelijkheid, toegankelijkheid en de nazorg.*" Uiteindelijk heb ik in Leeuwarden de bestraling gehad en alle drie de ziekenhuizen wilden mij jaarlijks controleren om te weten hoe het met me ging. Ik werd daarom drie keer per jaar gecontroleerd wat mij veel vertrouwen gaf. Verder: "*Ze zijn elke keer heel goed op de hoogte. Ook in Heerenveen, goh vorige keer heb je dit gezegd, hoe gaat het er mee*". Maar er was ook humor en ze maakten het niet zo zwaar. Alles bij elkaar was het dus heel prettig.

Bij mijn schoonzus was het wat anders. Zij is in verschillende ziekenhuizen geweest voor verschillende kankerbehandelingen. Dat is niet 100% geweest en de nabehandeling was niet goed. Dat bleek toen ze als allerlaatste strohalm in het AVL terecht kwam. Zij zei: O was ik maar eerder naar Antoni van Leeuwenhoek gegaan. "*Toen dacht ik van, nou, dat ga ik meteen doen als het ooit, ooit. En het is niet dat ik geen vertrouwen heb in Heerenveen of in Leeuwarden. Maar ik denk, ik ga er gewoon naar toe. Ja, want zij zijn expert.*" Volgens anderen stond ik er ook erg nuchter in. De arts in Heerenveen zei dat het goed behandelbaar was, liep me door het behandelingstraject heen en zei dat het eind dat jaar achter de rug zou zijn. "*Toen heb ik de stip op de horizon gezet en heb ik het maar ondergaan*". Die houding komt denk ik ook omdat ik alle vertrouwen had in Heerenveen, AVL en het Radiotherapeutisch Instituut Friesland (RIF) in Leeuwarden.

Mijn moeders ervaring met de zorg was niet zo positief. Ze lag in het MCL en dat vind ik een enorme fabriek. Als je naar een kleiner ziekenhuis gaat, dan ben je voor mijn gevoel wat meer een persoon, met een eigen identiteit. Mijn moeder ging in twee maanden tijd naar vier verschillende afdelingen en vaak wist de ene afdeling niet wat er op de andere afdeling had plaatsgevonden. Op een ochtend had ze erg veel pijn, terwijl er was verzekerd dat dat niet zou gebeuren. Nadat mijn zusje behoorlijk kwaad was geworden, kreeg mijn moeder extra pijnstillers. Op een gegeven moment vermoedde mijn moeder dat het niet lang meer ging duren, en ze wilde die dag nog naar huis. We moesten toen wel met de vuist op tafel slaan om dat voor elkaar te krijgen. Je moest erbij blijven en meedenken. Maar dat heb ik bij mijn eigen behandeling nooit gehad. "*Ik heb niet eens op internet gekeken*". Het hulpmiddelencentrum werkte trouwens wel heel snel.

Ik denk wel na over mijn zorg voor later. Bijvoorbeeld dat er een traplift in ons huis kan komen of op tijd naar een gelijkvloers huis/- flat verhuizen. Mijn moeder is vroeg weduwe geworden en heeft toen op 64-jarige leeftijd een appartement gekocht waar ze oud in kon worden. Zo kon ze zelf bepalen waar dat zou gebeuren. Ik gaf haar groot gelijk. Die eigen regie vind ik voor mezelf ook belangrijk. '

*Anke is een pseudoniem. De echte naam is bekend bij de onderzoekers.



Dit is het logo van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis waar ik hele fijne en goede zorg heb ontvangen.

// 4. INWONERSPERSPECTIEVEN VANUIT DE DATA

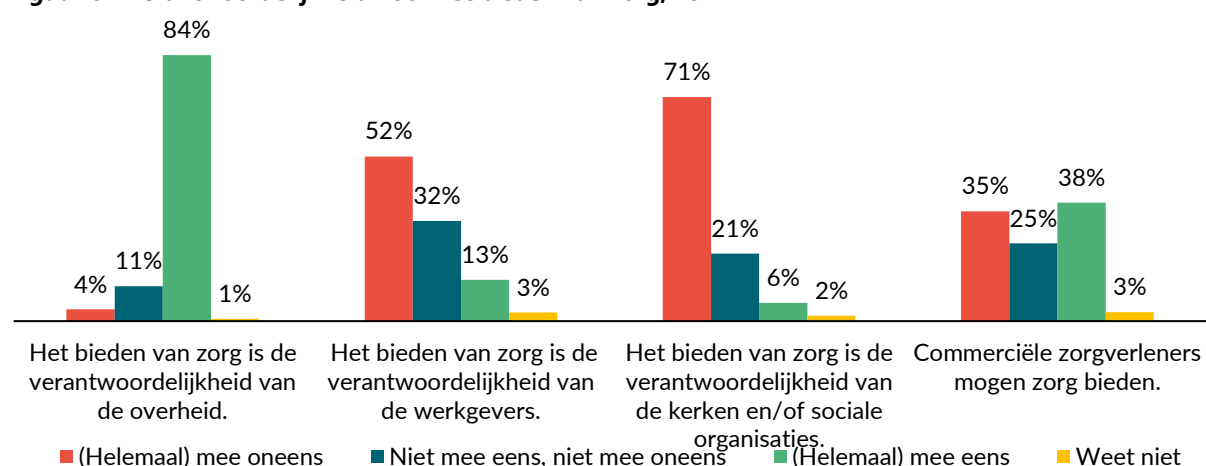
In het vorige hoofdstuk hebben we inzicht gekregen in de persoonlijke ervaringen van inwoners van Fryslân met betrekking tot de zorg. Deze verhalen weerspiegelen thema's zoals autonomie, het persoonlijk contact en aandacht in de zorg, de ervaren bureaucratie en hoe vertrouwen wordt gecreëerd in de zorg. Maar ook de waarde en lasten van mantelzorg en hoe dit is veranderd.

In dit hoofdstuk verplaatsen we ons perspectief van individuele verhalen naar een bredere populatie-analyse. Hiervoor is er een uitvraag gedaan onder alle leden van Panel Fryslân, waarin de ervaring met de zorg en de perspectieven op de zorg zijn uitgevraagd. De resultaten, uitgewerkt in dit hoofdstuk, bieden inzicht in hoe inwoners van Fryslân aankijken tegen de zorg en de veranderende verantwoordelijkheden. Verschillen tussen inwonersgroepen worden alleen getoond als die significant zijn ($p < .05$).

4.1 Verantwoordelijkheid overheid en markt

De zorg in Nederland wordt georganiseerd en geleverd door de overheid, markt en mienskip. Opvallend is dat inwoners voornamelijk kijken naar de overheid (84%) om zorg aan te bieden (zie figuur 6). In Nederland is de overheid diegene die door middel van een gereguleerde markt het zorglandschap bestuurt, maar de zorg zelf en de zorgverzekeringen worden aangeboden door de markt. Dat inwoners kijken naar de overheid zou kunnen doordat inwoners niet weten hoe het zorgsysteem werkt of doordat de vraag anders is geïnterpreteerd. Het is mogelijk dat panelleden dachten aan het organiseren van zorg in plaats van het bieden van zorg. Verreweg de meeste marktpartijen die zorg bieden of verzekeren hebben geen winstoogmerk, maar winstuitkeringen mogen wel - organisaties die dergelijke uitkeringen hanteren worden ook wel commercieel genoemd. De meningen zijn duidelijk verdeeld over het aanbieden van zorg door commerciële organisaties. Zo is 38% het er (helemaal) mee eens dat commerciële organisaties zorg mogen aanbieden en is 35% het hier (helemaal) mee oneens. De meeste inwoners zijn van mening dat het niet de verantwoordelijkheid van werkgevers (52% (helemaal) mee oneens) en kerken en/of sociale organisaties is (71% (helemaal) mee oneens) om zorg aan te bieden.

Figuur 6 - Verantwoordelijkheid voor het bieden van zorg, 2024



Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

Als deze resultaten worden uitgesplitst op persoonskenmerken, dan vallen er een aantal dingen op (zie figuur 7).

Het aandeel inwoners dat het (helemaal) eens is dat de overheid verantwoordelijk is voor de zorg, is hoog bij mensen die in de zorg werken en inwoners tot 49 jaar (87% en 88%). De categorie inwoners van 75-plus heeft het laagste percentage die het (helemaal) eens is met deze stelling (79%). Bij de stelling of commerciële organisaties zorg mogen bieden, zien we grotere verschillen. De laagste aandelen zijn 75-plussers en mensen die vroeger in de zorg werkten (30%). Het hoogste aandeel is bij de inwoners tot 49 jaar (46%).

Figuur 7 - Verantwoordelijkheid voor de zorg uitgesplitst voor leeftijd en werk. Percentage dat het (helemaal) eens is met de stelling, 2024



Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

In Nederland draagt de werkgever via de werkgeversheffing indirect bij aan de zorg. Een klein deel van de inwoners van Fryslân ziet de werkgever ook als verantwoordelijke voor het bieden van zorg (13%) (figuur 6). Uitgesplitst op persoonskenmerken is zichtbaar dat dit aandeel een stuk hoger is onder inwoners tot 49 jaar (22%) en huidige medewerkers in de zorg (21%) (figuur 7).

4.2 Verantwoordelijkheid Mienskip

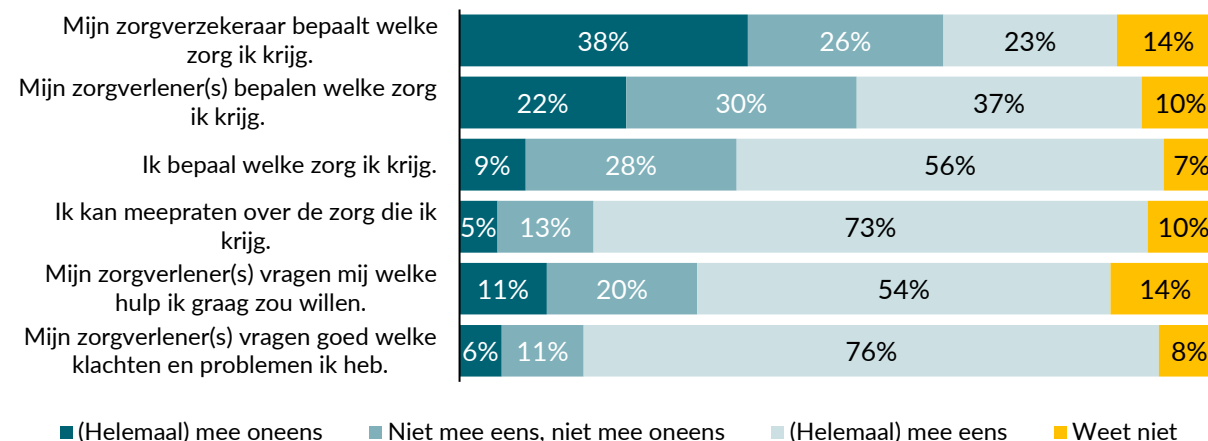
Zoals eerder gesteld in dit rapport, is de huidige ontwikkeling om meer verantwoordelijkheid voor de zorg bij de mienskip te leggen door middel van meer eigen regie en onderling zorg en ondersteuning te bieden. Eén van de meer geformaliseerde vormen van mienskip, zijn de sociale organisaties en kerken. Maar een klein deel van de inwoners (6%) ziet hen ook als verantwoordelijk voor het bieden van zorg (zie figuur 6). Als er wordt uitgesplitst op leeftijd en werkzaamheid in de zorg, dan is te zien dat onder de 75-plussers deze overtuiging het minste heerst (4%) en het meeste onder voormalige (9%) en huidige zorgwerkers (8%).

Inspraak In de zorg

In het onderzoek is gekeken naar de inspraak die inwoners ervaren met betrekking tot de zorg die ze ontvangen. Inwoners van Fryslân die de afgelopen twaalf maanden zorg hebben ontvangen, zijn het vooral eens met de stellingen dat ze kunnen meepraten over de zorg die ze ontvangen (73%) en dat zorgverleners uitvragen wat hun klachten en problemen zijn (76%) (zie figuur 8).

Echter, het percentage dat daadwerkelijk ervaart mee te mogen bepalen met welke zorg ze krijgen ligt lager (56%), net zoals het aandeel dat ervaart dat zorgverlener(s) vragen welke hulp ze zouden willen (54%). Wat betreft de ervaren invloed van zorgverleners en zorgverzekeraars op hun zorg, zien we een gemengd beeld: 23% meent dat de zorgverzekeraar invloed heeft en 37% ervaart invloed van de zorgverlener.

Figuur 8 - Inwoners-perspectief op inspraak in de zorg, 2024



Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

De laatste jaren zijn er meerdere bezuinigen geweest in de zorg. 27% van de inwoners die zorg ontvangen geven aan dat ze dit merken. Ze merken dit vooral door hogere zorgkosten, dat minder zorg wordt vergoed en ze meer moeten betalen voor hun zorgpremie en eigen bijdrage. Maar ook door langere wachttijden voor medicijnen, afspraken, onderzoeken en behandelingen en dat er minder persoonlijke aandacht en tijd is. Aan alle respondenten is gevraagd hoe de zorg die zij ontvangen kan worden verbeterd. Ze gaven de volgende antwoorden:

- Meer tijd en persoonlijke aandacht van huisartsen en specialisten tijdens consulten (23%).
- Behoeftte aan meer vrijheid voor zorgverleners om beslissingen te nemen zonder inmenging van verzekeraars (11%).
- Makkelijker maken om afspraken te krijgen met huisartsen, vooral op korte termijn (11%).
- Het beperken van hoge kosten en vergroten van vergoedingen voor behandelingen, inclusief het verlagen van de eigen risico's (6%).
- Meer gekwalificeerd personeel om de werkdruk in de zorg te verlagen (6%).

Solidariteit bij betalen

In Nederland hebben we een financieringssysteem dat grotendeels gebaseerd is op solidariteit. Zo betaalt (bijna) iedereen premie aan een zorgverzekeraar, waarmee zij zorg inkopen voor hun verzekerden. In de praktijk betekent dit dat het mogelijk is dat u uw premie betaalt, maar zelf geen gebruik maakt van zorg terwijl iemand anders dat wel doet. Daarnaast kennen we het eigen risico, wat een eigen bijdrage is die iedereen betaalt voor zorggebruik, met een vastgesteld maximum. Als we kijken naar solidariteit, zien we dat 74,5% van de inwoners bereid is om hun premies te betalen zonder zelf gebruik te maken van de zorg. Op de vraag welk aandeel van de inwoners van Fryslân volgens hen bereid is om te betalen voor de zorg van iemand anders, zien we dat de grootste groep antwoordt dat ze denken dat "sommigen wel, sommigen niet" en "de meeste mensen wel" zullen betalen. Door deze twee vragen bij elkaar te plaatsen, is te zien hoe groot de groepen zijn die een hogere of lagere mate van solidariteit hebben en ervaren (tabel 2).

De grootste groep inwoners (38%) is bereid om voor anderen te betalen en denken dat de meeste mensen of iedereen voor hen zal betalen als ze zorg nodig hebben. De op een na grootste groep (30%) heeft enige mate van onzekerheid; zij zijn bereid om voor anderen te betalen, maar weten niet zeker of anderen voor hun zorg zullen betalen. Daarnaast zijn er twee groepen die niet bereid zijn om voor iemand anders de zorg te betalen, waarbij 13% ook denkt dat niemand voor hun zorg zal betalen, en de andere 13% dat nog wel enigszins verwacht. Tabel 2 lijkt erop te wijzen dat wanneer mensen verwachten dat anderen niet bereid zijn om voor hun zorgbehandelingen te betalen, deze mensen ook minder bereid zijn om dat voor anderen te doen.

Tabel 2 - Solidariteit in financiering, 2024

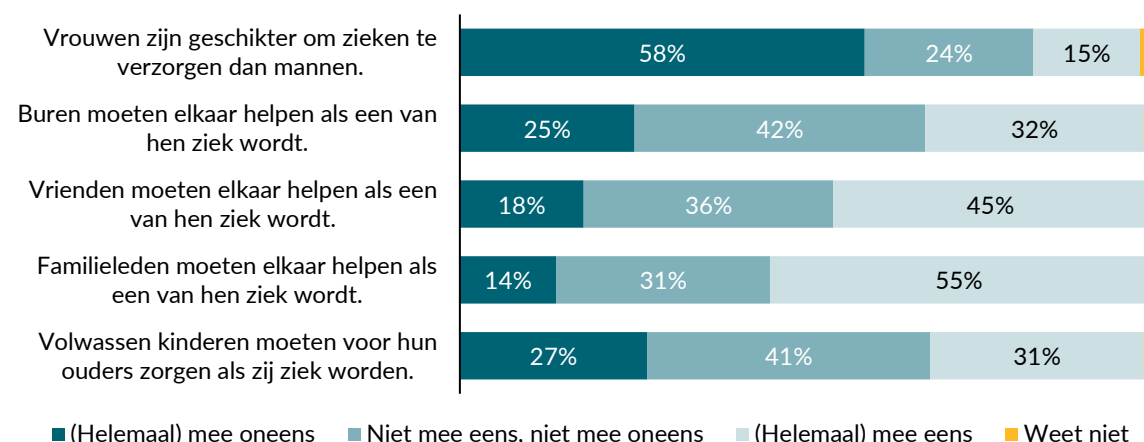
	Bereidheid om iemand anders zorgbehandelingen te betalen	
	Nee	Ja
(Bijna) niemand/ Verwachte bereidheid van Enkelen anderen om voor eigen Sommigen wel, sommigen niet zorgbehandelingen te betalen	13%	6%
De meeste mensen wel/ (Bijna) iedereen	1%	38%

Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

Ondersteunen van naasten

Diverse stellingen over de verantwoordelijkheid voor hulp en verzorging voor de mede-inwoner zijn voorgelegd aan het panel. In figuur 9 is te zien dat de meeste inwoners vinden dat familieleden elkaar moeten helpen bij ziekte (55%), gevolgd door vrienden (45%). Minder inwoners vinden dat burens elkaar moeten helpen (32%), of dat volwassen kinderen voor hun ouders moeten zorgen (31%). Over het algemeen zijn de inwoners van Fryslân het niet eens met de stelling dat vrouwen geschikter zijn om zieken te verzorgen dan mannen (58% is het hiermee (helemaal) oneens). Uitgesplitst op leeftijd valt op dat 75-plussers over het algemeen minder hulp verwachten van hun sociaal netwerk in vergelijking met de jongere leeftijdsgroepen.

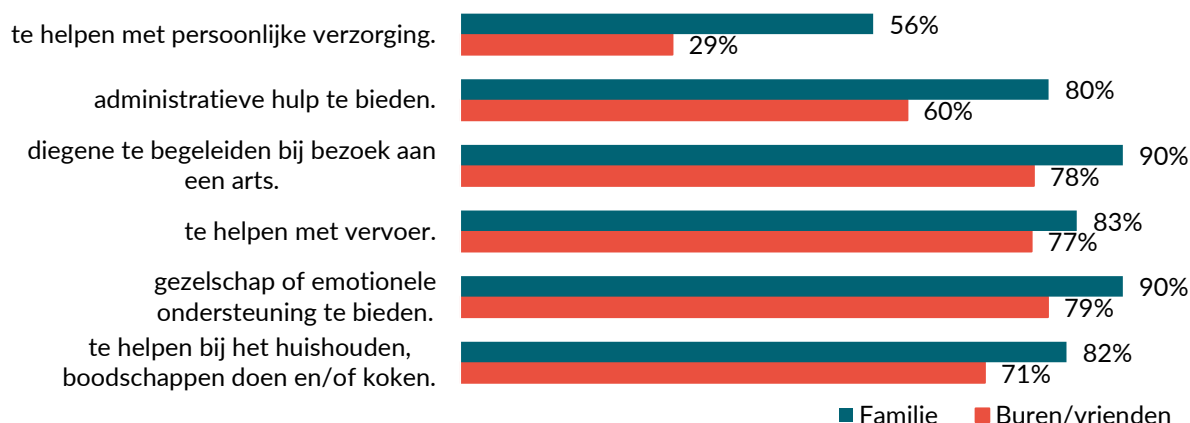
Figuur 9 - Inwonersperspectief op wie ondersteuning moet bieden wanneer iemand ziek wordt, 2024



Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

De panelleden zijn ook gevraagd in hoeverre ze bereid zijn om verschillende soorten mantelzorg te bieden aan familie of aan buren/vrienden (zie figuur 10). Men was het meest bereid om familie te begeleiden bij een bezoek aan de arts en gezelschap of emotionele steun te bieden (beide 90%). De hoeveelheid mensen die bereid waren om te helpen met persoonlijke verzorging was 56 procent. Voor buren/vrienden waren vergelijkbare resultaten te zien, maar lag met name de bereidheid om te helpen met persoonlijke verzorging een stuk lager (29%). Verder zijn minder respondenten bereid om administratieve hulp te bieden aan buren/vrienden dan aan familie (60% t.o.v. 80%).

Figuur 10 - Percentage dat het (helemaal) mee eens is: Als iemand van mijn familie of buren/vrienden ziek zou worden, dan ben ik bereid om....., 2024



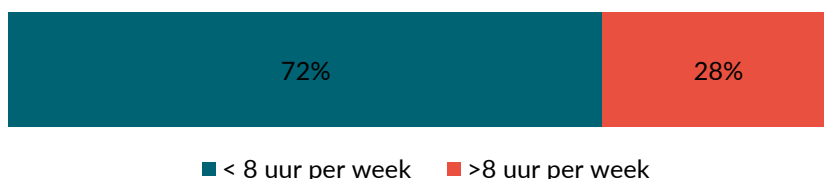
Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

Mantelzorg en overbelasting

Mantelzorg is een belangrijke vorm van zorg waarin inwoners informele zorg bieden aan elkaar. Hieronder wordt er uitgegaan van de standaarddefinitie van mantelzorg zoals gehanteerd door CBS en GGD, maar er is ook gevraagd hoe inwoners mantelzorg definiëren. Hieruit blijkt dat inwoners mantelzorg op diverse manieren definiëren, maar dat er vier elementen kunnen worden herkend: het gaat om vrijwillige hulp en zorgverlening (1), door de directe sociale omgeving (2), niet door professionals (3) en aan hulpbehoevenden (4).

In 2024 geeft 41% van de Friese bevolking aan dat ze in de afgelopen 12 maanden mantelzorg hebben gegeven, waarvan 27% van deze groep op dit moment nog mantelzorg verleent. De meeste mantelzorg is van lange duur: 93% van de mantelzorgers die nu nog mantelzorg geeft, geeft aan dat ze al langer dan 3 maanden mantelzorgtaken verricht. De hoeveelheid tijd die ze aan mantelzorg besteden verschilt, maar gemiddeld is dit 9,6 uur per week. Als we de groep mantelzorgers uitsplitsen, zien we dat 72% minder dan 8 uur per week aan mantelzorgtaken besteedt en 28% meer dan 8 uur (zie figuur 11).

Figuur 11: Aandeel mantelzorgers naar uren die men aan mantelzorg besteedde per week, 2024

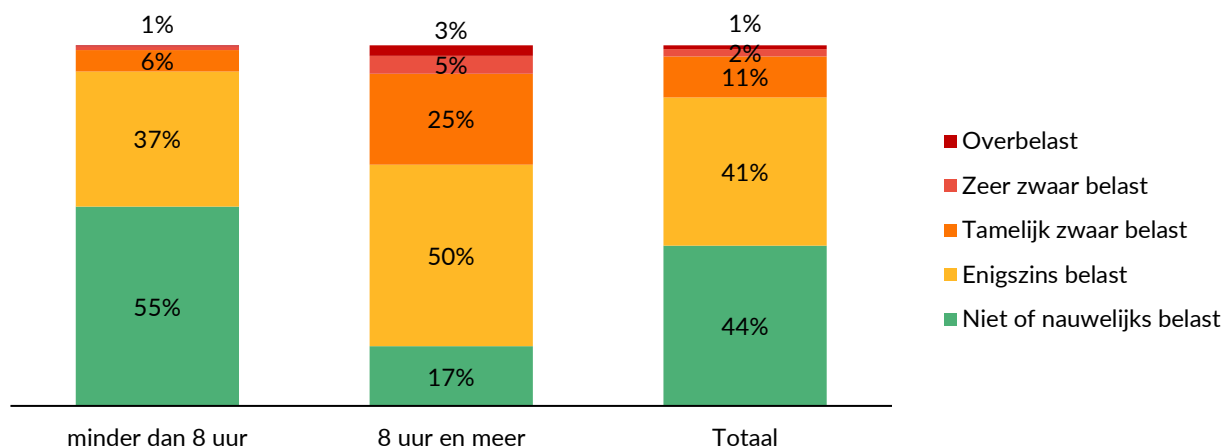


Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

Mantelzorg wordt het vaakst gegeven aan (schoon)ouders (44%) en echtgenoten (21%). Noemenswaardig zijn ook de grote aantallen mantelzorgers die zorg verlenen aan hun zoon of dochter (13%), buurman of buurvrouw (10%), (schoon)broer of zus (9%) en vriend(in) (9%).

Als we kijken naar de hoe zwaar de mantelzorgers de zorg ervaren (zie figuur 12), is te zien dat 44% van alle mantelzorgers niet of nauwelijks belast is, en 41% enigszins belast. Maar als we de mantelzorgers uitsplitsen in mantelzorgers die minder dan 8 uur en meer dan 8 uur per week mantelzorg verlenen, zien we dat in de laatste groep een groter aandeel tamelijk zwaar- tot overbelast is (33%) in vergelijking met mantelzorgers die minder dan acht uur per week mantelzorg verlenen (8%).

Figuur 12 - Ervaren belasting door mantelzorgers, 2024



Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

Aan mantelzorgers is ook gevraagd wat er nodig is om mantelzorg te kunnen blijven leveren. De meest voorkomende antwoorden zijn:

- Flexibiliteit en begrip van werkgevers voor mantelzorgtaken (19%)
- Goede gezondheid en energie om mantelzorg vol te houden (10%)
- Hulp van anderen, zowel professioneel als uit eigen netwerk (9%)
- Financiële hulp of basisinkomen om financiële druk te verlichten (9%)
- Meer tijd en rust om mantelzorg te combineren met eigen leven (6%)
- Betere ondersteuning en informatievoorziening door zorginstanties (4%)
- Erkenning en waardering voor de rol van mantelzorger (2%)

4.3 Vertrouwen en perspectief op de transformaties

In de huidige zorgakkoorden en -programma's wordt volop ingezet op diverse transformaties. Maar hoe kijkt de inwoner hiertegen aan? Om te begrijpen of inwoners de zorg willen zien veranderen, is het van belang om te begrijpen hoe zij nu naar de zorg kijken.

De inwoners beoordelen hun vertrouwen in de ziekenhuizen en andere gezondheidsinstellingen met een 7.7 (op een schaal van 1 tot 10). Kijkend naar tabel 3 geven inwoners die momenteel geen zorg ontvangen, gemiddeld een 7,4 voor het vertrouwen dat ze nu de juiste zorg krijgen als ze ziek worden. Ze geven een 6,8 voor het vertrouwen dat als ze in de toekomst ziek worden ze dan de juiste zorg ontvangen. Mogelijk verwachten ze dus een verslechtering van de zorg.

Aan inwoners die momenteel zorg ontvangen is gevraagd hoeveel vertrouwen ze hebben dat ze in de toekomst de zorg blijven ontvangen die ze nodig hebben. Zij geven de laagst score, een 6,1.

Tabel 3 - Vertrouwen in ziekenhuizen en het ontvangen van zorg

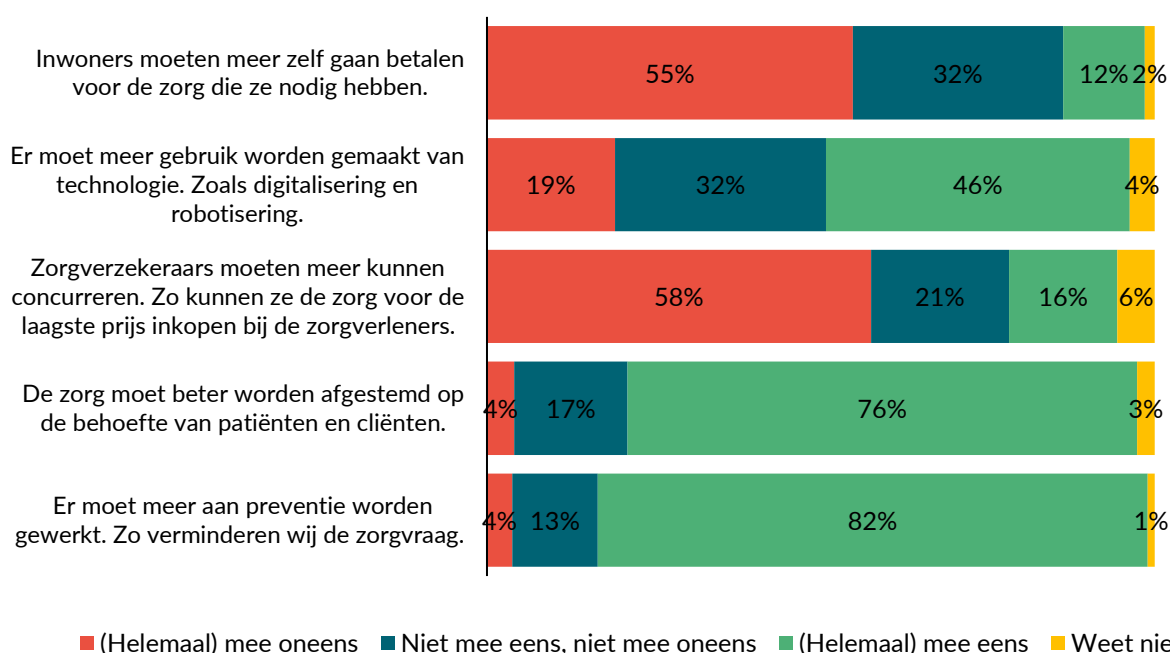
	Nu		Toekomst	
	Vertrouwen in de ziekenhuizen en andere gezondheidsorganisaties in Nederland	Vertrouwen dat u de juiste zorg krijgt als u nu ziek wordt	Vertrouwen dat u in de toekomst de zorg blijft ontvangen die u nodig heeft	Vertrouwen dat u de juiste zorg krijgt als u in de toekomst ziek wordt
Inwoners die nu zorg ontvangen	7,7	-	6.1	-
Inwoners die geen zorg ontvangen	7,7	7.4	-	6.8

Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

Over het algemeen vinden de meeste inwoners dat de huidige gezondheidszorg goed functioneert en er geen verandering nodig is (28%), of dat er slechts kleine veranderingen nodig zijn (35%). Echter, een derde van de Friese bevolking is van mening dat er grootschalige veranderingen nodig zijn (31%), of dat het gehele gezondheidssysteem opnieuw moet worden opgebouwd (5%).

Figuur 13 laat de perceptie van inwoners over mogelijk veranderingen in de zorg zien. Met betrekking tot de voorgestelde transformaties geven de meeste inwoners aan dat zij het (helemaal) eens zijn dat er meer gewerkt moet worden aan preventie (82%) en dat zorg beter moet worden afgestemd op de behoeften van patiënten en cliënten (76%). Net wat minder dan de helft van de inwoners vindt dat er meer gebruik moet worden gemaakt van zorgtechnologie (46%). Ongeveer twee-derde van de panelleden zien zorgtechnologie als een middel dat de samenwerking en communicatie binnen de zorg kan verbeteren. Dit sluit aan bij de wens voor betere onderlinge communicatie die door meerdere geïnterviewden werd genoemd. Verder werd zorgtechnologie vooral gezien als iets wat kan bijdragen aan een gezonde leefstijl (55%) en kan helpen om de regie op iemands eigen gezondheid en zorg te versterken (57%) (Panel Fryslân, 2024). Een aanzienlijk kleiner aandeel van de inwoners vindt dat zorgverzekeraars meer moeten kunnen concurreren (16%) en dat inwoners meer moeten betalen voor de zorg die ze gebruiken (12%).

Figuur 13 - Perspectief op zorgtransformaties



Bron: Panel Fryslân. Bewerkt door Planbureau Fryslân

Buiten deze transformaties om, konden inwoners zelf ook ideeën indienen die volgens hen de zorg toekomstbestendig kan maken:

- De overheid moet zorg weer centraliseren en privatisering verminderen (38%)
- Meer preventie en een gezonde levensstijl bevorderen om ziektekosten te verlagen (20%)
- Minder administratieve lasten voor zorgverleners, meer focus op directe zorg (16%)
- Zorg toegankelijker maken voor lage inkomens en betere beloning voor zorgpersoneel (9%)
- Marktwerking uit de zorg halen, minder commerciële invloed van verzekeraars (9%)
- Efficiëntere samenwerking tussen verschillende zorginstellingen en disciplines (8%)

// DEELCONCLUSIE II: INWONERS BEREID OM ZORG TE LEVEREN, MAAR MET GRENZEN

De bevindingen uit de interviews en het panelonderzoek geven gezamenlijk een beeld van hoe de inwoners van Fryslân aankijken tegen de veranderende verantwoordelijkheid voor de zorg. Waar onderdeel I aantoont dat de verantwoordelijkheid voor zorg in toenemende mate bij de inwoners zelf en de mienskip wordt gelegd, laat onderdeel II zien dat hoe inwoners ten opzichte van het oppakken van deze verantwoordelijkheid staan niet altijd in lijn is met de verwachtingen vanuit het beleid. Dit vormt een kernpunt in het onderzoek naar het perspectief van de inwoners op de veranderende verantwoordelijkheid.

Zowel uit de interviews als uit het panelonderzoek komt naar voren dat zelfregie en betrokkenheid bij beslissingen over zorg belangrijk zijn voor inwoners. Het vermogen om mee te beslissen over hun eigen zorg wordt gezien als noodzakelijk, zodat zorg aansluit op de persoonlijke situatie en behoeften. Desondanks blijkt uit het panelonderzoek dat hoewel veel inwoners ervaren dat zorgverleners goed luisteren naar hun klachten, het aandeel dat daadwerkelijk mee kan beslissen over welke zorg zij ontvangen, aanzienlijk lager ligt.

Ook blijkt dat bijna driekwart van de Friese inwoners financieel solidair is. Ze zijn bereid om te betalen voor de zorg van anderen. De inwoners die niet bereid zijn om te betalen voor de zorg van anderen, verwachten ook vaker dat anderen niet bereid zijn om voor hun zorg te betalen.

Een ander belangrijk thema dat naar voren komt, is de bereidheid tot mantelzorg en informele hulp. Inwoners van Fryslân zien het verlenen van zorg en ondersteuning aan familie en vrienden vaak als een vanzelfsprekende verantwoordelijkheid, vooral wanneer het gaat om lichtere taken zoals het bieden van gezelschap of het begeleiden naar medische afspraken. Echter neemt de bereidheid af wanneer het gaat om niet-familieleden of wanneer de zorg en ondersteuning indringender wordt, zoals bij persoonlijke verzorging. Een aanpak voor het stimuleren van mantelzorg zou dus af moeten hangen van de relatie tot de zorgvrager en de aard van de zorg die gevraagd wordt.

Zowel de interview- als de panelbevindingen wijzen erop dat er grenzen zijn aan wat inwoners kunnen en willen doen op het gebied van zorg. Een grote groep mantelzorgers geeft aan dat zij mantelzorg als tamelijk tot zeer zwaar belastend ervaren, vooral wanneer zij meer dan acht uur per week zorg verlenen. Dit komt onder andere door gebrek aan inspraak over hun naasten. Mantelzorgers hebben moeite om medische informatie over hun naasten te krijgen en ervaren dat ze vaak niet mee mogen beslissen in de zorg die wordt geleverd, terwijl er wordt verwacht dat ze zorg en ondersteuning bieden. Dit kan leiden tot frustratie en onbegrip bij de betrokkenen. De druk neemt verder toe door de combinatie van werk, gezin en andere verplichtingen.

Hieruit blijkt dat de balansproblemen die inwoners kunnen ervaren in hun leefwereld niet aansluiten bij de beleidsaannames uit de zorgakkoorden en programma's. Een uniform beleid dat ervan uitgaat dat iedereen in gelijke mate zorg kan bieden, voldoet niet. Inwoners geven aan dat gerichte ondersteuning, zoals respijtzorg en financiële vergoedingen, helpen om mantelzorg houdbaar te maken.

Vertrouwen in het zorgstelsel is een ander onderwerp dat onderzocht is. De inwoners zijn over het algemeen tevreden met de huidige staat van de zorg, maar er zijn zorgen over het ontvangen van de zorg in de toekomst. Mensen die nu zorg ontvangen, hebben minder vertrouwen dat zij in de toekomst de juiste zorg zullen blijven krijgen, vergeleken met inwoners die op dit moment geen zorg ontvangen. Maar ook inwoners die momenteel geen zorg ontvangen, hebben minder vertrouwen dat ze in de toekomst de juiste zorg zullen ontvangen. Dit wijst op een zekere mate van onzekerheid en wantrouwen ten opzichte van de zorgvoorzieningen in de toekomst. Dit verschil in afnemend vertrouwen aan de ene kant en een grote groep die zorgtransformaties niet nodig acht aan de andere kant, roept vragen op. Is de gemiddelde burger niet goed op de hoogte van de (capaciteits)problemen van het Nederlandse zorgstelsel of zijn landelijke transformaties niet passend bij de zorg die inwoners in Fryslân ontvangen?

Uit de interviews kwam naar voren dat men negatief staat tegenover marktwerking in de zorg. Dit wordt ondersteund doordat het merendeel van de panelrespondenten het niet eens is met de stelling dat zorgverzekeraars meer mogen concurreren en dat bijna tweederde niet eens zijn met dat commerciële partijen zorg mogen bieden. Dit staat haaks op de ontwikkeling dat marktpartijen meer invloed hebben gekregen. De meeste inwoners staan wel positief tegenover de transformaties waarin er meer wordt gewerkt aan preventie en passende zorg, wat aansluit bij de diverse transformaties beschreven in hoofdstuk 2.

Samenvattend laten de inwonersperspectieven zien dat inwoners een gevarieerd beeld hebben van de veranderende verantwoordelijkheid voor zorg. Hoewel veel inwoners bereid zijn een rol te spelen in hun eigen zorg en die van hun naasten, zijn er duidelijke grenzen. Deze liggen op het gebied van *willen* (bijvoorbeeld welke vormen van zorg zij willen bieden), *kunnen* (bijvoorbeeld de hoeveelheid informele zorg die inwoners kunnen leveren), en *mogen* (bijvoorbeeld welke ruimte de inwoners krijgen voor eigen regie over zorg). In onderstaande reflectie gaan we hier verder op in.



// 5. REFLECTIE

Op basis van het onderzoek naar de veranderende verantwoordelijkheid voor de zorg in Fryslân en het perspectief van de inwoners, komt het rapport tot de volgende bevindingen.

Transformaties in de zorg zijn noodzakelijk en de huidige richtingen historisch te duiden

De urgentie om het zorgsysteem te herzien is hoog. Door de toenemende zorgvraag, het afnemende aanbod van zorg en de stijgende zorgkosten is er sprake van een zorginfarct – een situatie waarin de huidige organisatie van de zorg onhoudbaar is geworden. De basiswaarden die we in het Nederlandse zorgsysteem kennen, solidariteit, betaalbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit, staan onder druk. Een van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorg is dat deze niet langer uitsluitend de verantwoordelijkheid is van de (landelijke) overheid en markt (zorgaanbieders en zorgverzekeraars). Er is een stroming zichtbaar waarin er een toenemende rol voor de inwoners is met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor de zorg. Deze ontwikkeling is niet nieuw. Zoals het historische overzicht in hoofdstuk 1 laat zien, is de verdeling van verantwoordelijkheid de afgelopen decennia al geleidelijk verschoven tussen de overheid, de markt en de mienskip (inwoners en hun sociale omgeving). Mogelijke redenen voor deze verandering zijn de noodzaak tot kostenbesparing en de wens om de landelijke overheid alleen die verantwoordelijkheden op zich te laten nemen die niet bij lagere overheden of de inwoners zelf kunnen worden neergelegd (subsidiariteitsbeginsel).

Huidige transformaties verschuiven de verantwoordelijkheid voor de zorg

In dit rapport komt naar voren dat de diverse hedendaagse transformaties (aan de hand van de IZA, GALA, WOZO en TAZ) inzetten op grote veranderingen (hoofdstuk 2). Zo wordt er een verantwoordelijkheid gelegd bij de markt om technologische en sociale innovaties te ontwikkelen, die de zorg efficiënter en duurzamer maken. Ook wordt de zorg meer georganiseerd rond de patiënt, waarbij samenwerking tussen overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vooral op regionaal niveau, essentieel is. Daarnaast vindt er een verdere decentralisatie plaats, waarbij de landelijke overheid taken overdraagt aan gemeenten. Gemeenten worden verantwoordelijk voor het organiseren van zorg, met een nadruk op preventieve gezondheidszorg en het versterken van de sociale basis.

De mienskip wordt in de transformaties sterk aangemoedigd om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid en welzijn. Dit betekent dat leden van de mienskip een gezonde leefstijl moeten aannemen, actief deelnemen aan preventieve maatregelen en waar mogelijk zelfzorg toepassen. Dit met als beoogde impact om de druk op de formele zorg te verlagen en een duurzamer zorgsysteem te realiseren. Bovendien wordt de rol van de sociale omgeving steeds belangrijker, waarbij zowel de overheid als zorgorganisaties meer verwachten van mantelzorg en informele hulp. Mantelzorgers en vrijwilligers – vaak familieleden, vrienden of buren – zijn en worden in toenemende mate daarmee een essentieel onderdeel van het zorgproces, vooral voor ouderen en chronisch zieken die langer thuis blijven wonen. Maar deze transformaties voor de mienskip komen niet altijd overeen met wat inwoners willen, kunnen en mogen doen.

Er is frictie tussen beleid en wat inwoners willen, kunnen, en mogen doen

Uit de verhalen van de geïnterviewden en cijfers van de inwoners uit Fryslân (hoofdstuk 3 en 4) ontstaat een beeld dat inwoners niet automatisch de verantwoordelijkheidsrol gaan opnemen die ze wordt toebedeeld in de transformaties van de zorg. Dit heeft te maken met wat inwoners willen, kunnen, en mogen doen.

Als we kijken naar *willen*, zien we allereerst dat driekwart van de Friese inwoners bereid is om te betalen voor de zorg van anderen en daarmee een solidaire houding aanneemt. Verder is er een algemene bereidheid vanuit de inwoners om een bepaalde mate van verantwoordelijkheid voor zorg op zich te nemen, zoals het begeleiden van familieleden of burens bij een bezoek aan de arts, gezelschap houden of om emotionele steun te bieden. Echter, de bereidheid om indringendere taken uit te voeren, zoals persoonlijke verzorging, is lager. Het onderzoek heeft ook laten zien dat een groot deel van de inwoners de overheid ziet als de primair verantwoordelijke voor het bieden van zorg. Dit beeld zou mogelijk effect kunnen hebben op de wil van inwoners om meer verantwoordelijkheid voor zorg op zich te nemen.

Daarnaast is het belangrijk om te belichten dat terwijl recente zorgakkoorden en -programma's aansturen op een grondige herziening van de zorg vanwege de uitdagingen die er liggen, de meeste inwoners hier anders in lijken te staan. Het merendeel van de inwoners vindt dat de huidige gezondheidszorg goed functioneert en er geen verandering nodig is, of dat er slechts kleine veranderingen nodig zijn. Tegelijkertijd geven inwoners wel aan minder vertrouwen te hebben in het ontvangen van de juiste zorg in de toekomst. Doordat de urgentie voor de transformaties in ieder geval op dit moment niet wordt gedeeld door een grote groep inwoners, is het de vraag in hoeverre de wil aanwezig is om meer verantwoordelijkheid te willen nemen.

Er zijn ook inwoners die niet meer verantwoordelijkheid op zich *kunnen* nemen. Allereerst is er een aanzienlijke groep in Fryslân voor wie het moeilijk is om de verantwoordelijkheid voor de eigen zorg op te kunnen pakken, bijvoorbeeld omdat ze de financiële middelen of digitale vaardigheden missen om zorg voor zichzelf te kunnen regelen [33, 34]. Eerder onderzoek van Planbureau Fryslân heeft aangetoond dat het gebruik van zorgtechnologie wordt gezien als een mogelijke oplossing voor de problemen in de zorg [35] en dat het gebruik hiervan toeneemt. Er bestaat echter een kloof tussen bevolkingsgroepen: oudere inwoners, inwoners met een lager inkomen en inwoners met een lager opleidingsniveau maken minder gebruik van zorgtechnologie. Hoewel deze groepen meer technologie zijn gaan gebruiken, blijft de digitale kloof nog steeds een punt van zorg. Mogelijk komt dit vanwege een gebrek aan digitale vaardigheden en financiële middelen om zorgtechnologie aan te schaffen. Deze kloof is zorgwekkend omdat het beperkte gebruik van digitale zorgtechnologie onder kwetsbare groepen kan leiden tot verdere gezondheids-ongelijkheid. Zij kunnen gezondheidsdiensten en preventieve hulpmiddelen mislopen, wat hun gezondheid negatief kan beïnvloeden [33, 36]. Indien in de toekomst van deze groep wordt gevraagd om meer verantwoordelijkheid te nemen in een toenemend gedigitaliseerd zorglandschap, zullen zij dit maar in beperkte mate of niet kunnen doen.

Behalve dat het lastig kan zijn de verantwoordelijkheid voor de eigen zorg op te kunnen pakken, geldt dit ook voor het nemen van verantwoordelijkheid voor de zorg voor anderen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat men meer moet gaan werken, vanwege de te verwachten personeelstekorten. Maar als er meer werkuren worden gemaakt, is de tijd en energie om mantelzorgtaken of vrijwilligerswerk te doen lager. Deze frictie tussen mantelzorg en werk, komt doordat de leefwereld van de inwoners integraal is en niet voldoende recht wordt gedaan bij een eenzijdige nadruk op mantelzorg en vrijwilligerswerk.

Ondanks dat mantelzorg als waardevol wordt beschouwd door inwoners, zien we daarnaast dat een derde van de mantelzorgers die meer dan 8 uur per week mantelzorg levert, zich tamelijk zwaar - tot overbelast

voelt. Het is hier niet meer de vraag of zij meer verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen, maar de conclusie dat voor hen de grens al is bereikt.

Mogen speelt tenslotte ook een rol met betrekking tot de verantwoordelijkheid van inwoners. Uit het onderzoek is gebleken dat als inwoners bijvoorbeeld meer regie willen over hun eigen zorg of die van hun naasten, ze zich hierin niet altijd voldoende ondersteund voelen vanuit de zorgaanbieders en dat ze beperkte inspraak ervaren in hun eigen zorgproces of dat van hun naasten. Hierdoor kunnen zij het gevoel krijgen dat ze niet meer verantwoordelijkheid mogen nemen.

Maar ook als inwoners de voorgestelde verantwoordelijkheid willen, kunnen en mogen nemen, is hiermee nog niet gezegd dat alle inwoners hiermee de informele zorg ontvangen die ze nodig hebben. Eerder onderzoek van Planbureau Fryslân laat zien dat dezelfde groep voor wie het moeilijk is om de verantwoordelijkheid voor de eigen zorg op te kunnen pakken, ook in een kwetsbare positie wat betreft het ontvangen van informele zorg zit. Deze groep heeft namelijk onvoldoende sociaal netwerk en zou bij een toenemende inzet van formele naar informele zorg tussen wal en schip kunnen raken [32, 33]. Dit terwijl deze groep al een relatief slechte gezondheid heeft en de verwachting is dat ze meer zorg nodig gaat hebben, aangezien een derde van deze groep ouder is dan 65 jaar.

Er moet ook rekening mee worden gehouden dat de uitkomsten van dit onderzoek mogelijk positiever zijn met betrekking tot de verantwoordelijkheid die inwoners willen, kunnen en mogen dragen. Zowel in het panel als in de expertgroep nemen namelijk inwoners deel die de basisvaardigheden hebben om hieraan mee te kunnen doen. De groep die deze niet bezit, heeft mogelijk behoeften en perspectieven op de zorg die urgenter en negatiever zijn dan die dit onderzoek weerspiegelt.

Gedeelde verantwoordelijkheid vraagt om gezamenlijke plannen

De bevindingen in dit rapport laten duidelijk zien dat er urgentie is om het zorgsysteem te transformeren, maar dat er een discrepantie bestaat tussen de beleidsaanamens en wat er mogelijk is volgens de inwoners. De inwoners van Fryslân zien voor zichzelf wel een rol in de gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorg, maar vanwege het willen, kunnen, en mogen, zijn er knelpunten met wat er wordt voorgesteld vanuit de huidige transformaties. Dit betekent dat de transformaties van het zorgsysteem zo ingericht moet worden dat de mienskip overweg kan met de haar toebedeelde rol, of dat er gekeken wordt naar andere alternatieven.

Concluderend kan gezegd worden dat als we de verantwoordelijkheid voor de zorg willen verschuiven naar een gedeelde verantwoordelijkheid, de plannen gezamenlijk met alle betrokken partijen moeten worden gemaakt. De huidige transformatieplannen zijn opgesteld zonder directe betrokkenheid van de inwoners en zij hebben geen directe stem gehad in de besluitvorming. Hierdoor sluiten de huidige beleidsaanamens niet goed aan bij de integrale leefwereld van de inwoners.

Om tot een toekomstbestendig zorgsysteem te komen, is het van belang dat de overheid samen met inwoners – waaronder mensen met chronische ziekten, mantelzorgers, vrijwilligers en niet-betrokken inwoners – een dialoog aangaat om realistische en haalbare beleidsdoelen vast te stellen die recht doen aan de complexiteit van de zorgproblematiek.

Er zal geen eenduidige oplossing zijn, maar een reeks oplossingsrichtingen waar draagvlak voor moet worden gecreëerd bij de diverse partijen. Om te zorgen dat inwoners meer willen, kunnen en mogen doen, moet er rekening gehouden worden met een reeks factoren:

- Er moet rekening worden gehouden met welke vormen van informele zorg inwoners wel en niet willen aanbieden en voor welke groepen inwoners deze zorg beschikbaar is.
- Er moet gekeken worden naar de aanwezige capaciteit en vaardigheden om meer verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de eigen zorg en die van anderen, en welke ondersteuning er structureel nodig zijn en voor als de belasting te hoog wordt.
- Meer verantwoordelijkheid bij de inwoners leggen, vraagt ook om meer ruimte voor de inwoners. De transformaties van het zorgsysteem zullen zo ingericht moeten worden dat de mienskip, naast de overheid en markt, ook daadwerkelijk de verantwoordelijkheid voor zorg mag pakken.
- Het gesprek met inwoners moet worden aangegaan over de urgentie van zorgtransformatie en welke veranderingen van het zorgsysteem nodig zijn, met de nadruk op wie daarvoor verantwoordelijk zal zijn.

Kortom, door vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid gezamenlijk plannen te ontwikkelen kan er een zorgsysteem worden gecreëerd waarin gemeenschappelijkheid, gedeelde urgentie en gezamenlijke regie centraal staan. Een toekomstbestendige zorg die aansluit bij wat de betrokken partijen willen, kunnen en mogen doen, en die zoveel mogelijk de vier basiswaarden van het Nederlandse zorgsysteem belichaamt: betaalbaarheid, bereikbaarheid, kwaliteit en solidariteit.

// BRONNENLIJST

- [1] Provincie Fryslân. (2024). Prognose bevolking en huishoudens Fryslân 2022-2051.
- [2] Centraal Bureau voor de Statistiek. (CBS). (2024). Nabijheid voorzieningen; afstand locatie, wijk- en buurtcijfers 2023.
- [3] Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2020). Stand van de zorg: 15 jaar Zorgverzekeringswet. NZa-Magazines, 07, vrijdag 16 oktober 2020.
- [4] Wessels, K., & Van Driesten, G. (2023). Zó werkt de zorg in Nederland.
- [5] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2016). Het Nederlandse zorgstelsel.
- [6] Bertens, R., & Palamar, J. (2021). Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).
- [7] Van Raak, R., & De Haan, F. J. (2017). Key features of modern health systems: Nature and historical evolution. In *Toward sustainable transitions in healthcare systems* (pp. 46-84). Routledge.
- [8] Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.
- [9] Veldheer, V., Jonker, J. J., Van Noije, L., & Vrooman, C. (2012). Een beroep op de burger: Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Planbureau.
- [10] Van Kersbergen, K., & Vis, B. (2016). *Elementaire deeltjes 39: De verzorgingsstaat*. Amsterdam University Press.
- [11] Zorgverzekerings Informatie Centrum (ZIC). (2021). *Ontstaan zorgverzekerings in Nederland*.
- [12] Widdershoven, B. E. M. (2005). *Het dilemma van solidariteit: De Nederlandse onderlinge ziekenfondsen, 1890-1941*. Aksant.
- [13] Van den Braak, B. H., & Van den Berg, J. Th. J. (2017). Zeventig jaar zoeken naar het compromis: Parlementaire geschiedenis van Nederland 1946-2016 (pp. 50, 142, 494 en 592). Bert Bakker.
- [14] Vonk, R. A. A. (2012). 'Een taak voor de staat? De Duitse bezetting en de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in Nederland, 1939-1949'. *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden*, 127(3), 3-28.
- [15] Van Kersbergen, K., Lucardie, A., & Ten Napel, H. M. (1993). *Geloven in macht: De christen-democratie in Nederland*. Het Spinhuis.
- [16] Knijn, T., & Van Wel, F. W. (2004). Overgangsfase of nieuw evenwicht? Arbeid en zorg in gezinnen. In W. Arts, H. Entzinger, & R. Muffels (Eds.), *Verzorgingsstaat vaar wel* (pp. 195-214). Koninklijke Van Gorcum.

- [17] Bosmans, J., & Van Kessel, A. (2011). *Parlementaire geschiedenis van Nederland* (pp. 118, 123, 150 en 200).
- [18] Oudenampsen, M. (2016). Opkomst en voortbestaan van de Derde Weg. *Beleid en Maatschappij*, 43(3), 23–45. <https://doi.org/10.5553/benm/138900692016043003004>.
- [19] De Haan, I., & Duyvendak, J. W. (2002). *In het hart van de verzorgingsstaat. Het ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002*. Walburg Pers, Zutphen.
- [20] Korevaar, K. (2011). *Op eigen kracht: Arbeidsrelaties na de verzorgingsstaat*. Uitgeverij De Boeck Hoger en Universitair Onderwijs.
- [21] Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland Participatieland?: De ambitie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken* (pp. 15-23). Amsterdam University Press.
- [22] Den Hartog, M., & Janssen, R. T. J. M. (2014). Ontwikkeling van de marktstructuur van Nederlandse ziekenhuizen 1978-2013: zowel directe overheidssturing als gereguleerde concurrentie stimuleert concentratie. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 92(5), 335-338. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s12508-014-0119-7>.
- [23] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*.
- [24] Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid. (2002). *De toekomst van de nationale rechtsstaat* (pp. 120-121). Sdu Uitgevers.
- [25] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2024). *Regiobeeld; regio (indeling 2022), 2015-2040*. <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50118NED/table?dl=AB9C8>.
- [26] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2024). *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; vanaf 1900*. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37852/table?ts=1716539836805>.
- [27] ABF Research. (2023). *Prognosemodel zorg en welzijn*. <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/stories-dashboard/1--zorg-en-welzijn--breed->.
- [28] Planbureau voor de Leefomgeving (PBL). (2018). *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van ouderen tussen 1975-2040*.
- [29] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2018). *VTV-2018; Zorguitgaven*.
- [30] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). *Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA): Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven*.

[31] Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). Programma Wonen en Zorg voor Ouderen: Zelfstandig wonen in een passende omgeving.

[32] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Samen anders leren en werken.

[33] Planbureau Fryslân. (2024). Onderzoeksrapport: Verantwoordelijkheid in de Friese samenleving. Planbureau Fryslân.

[34] Planbureau Fryslân. (2023). Inclusieve samenleving in Fryslân: Rapportage. Planbureau Fryslân.

[35] Planbureau Fryslân. (2024). Ziekenhuiszorg in Fryslân: Een discussiewijzer voor de mogelijke fusie van het Antonius Ziekenhuis in Sneek en Tjongerschans in Heerenveen tot één nieuw ziekenhuis. Planbureau Fryslân.

[36] Tuitert, I., Marinus, J. D., Dalenberg, J. R., & Van't Veer, J. T. (2024). Digital health technology use across socioeconomic groups prior to and during the COVID-19 pandemic: Panel study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10(1), e55384.



Planbureau Fryslân
Doelestraat 8a
8911 DX Leeuwarden
(058) 234 85 00
info@planbureaufryslan.nl

Planbureau Fryslân wordt gesubsidieerd door de provincie Fryslân.

COLOFON

“Wie zorgt er voor de zorg?” is een uitgave van Planbureau Fryslân.

Auteurs - Planbureau Fryslân

Jesse David Marinus
Jolijn Hutjes
Mandy Bosma
Mirre van der Meer

Auteurs - Expertgroep

Joke Broekens
Anja Romeijn
Karin Brouwer
Kathalijne Beemer
Piet Bakker
Lydia Verzijlberg
Jesse Bos

Met dank aan

Juliette Oostelbos
Verena Ovaa
Chaïm la Roi
Joas de Jong
Lenie Scholten

Uitgave

Planbureau Fryslân
Doelestraat 8a, 8911 DX Leeuwarden
Oktober 2024