

# Meedenkers aan het woord

## Focusgroepen over ‘Zorg voor Gezondheid in 2030’

Het Verwey-Jonker Instituut organiseerde in het najaar van 2013 28 focusgroepen van meedenkers die zich gingen buigen over ‘Zorg voor gezondheid in 2030’. Dit gebeurde in opdracht van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het Zorginstituut Nederland (vh College voor Zorgverzekeringen). Dit verslag van de inbreng van de meedenkers is een van de bouwstenen voor een advies van deze commissie over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg [www.zinl.nl](http://www.zinl.nl).

In totaal namen 277 personen aan de focusgroepen deel, afkomstig uit alle geledingen van de gezondheidszorg: zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en opleiders. Het doel van de focusgroeptijdenkomsten was om de visie van deze belanghebbenden over de toekomstige zorg voor gezondheid in beeld te brengen en te analyseren.

## Samenvatting bevindingen

### Vraagstelling focusgroepen

In 2011 presenteerden Machteld Huber et al. in de *British Medical Journal* een nieuw concept van gezondheid: *Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges*. Dit concept beschrijft gezondheid niet als een statische situatie, zoals de oude WHO-definitie, maar stelt functioneren, veerkracht en zelfregie centraal<sup>1</sup>. Dit nieuwe concept vormde steeds het uitgangspunt van de discussie in de focusgroepen. We gebruikten daarbij de volgende beschrijving:

*Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezond zijn betekent zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden zowel lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk<sup>2</sup>.*

Elke focusgroep sprak over de toekomst van de zorg en het nieuwe concept, vanuit een drietal vragen:

- Wat betekent het voor burgers en hun netwerken om uit te gaan van dit nieuwe concept van gezondheid?
- Welke acties zijn nodig om burgers hierbij te ondersteunen en hoe zien die acties eruit?
- Hoe kunnen we dit realiseren?

---

1 Huber, M., & Vliet, M. van, Giezenberg, M., & Knottnerus, A. (2013). *Towards a conceptual framework relating to ‘Health as the ability to adapt and to self manage, Operationalisering gezondheidsconcept*. Rapport 2013-001 VG. Driebergen: Louis Bolk Instituut.

---

2 Huber, M. et al., (2011). *How should we define health?* *BMJ* 2011; 343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163.

## Een nieuw concept van gezondheid

De deelnemers aan de focusgroepen reageren positief op deze verschuiving in het denken over gezondheid; ze onderschrijven het belang van een omslag van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ze herkennen ook dat het nieuwe concept al aarzelend een plek krijgt in zorginnovatie. Deelnemers uit de ggz, de eerstelijnsgezondheidszorg en/of het aanpalende sociale of jeugd domein zeggen dat in hun sector al gewerkt wordt vanuit dit nieuwe denken over gezondheid.

Wel plaatsen de deelnemers enkele serieuze kanttekeningen bij het nieuwe concept. Een daarvan is dat je niet van alle burgers de competenties kunt verwachten die voor veerkracht en eigen regie nodig zijn. Een andere kanttekening is dat een tweedeling in de maatschappij dreigt: het nieuwe concept kan het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg beïnvloeden. De verantwoordelijke burgers met een gezonde leefstijl willen mogelijk niet meer meebetalen aan zorgverlening die nodig is door de ongezonde keuzes van andere burgers. Deze kanttekeningen maken duidelijk welke onderdelen van het concept volgens de deelnemers om een nadere doordinking vragen.

## Burgers en hun netwerken

De deelnemers aan de focusgroepbijeenkomsten gebruiken zowel hun persoonlijke als hun professionele ervaring bij het nadenken over hoe burgers en hun netwerken in de toekomst idealiter kunnen functioneren. Zeven thema's hebben we gedestilleerd uit de inbreng van de meedenkers: 'eigenaarschap', investeren in netwerken, nieuwe (ver)houdingen, vrijwillige inzet, opvoeding, een leven lang leren, netwerken die niemand uitsluiten en de georganiseerde burger.

Het 'eigenaarschap' vloeit voort uit het nieuwe concept van gezondheid: burgers zijn de regisseur van de omgang met de eigen gezondheid. Veel deelnemers verwachten dat burgers – kwetsbaren uitgezonderd – meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid zullen gaan nemen. Hierbij is investeren in je eigen netwerken van steeds groter belang. Dit hoeven niet altijd fysieke netwerken in buurten te zijn: digitale communicatie biedt volop mogelijkheden. De deelnemers wijzen erop dat een toenemende afhankelijkheid van burgers onderling onvermijdelijk is; burgers moeten op elkaar kunnen en durven vertrouwen. Hiermee hangt samen dat burgers moeten kunnen vragen om hulp, een vaardigheid die in onze samenleving, waar iedereen is

opgegroeid met onafhankelijkheid en zelfstandigheid, niet zo makkelijk is. Toch zien veel deelnemers aanwijzingen dat burgers zich vrijwillig (willen) inzetten voor anderen in de eigen leefomgeving, ook als zij zelf kampen met (gezondheids)problemen. Deelnemers zien daarnaast dat jongeren – wellicht meer dan volwassenen – als vanzelfsprekend hulp geven én vragen in hun sociale omgeving. Het is belangrijk om in opvoedingspraktijken kinderen en jeugdigen voor te bereiden op de verwachting dat zij zelfredzaam zijn en goed voor zichzelf kunnen zorgen. Ook voor volwassenen en ouderen is blijven leren van belang, zeker omdat we langer gaan doorwerken.

Mensen met ernstige chronische beperkingen, bijvoorbeeld ggz-cliënten en mensen met een verstandelijke beperking, zouden niet moeten samenvallen met hun aandoening; we moeten toe naar netwerken die ook voor hen openstaan. Deze mensen krijgen nu weinig kansen om met hun mogelijkheden actief te zijn.

Het laatste belangrijke thema is de noodzaak voor de burgers om zich te organiseren. Dat is volgens de meedenkers hard nodig om te voorkomen dat het 'systeem' – overheid, zorgverzekeraar, en zorgaanbieders – beslist over 'de burger'.

## Noodzakelijke veranderingen in het stelsel van gezondheidszorg

In de eerste plaats zal er in de (nabije) toekomst meer behoefte zijn aan horizontale verhoudingen. De traditionele hiërarchische verhouding tussen arts en zorgvrager dient plaats te maken voor gelijkwaardigheid, zo stellen de deelnemers aan de focusgroepbijeenkomsten. Burgers dragen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en de zorgprofessionals krijgen een ondersteunende rol. De nieuwe definitie van gezondheid legt de regie en het 'eigenaarschap' stevig in handen van de zorgvrager. De meeste deelnemers aan de focusgroepen denken dat burgers/ zorgvragers uitstekend in staat zijn om die eigen regie te voeren. Een aangepast zorgstelsel vraagt om minder hiërarchie, serieus gebruik van ervaringsdeskundigheid, empowerment van de zorgvrager, rekening houden met minder mondige burgers, en transparantie in de informatievoorziening; burgers moeten goed geïnformeerde keuzes kunnen maken.

Hiermee zijn we bij de tweede verandering die moet plaatsvinden. Burgers en hun verbanden gaan meer zelf

doen en treden in dialoog met de professional. Deze moet veel eerder het informele netwerkwerk (durven) aanspreken. Voor de professional betekenen deze veranderingen een andere invulling van het werk. Een zeer flexibele houding die gericht is op de capaciteit en de behoefte van de zorgvrager is noodzakelijk. De regie bij burgers vraagt verder om professionals die naast de zorgvrager gaan staan en met hem/haar meekijken naar wat nodig is. De professional moet ook als verbinder fungeren als een zorgvrager veel verschillende soorten ondersteuning nodig heeft. Soms is snel ingrijpen vereist, terwijl in een ander geval juist 'niets doen' de oplossing kan zijn. Dit betekent flexibel en faciliterend werken en dat vraagt om handelingsruimte voor de professional. Zeker bij het ondersteunen van nieuwe netwerken van burgers moeten we oppassen voor nieuwe vormen van protocollering.

De ontwikkeling naar een breed netwerk van zorg, ondersteuning en dienstverlening is de derde verandering. Deze ontwikkeling vraagt om oog voor diversiteit (dus niet meer 'one size fits all'), kleinschaligheid in buurt of wijk, en een integrale benadering van de zorgvrager. Volgens de deelnemers zal de zorg er in 2030 heel anders uitzien. De ziekenhuizen zoals we ze kennen, zijn verdwenen. Wel zijn er werkplaatsen waarin standaardoperaties snel en efficiënt uitvoerbaar zijn. Daarnaast zijn er superspecialisten en natuurlijk de eigen netwerken van mensen. De deelnemers verwachten dat er een breed netwerk ontstaat van zorg, ondersteuning en dienstverlening. Dit kenmerkt zich door kleinschaligheid en laagdrempelige zorg in de wijk. Onontbeerlijke onderdelen hiervan zijn een centraal contactpunt voor burgers in de wijk, samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, en samenwonen in kleine woongemeenschappen waarvoor ook de woningbouw moet veranderen. Die kleinschaligheid heeft mede invloed op de ontschotting van de zorg. Hierdoor kunnen professionals integraal werken: ze kunnen op alle levensterreinen ondersteunen. Als doorverwijzing noodzakelijk is, gebeurt dit via probleemgestuurde samenwerking die flexibel en vooral niet geïnstitutionaliseerd is. Verder wordt in dit scenario hard gewerkt aan voorzorg en preventie door het bevorderen van een gezonde leefstijl. Tot slot moet de rol van gemeenten faciliterend zijn: zij kunnen partijen bij elkaar brengen, regelgeving terugdringen, mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen en kleinschalige initiatieven faciliteren.

## Randvoorwaarden

Voor het inrichten van een nieuw zorgstelsel gelden enkele randvoorwaarden. In bijna alle focusgroepen is de bestaande financieringsstructuur in de zorg als knelpunt aangewezen: de financiële prikkels liggen voor zowel professionals als burgers verkeerd. We moeten toe naar een financieringssysteem dat gezondheidswinst financiert en niet de prestaties (lees behandelingen) van artsen en ziekenhuizen.

Ook is er behoefte aan meer experimenteeruimte. Op dit moment zijn op veel plaatsen innovatieprojecten in de zorg gaande. Meerdere deelnemers kaarten aan dat de huidige regelgeving beperkend is voor het uitproberen van nieuwe vormen van zorg en ondersteuning, terwijl echte experimenteeruimte of scharrelruimte nodig is.

Veel deelnemers vinden tot slot dat er meer te winnen is met het doorontwikkelen van technologie. Technologie kan de zorgvrager mondiger maken en ervoor zorgen dat mensen langer thuis wonen. Het gaat bij technologie niet alleen om technische hulpmiddelen, maar ook om het creëren van communities. Ook in het contact tussen burgers en professionals vervult technologie een belangrijke rol. Al zal techniek, aldus de deelnemers, altijd een hulpmiddel blijven en kan deze nooit helemaal de plaats innemen van intermenselijk contact.

# Conclusies

Alle focusgroepen overziend, komen we tot een drietal hoofdconclusies.

## 1. Paradigmawisseling is gaande

De eerste is dat we midden in een paradigmawisseling van ons zorgstelsel zitten. In alle focusgroepen kan het nieuwe concept van gezondheid op veel herkenning en instemming rekenen. De meedenkers omarmen deze nieuwe benadering. We zien een zeer brede consensus over de wenselijkheid van de omslag naar gezondheid en gedrag waarbij burgers en hun netwerken centraal staan.

## 2. Voorbij aan het beroeps- en organisatiebelang

Een tweede hoofdconclusie is dat in de visie van de meedenkers de paradigmawisseling vraagt om ingrijpende veranderingen van veel onderdelen van het zorgstelsel. We constateren een bereidheid bij veel deelnemers om voorbij hun beroeps- en organisatiebelang te denken. De eerstelijnszorg en de ggz hebben al concrete stappen gezet om het nieuwe concept handen en voeten te geven, vooral door de regie bij burgers en hun netwerken te leggen.

## 3. Benodigde deskundigheid voorop

De derde hoofdconclusie heeft betrekking op zorgberoeps- en opleidingen: In het denken hierover moet het niet gaan over nieuwe of andere beroepen, maar over de vraag wat nodig is aan deskundigheid bij burgers en professionals om de paradigmawisseling uit te werken. Kortom, over de ontbrekende elementen voor een heel andere manier van werken in de gezondheidszorg.

Hieronder noemen we nog een aantal inzichten die uit deze hoofdconclusies voortkomen en input bieden voor het advies over de toekomstige inrichting van een beroeps- en opleidingsstructuur in de zorg.

### Het primaat bij de burgers

De opbrengst van de focusgroepen toont dat er bereidheid is om vanuit een grotere context te kijken naar het ondersteunen van gezond gedrag van burgers en het omgaan met beperkingen. Zoals gezegd is er veel instemming bij de deelnemers over het belang van de eigen regie van burgers, en consensus over de noodzaak van de inbreng van de ervaring van zorgvragers. De nieuwe benadering houdt meer rekening met hoe mensen hun gezondheid ervaren. Dat is belangrijk, want de ervaring bepaalt de kwaliteit van leven.

### Andere invulling van het zorgstelsel

Ook is er veel eensgezindheid over waar het in de zorg naartoe gaat. De zorg, ondersteuning en dienstverlening van de toekomst zal zich concentreren rond netwerken van burgers. Het onderscheid tussen care en cure, zorg en welzijn, professionele zorg en informele zorg vervaagt. Tegelijkertijd zien de deelnemers in dat de cure – al dan niet in mobiele ziekenhuizen – altijd nodig zal blijven.

### De relatie van de burger met de professional is de as in de verandering van het zorgstelsel

Veel deelnemers zien de professional als een veranderingsagent. Er ontwikkelt zich (nu al) een nieuwe relatie, vooral door de praktijk van ‘informed shared decision making’. Een nieuw type professionaliteit is nodig, zowel in houding en kennis als in vaardigheden. Bij de houding gaat het als eerste om oprechte aandacht voor de zorgvrager door goed te luisteren naar wat de hij of zij wil. Verder kan de interactie tussen de coachende professional en de zorgvrager het karakter krijgen van een dialoog die leidt tot maatwerk. En van belang is dat de professional het eigenaarschap niet van burgers overneemt, maar hen op weg helpt. Samen met de zorgvrager kennis ontwikkelen, structureren en begrenzen, en de weg weten naar kennis, zijn belangrijke onderdelen. Vaardigheden zijn onder andere het vervullen van een gidsrol, over schotten heenstappen, samenwerken, denken vanuit levensdomeinen, en opbrengstgericht kunnen werken.

### Randvoorwaarden

Voor een dergelijk systeem van de toekomst gelden enkele randvoorwaarden: een andere financieringsstructuur, minder bureaucratie en regel drift en een verder gebruik en doorontwikkeling van technologie, zowel door burgers als professionals.

### Het democratisch tekort

Het is hard nodig dat er een collectief van burgers komt dat effectief kan omgaan en onderhandelen met de wereld van sturende partijen in de zorg: de overheid, zorgverzekeraar, en zorgaanbieders. In het sturen wordt beslist over 'de burger'; het ontbreken van een vorm van belangenbehartiging is een reëel probleem. Instellingen, verzekeraars en gemeenten hebben nog geen partner die het burgerperspectief vertegenwoordigt. Burgers moeten zich organiseren om het democratisch tekort op te heffen.

### Dé burger bestaat niet

De deelnemers omarmen het nieuwe begrip van gezondheid, maar ze plaatsen ook kanttekeningen. Zo kunnen niet alle burgers (in dezelfde mate) regie voeren over het eigen leven. Competenties van burgers verschillen, evenals hun deelname aan netwerken. Met die verschillen moet bij het inrichten van een nieuwe beroepsstructuur met bijbehorende deskundigheid goed rekening worden gehouden.

### Solidariteit onder druk door eigen verantwoordelijkheid

De deelnemers vrezen daarom voor een nieuwe onderklasse wanneer geen rekening wordt gehouden met diversiteit van burgers. Want: verantwoordelijkheid (voor je eigen gezondheid) maakt schuldig. Dit kan daarnaast het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg(financiering) sterk ondermijnen, zodat zelfredzame, verantwoordelijke burgers weigeren mee te betalen aan ongezonde keuzes van andere burgers. Dit illustreert dat het concept van zelfredzaamheid, veerkracht en regie over eigen gezondheid een sterk normatief perspectief is, dat sommige groepen burgers beter 'past' dan andere. Het gevolg van de diversiteit onder burgers kan zijn dat de solidariteit in de zorg onder druk komt te staan.

### Netwerken van burgers zijn begrensd

De deelnemers hebben ernstige bedenkingen bij de veronderstelling dat het zonder meer mogelijk is dat burgers meer voor elkaar (kunnen) gaan zorgen. Informele netwerken van burgers kennen grenzen aan (veer)kracht. Volgens een groot deel van de deelnemers is de rek eruit, hebben veel mensen geen goed sociaal netwerk, en hebben mensen moeite om andere burgers om hulp te vragen. Aan de andere kant organiseren (jonge) mensen zich al in digitale ondersteuningsnetwerken en komen er steeds meer 'marktplaatsen' voor onderlinge steun en hulp.

### Relatie cure en care

De deelnemers zijn het erover eens dat er een verschil is tussen de meer generalistische benadering van de zorgprofessionals enerzijds en de rol van de specialisten in de cure-sector anderzijds. Gezondheid is volgens de deelnemers meer dan het succesvol omgaan met (gezondheids) beperkingen, want vaak moet er een specialist aan het werk. Veelgenoemde voorbeelden zijn eenvoudige ingrepen als knieoperaties. Dit type zorg valt buiten de orde van het nieuwe concept van gezondheid: het gaat eigenlijk om een (snelle) reparatie.

### Vernieuw de opleidingen

De opleiding voor zorgprofessionals en specialisten dient goed aan te sluiten bij de veranderende zorgpraktijk. Zo is het belangrijk om multidisciplinair op te leiden en een nieuwe gemeenschappelijke taal te ontwikkelen, moeten de praktijk en ervaringsdeskundigheid de opleiding in, en hebben docenten ruimte nodig in plaats van vastgestelde targets.

## COLOFON

### Opdrachtgever:

Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, Zorginstituut Nederland

### Auteurs:

Marjan de Gruijter, Trudi Nederland, Monique Stavenuiter

### Uitgave:

Verwey-Jonker Instituut  
Kromme Nieuwegracht 6  
3512 HG Utrecht  
T (030) 230 07 99  
E [secr@verwey-jonker.nl](mailto:secr@verwey-jonker.nl)  
I [www.verwey-jonker.nl](http://www.verwey-jonker.nl)