

---

# Zorg in transitie

## Nieuwe contouren van de gezondheidszorg in Nederland

De gezondheidszorg staat onder druk. In de toekomst zal het anders zijn dan het tot nu toe geweest is. De auteur schetst aan de hand van twee rapporten die van overheidswege zijn geïnitieerd de mogelijke ontwikkelingen en wat die voor de geestelijke verzorging kunnen betekenen.

**Annemarie Arends**

**D**E GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND is in transitie. Om een beeld van deze verandering te schetsen, worden in dit artikel bepaalde aspecten uitgelicht en beschreven. Ten eerste zijn ontwikkelingen uit een trendanalyse samengevat. De studie *Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg* (Idenburg & Van Schaik, 2010) bevat een verkenning van de toekomstige gezondheidszorg in Nederland. Deze diagnose geeft een beeld van trends in de zorgsector. Het uitgangspunt is dat het waarborgen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg innovatie vergt. Hierbij krijgen vooral het economische en financiële perspectief aandacht. Ten tweede worden ontwikkelingen beschreven uit de adviesnota *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015). Deze nota dient als aanbeveling voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over ontwikkelingen binnen beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. De commissie baseert dit advies op de toekomstige vraag naar zorg in 2030. Ten derde volgt een

weergave van drie toekomstscenario's in de zorgsector. In *Diagnose 2025* beschrijven Idenburg en Van Schaik deze scenario's vanuit drie verschillende economische ontwikkelingen. Met de focus op gezondheidszorg en geestelijke verzorging zijn deze scenario's samengevat.

### De toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg

Idenburg en Van Schaik (2010) schetsen ontwikkelingen in de zorg. Daarbij wordt duidelijk dat het handhaven van kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg problematisch zullen zijn. Om inzicht te krijgen in het verloop van deze ontwikkelingen is een trendanalyse uitgevoerd. In zes thema's wordt een aantal trends hieronder kort beschreven.

#### Participatie

De vraag naar zorg neemt nog steeds toe. Hierdoor blijven de kosten in de zorgsector stijgen. Om deze oplopende vraag en kostenstijging te beteuge-

len, zal frequenter een beroep gedaan worden op de verantwoordelijkheid van de burger. Van burgers vraagt dit een hogere financiële bijdrage en wordt het verlenen van mantelzorg urgenter. Familieleden, vrienden en kennissen zullen meer tijd besteden aan de zorg voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende in hun omgeving. Hierbij kunnen technologische en digitale ontwikkelingen de zorgbehoefte ondersteunen. Via online netwerken spelen patiënten een actieve rol in de zorg. Een voorbeeld hiervan is *MijnZorgNet*. De patiënt kan op *MijnZorgNet* informatie opslaan, delen en bespreken. Door anderen, zoals de mantelzorger, de huisarts of de fysiotherapeut, uit te nodigen, verleent de patiënt toegang tot zijn/haar persoonlijke dossier en kan hierover onderling gecommuniceerd worden (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 41-46).

#### Vraaggedreven zorg

Gebruikers van de zorg verwachten steeds meer aangepaste en specifieke zorg. Hierbij ligt het accent op het meemaken en de beleving. Ook spelen kwaliteit, service, toegang en voldoen aan persoonlijke wensen een rol (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 46-56). Dit geheel verlangt een vraaggedreven zorg. Hierbij staat de patiënt centraal en is de zorg afgestemd op een specifieke vraag en de context van de patiënt (Idenburg & Van Schaik, 2013, p. 112). In de visie *de patiënt als partner* en het begrip *shared decision making* krijgt dit vorm. Bij beide concepten is de patiënt met zijn/haar zorgvraag het uitgangspunt en zoeken de betrokkenen vanuit een gezamenlijk besluitvormingsproces een oplossing voor deze vraag.

#### Generatie, gender en cultuur

De behoefte aan zorg hangt eveneens samen met leeftijd (generatie), geslacht en cultuur. Er is een verschil in leefstijl tussen generaties. Zo vertonen jongeren meer ongezond gedrag. Uit een vergelijkend onderzoek naar het gebruik van genotmiddelen onder 15- en 16-jarige scholieren in Europa (ESPAD) blijkt bijvoorbeeld dat het percentage gebruikers van alcohol iets boven het Europese gemiddelde ligt. Vooral als het gaat om de hoeveelheid geconsumeerde alcohol tijdens de laatste drinkgelegenheden scoren Nederlandse jongeren hoog (Trimbos Instituut, 2012). Vervolgens verschillen mannen en vrouwen in morbiditeit (ziek-

tecijfer) en mortaliteit (sterftecijfer). Vrouwen hebben over het algemeen een hogere morbiditeit en tegelijk is het sterftecijfer lager. Vrouwen zoeken veelvuldiger contact met de huisarts, worden vaker opgenomen in het ziekenhuis en krijgen vaker medicijnen verstrekt dan mannen van dezelfde leeftijd. Ook verschuift de incidentie van aandoeningen die geslachtsgebonden lijken te zijn.

## Handhaven van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg problematisch

Zo stijgt het aantal vrouwen met een longziekte door toename van roken in deze groep. Ook is er meer aandacht voor verschillen in uitingsvormen van aandoeningen bij beide seksen. Symptomen ten gevolge van een hartinfarct zijn bij vrouwen vaak anders dan bij mannen. Hiervoor vraagt de *Alliantie Gender & Gezondheid*, een interdisciplinair samenwerkingsverband van zorgprofessionals, wetenschappers en beleidsmakers, aandacht (WOMEN Inc., 2012). Tevens is in 2025 ongeveer 23% van de bevolking van allochtone afkomst. Bij deze bevolkingsgroepen doen zich bepaalde aandoeningen frequenter voor. Chronische ziekten, zoals diabetes mellitus en hart- en vaatziekten, komen vaker voor bij inwoners van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst. Ook kunnen opvattingen over oorzaken van ziekte, ziektebeleving, zorg en wat het leven de moeite waard maakt, verschillen van de westerse cultuur en het dominante biomedische beeld van ziekte (Idenburg & Van Schaik, 2010, 2013).

#### Chronisch ziek

Meer mensen zijn langdurig of blijvend ziek. Meer dan de helft van de Nederlandse bevolking heeft in 2020 een chronische ziekte. Deze groei van chronische aandoeningen is vooral toe te schrijven aan de toename van het aantal ouderen in de bevolking (24% in 2040) en de wijze van samenleven. Zo neemt het aantal ziekten toe dat gerelateerd is aan ouderdom. Hierbij valt te denken aan



## Voorkomen van aandoeningen krijgt meer prioriteit

hartfalen, dementie en beroerte. Hierdoor zal een grotere groep oudere patiënten een beroep doen op zorg. Bovendien neemt, doordat men gemiddeld meer consumeert en minder beweegt, het aantal mensen met overgewicht toe. Ook leven mensen (en dieren) dichter bij elkaar. Hierdoor kan de overdracht van bepaalde ziekten (Q-koorts) bevorderd worden. Tevens stijgt het aantal chronisch zieken met meerdere aandoening (multimorbiditeit). Daarbij komen chronische ziekten en multimorbiditeit niet alleen frequenter onder ouderen voor, maar ook vaker bij mensen met een lage opleiding (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 68-74).

### Preventie en leefstijl

Het voorkomen van aandoeningen krijgt meer prioriteit. Nu ligt de nadruk op het stellen van de diagnose en de behandeling van ziekten. Dit accent verschuift naar voorzorg. Preventie en leefstijl (voorzorg) worden belangrijk. Een ongezonde leefstijl leidt vaker tot een (chronische) aandoening. Ondanks dit inzicht zijn veel Nederlanders

in de afgelopen jaren gemiddeld ongezonder gaan leven. Vaak wordt om ongezond gedrag in kaart te brengen, gekeken naar roken, overgewicht en lichamelijke activiteit. Zo kan de ziekte-incidentie van COPD en longkanker voor meer dan 85% worden toegewezen aan roken. Door te stoppen met roken stijgt de levensverwachting. Gezonder gedrag leidt tot een langer leven en meer gezonde jaren. Dit sluit niet uit dat mensen op latere leeftijd andere aandoeningen kunnen krijgen (Van Gelder, Poos & Harbers, 2014). Verschillende partijen, zoals de patiëntenvereniging en de werkgever, spelen een nadrukkelijke rol bij preventie door bijvoorbeeld informatie hierover te delen en door de kwaliteit van zorg te borgen. Ook *eHealth* levert in toenemende mate een bijdrage aan voorzorg (Idenburg & Van Schaik, 2010, 2013).

Digitale en technologische ontwikkelingen  
Digitalisering en technologische vernieuwingen vormen een belangrijke schakel in ontwikkelingen binnen de zorg. Door de digitalisering wordt kennis over de zorgsector steeds toegankelijker en inzichtelijker. Deze digitalisering in de zorg heeft betrekking op informatie (websites), communicatie (digitale zorgrelaties, *eHealth*), data van zorgsystemen (*big data*) en zelfmanagement

(thuis technologie, zorg op afstand) (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 95-102; Timmermans, 2015). Wel raakt digitalisering ook aan de privacy van de burger (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 109-113). Technologische ontwikkelingen vinden plaats op het gebied van biotechnologie, nanotechnologie, robotica, telechirurgie, thuiszorgtechnologie, games en simulaties. Deze ontwikkelingen maken steeds meer specifieke zorg mogelijk: zorg gericht op het individu en op een specifieke plaats in het lichaam. Een voorbeeld hiervan is de inzet van robots bij operaties en bij het overnemen of ondersteunen van zorgtaken (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 103-108).

## De nieuwe contouren van de zorg

Op 10 april 2015 namen de minister van VWS Edith Schippers en de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) Jet Bussemaker de adviesnota *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* in ontvangst. In deze nota is, om de hoofdlijnen van de toekomstige zorgsector te schetsen, de zorg in 2030 als uitgangspunt gekozen.

Wat zijn de fundamenteën van de nieuwe zorg? De nieuwe gezondheidszorg is gericht op het bevorderen en herstellen van het zelfstandig functioneren van mensen in hun eigen leefomgeving. Eigen regie en veerkracht staan hierbij centraal. De commissie heeft hiervoor drie uitgangspunten geformuleerd: het functioneren centraal stellen, een nieuw concept van gezondheid (Huber et al., 2011) en de zorgvraag in 2030 (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015). Deze drie uitgangspunten worden hieronder toegelicht.

Het functioneren van mensen staat centraal. Functioneren houdt in dat mensen in staat zijn om zoveel mogelijk het leven te leiden dat ze willen leiden. Het omvat lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. Verouderingsprocessen en chronische aandoeningen spelen een rol, maar ook persoonlijke en externe factoren, zoals de levensfase waarin iemand verkeert en de levensomstandigheden (wonen, werk, fysieke en sociale omgeving). Functioneren is daarmee individueel bepaald, maar heeft ook een contextuele en collectieve dimensie. Zorg dient aan te sluiten bij wat voor iemand persoonlijk belangrijk is om te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Daar-

bij verschuift de zorg van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd. Hierbij ligt de focus op wat moet en niet op wat kan. Tevens behelst het interventies op collectief niveau, zoals het behouden en creëren van een veilige leefomgeving (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015).

## Naar positieve gezondheid

De World Health Organization (WHO) definieert gezondheid als een toestand van compleet welbevinden, zowel lichamelijk als geestelijk en sociaal. Volgens Huber voldoet deze definitie niet meer (Evenblij, 2012). Waar wringt het? Huber noemt drie punten. Ten eerste wordt gezondheid volgens de WHO-definitie gezien als een statische situatie. Het leven is echter dynamisch. Er doen zich steeds veranderingen voor. Ten tweede leidt de gedachte van compleet welbevinden onbedoeld tot medicalisering van de samenleving. Vanuit deze gedachte bevorderen de betrokkenen, zoals de gezondheidsorganisaties en de farmaceutische industrie, groei van zorg. Ten derde zijn er binnen de bevolking veranderingen opgetreden waardoor een groter aantal mensen volgens de WHO-definitie als ziek wordt gedefinieerd. Meer mensen worden ouder en zij hebben steeds meer chronische ziekten. Het aantal mensen met een chronische ziekte is nu groter dan de groep personen met een acute aandoening. Ook stijgt het aantal mensen dat aan meerdere chronische ziekten lijdt (multimorbiditeit). Tevens neemt de groep die als gevolg van een chronische ziekte gerelateerde aandoeningen ontwikkelt (comorbiditeit) in omvang toe (Huber et al., 2011; Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 68-82, 2013, p. 129).

## Digitalisering raakt aan de privacy van de burger

Volgens Huber is het tijd voor een nieuwe definitie van gezondheid. Waaraan moet deze definitie voldoen? In plaats van de focus op genezing te leggen, verschuift de aandacht meer naar het bevorderen van gezondheid. Hiervoor definieert Huber het concept positieve gezondheid (*positive health*) als een vermogen dat ontwikkelbaar is (gezondheid als proces): 'gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren,

in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' (Huber, Van Vliet & Boers, 2016). Hierbij worden zes dimensies onderscheiden. Dit zijn: lichaamsfuncties, mentale functies, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Elke dimensie bevat een aantal aspecten. Voor de spirituele dimensie zijn dit: zingeving, toekomstperspectief, acceptatie, doelen of idealen nastreven (Huber, Van Vliet & Boers, 2016).

Als positieve gezondheid centraal staat, verandert ook de behoefte aan zorg. Begeleiding naar een kwalitatief hoogwaardig leven vormt het uitgangspunt. Het vermogen zich aan te passen en zelf de regie te voeren spelen hierbij een rol. Hierbij is aandacht voor het ondersteunen van vaardigheden om dit te bevorderen van belang. Zo zullen kennis over gezondheidsbevordering, zelfmanagement en bedrevenheid om deze vaardigheden over te brengen onderdeel van scholing uitmaken (Evenblij, 2012).

#### Functioneren als centraal begrip

Vervolgens is door de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen de vraag gesteld: als de inzet is gericht op het functioneren van burgers, wat is hiervoor dan nodig? Welke zorg draagt bij aan het behoud of herstel van het functioneren? Bij het centraal stellen van functioneren zijn in de eerste plaats de te verwachten functioneringsproblemen in kaart gebracht. Dit resulteert in clusters van burgerprofielen met in complexiteit oplopende zorgproblemen. Bij zorgproblemen valt te denken aan: chronische aandoeningen, psychische aandoeningen, functioneringsproblemen en psychosociale problemen die zich al dan niet in verschillende samenstelling gezamenlijk en in verschillende mate van complexiteit voordoen (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015).

#### Vier zorggebieden

Naast de te verwachten functioneringsproblemen is een innovatie in de organisatie van de zorgsector die past bij de toekomstige zorgvraag in beeld gebracht. Deze vernieuwing van de Nederlandse gezondheidszorg wordt samengevat in het ABCD-model. Dit model bestaat uit vier zorggebieden: voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplex

tot complexe zorg (C) en hoogcomplex zorg (D). Voorzorg is zorg voor en door de burgers. Hierbij gaat het om maatschappelijke betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid. Deze zorg richt zich op het bevorderen van gezond leven, op het voorkomen van problemen en aandoeningen en het leren omgaan met tegenslagen. Dit vraagt om een integrale aanpak waarbij de huidige indeling van de zorg in diverse lijnen zal verdwijnen. Gemeenschapszorg bevat zorg die mensen zoveel mogelijk zelf en samen met anderen in de buurt regelen.

## Functioneren is individueel bepaald, maar heeft ook een contextuele en collectieve dimensie

Indien nodig is er professionele ondersteuning beschikbaar. Laagcomplex tot complexe zorg bevat basis- en gespecialiseerde zorg, acute en planbare zorg met een hoge mate van voorspelbaarheid van de benodigde inzet en van het beloop. Deze zorg is in principe na een beoordeling toegankelijk voor iedereen. Hoogcomplex zorg bevat de zeer complexe behandeling met een lage mate van voorspelbaarheid van inzet en van beloop bij mensen met grote gezondheidsrisico's. Deze behandelingen worden uitgevoerd in multidisciplinaire en hoogtechnologische, geconcentreerde centra. Voor mensen met ernstige verstandelijke en/of psychische aandoeningen, ouderen met ernstige dementie en mensen in de terminale fase wordt deze zorg vooral kleinschalig georganiseerd (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015).

#### Drie scenario's

De gezondheidszorg in Nederland is in beweging. Niet alleen de zorg maakt een transitie door. Er zijn ook grote veranderingen op technologisch, sociaal en economisch gebied. Om in deze veranderende omgeving mogelijke ontwikkelingen in de zorg inzichtelijk te maken, schetsen Idenburg en Van Schaik (2010) drie zorgscenario's: het Virusscenario, het Chronisch Ziekscenarió en het Breukscenarió. Deze scenario's zijn gebaseerd op verschillende economische ontwikkelingen. Ook

nemen zij aspecten van de gezondheidszorg, zoals zorgkosten, beweging in de keten, solidariteit, toegankelijkheid, centrale focus en kwaliteit, in hun toekomstbeelden mee. Hoe kan de zorgsector er in 2025 uitzien? Deze scenario's beschouwen de auteurs niet als strikte toekomstvoorspellingen. De drie toekomstbeelden hebben een signalerende functie en dienen als startpunt voor discussie. Deze scenario's met de beschreven ruimte voor geestelijke verzorging zijn hieronder kort weergegeven.

### Virusscenario

Het Virusscenario gaat uit van economisch herstel na de crisis en groei van de economie. Door deze economische groei zijn de stijgende kosten voor de zorg op te brengen. De verzorgingsstaat blijft bestaan. De zorg is toegankelijk en gericht op collectieve solidariteit. De patiënt staat centraal. Deze krijgt kwalitatief goede en toegankelijke zorg. De zorg voor de patiënt krijgt vorm vanuit een holistische visie. Bij de behandeling wordt niet alleen gekeken naar de aandoening. Ook de context van de patiënt is meegenomen. Hoe de patiënt zijn of haar ziekte samen met naasten beleeft, is van belang. Aandacht voor spiritualiteit en religie maakt hiervan deel uit. Vandaar dat Idenburg en van Schaik (2010, p. 213) in dit scenario verwachten dat de belangstelling voor geestelijke verzorging zal toenemen. Digitalisering en technologische ontwikkelingen leveren een belangrijke bijdrage aan innovaties in de zorg. Ook geestelijke verzorgers nemen hieraan deel. Zij sluiten zich aan bij digitale netwerken. Daarbij worden zij geconsulteerd via digitale portals, participeren in zorg op afstand of maken gebruik van *eHealth* bij voor- en nazorg in zorginstellingen. Bij de zorg voor de patiënt wordt rekening gehouden met verschillen tussen patiëntengroepen. Religieuze verschillen leiden tot diverse initiatieven in de zorgsector. 'Om patiënten met een sterk religieuze achtergrond optimaal te kunnen verzorgen, zijn er drie halal verplegings- en verzorgingsinstellingen geopend nabij de grote steden Rotterdam, Den Haag en Utrecht. (...) Ook het succes van de gereformeerde zorgboerderij Zorgerie in Slochteren is niet onopgemerkt gebleven' (Idenburg & Van Schaik, 2010, p. 213). Ouderen wonen in kleine samenlevingsvormen die vanuit een herkenbare filosofie of levensbeschouwing zijn opgezet.

### Chronisch Ziekscenario

In het Chronisch Ziekscenario verandert er op economisch gebied weinig. De Nederlandse economie herstelt traag na de recessie. Door ingrijpen van de overheid groeien zorgkosten minder. Indicaties worden scherper gesteld. Mensen krijgen minder zorg vergoed en de eigen bijdrage gaat omhoog. Omdat de zorgkosten financieel niet voor iedereen te dragen zijn, blijft een aantal mensen langer doorlopen met klachten (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 241-281). De eerstelijnszorg wordt belangrijk. Er ontstaan grote eerstelijnsgezondheidscentra. Deze vormen een drempeel voor te snelle doorverwijzingen naar ziekenhuizen. De poortwachtersfunctie wordt versterkt. Medisch specialisten houden spreekuur in deze centra om samen met de huisarts voor- en nazorg af te stemmen. Het aantal academische centra neemt af (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 271-275). Zorginstellingen zijn gefuseerd om de zorg zo efficiënt mogelijk te regelen. In deze grote

## De focus ligt op wat moet en niet op wat kan

instellingen is weinig aandacht voor de patiënt. Daarbij neemt het aantal verpleegdagen af. Een groot deel van de zorg is van de AWBZ overgeheveld naar de WMO. Tussen de gemeenten, die deze zorg uitvoeren, bestaan grote verschillen (Idenburg & Van Schaik, 2010, p. 249). Er is een groeiende vraag naar geestelijke verzorgers. Vooral ouderen hebben in de laatste fase van hun leven behoefte aan begeleiding rondom zinvragen. Bij het inschakelen van geestelijke verzorging spelen kosten en het bestaande tekort aan geestelijke verzorgers een rol. Mantelzorgers, actieve ouderen, vangen deze leemte op door ondersteuning te verlenen. Hiervoor scholen deze mantelzorgers zich bij op het gebied van zingevingsvraagstukken (Idenburg & Van Schaik, 2010, p. 262).

### Breukscenario

Een kort herstel gevolgd door een tweede economische crisis kenmerken het Breukscenario. In de zorg komt meer ruimte voor marktwerking. Het collectieve basispakket is geminimaliseerd en zorgkosten worden overgedragen aan de burger. De huisarts verdwijnt uit het basispakket. Door de

hoge eigen bijdrage stellen mensen een bezoek aan de arts uit. Zelfzorg wordt belangrijk. Producten die dit ondersteunen zijn beschikbaar, zoals een online applicatie om de eigen gezondheid in kaart te brengen. Gezondheid is eigen verantwoordelijkheid geworden. Er komt een tweedeling in de zorg. Er is hoogwaardige zorg voor burgers die dit kunnen betalen; anderen zijn aangewezen op collectieve basiszorg van mindere kwaliteit. Hierbij ontstaan grote verschillen in gezondheid tussen groepen binnen de Nederlandse bevolking (Idenburg & Van Schaik, 2010). Zorg wordt georganiseerd in eigen kring. De verzuiling keert terug. Er ontstaan samenwerkingsverbanden die gebaseerd zijn op de identiteit van de betrokkenen. Idenburg en van Schaik geven hiervan een aantal

## Behouden en creëren van een veilige leefomgeving

voorbeelden. In grote steden komen diverse Islamitische ziekenhuizen. Zorgaanbieders die hun christelijke identiteit benadrukken, openen in de *Bible Belt* zorginstellingen. Een aantal katholieke topklinische ziekenhuizen bouwen hun samenwerking uit (Idenburg & Van Schaik, 2010, p. 313). In toenemende mate is men afhankelijk van naasten. Kinderen zorgen voor hun ouders. Ook gaan ouderen samenwonen in leefgemeenschappen. Zij ondersteunen elkaar. Deze wederzijdse afhankelijkheid versterkt ook de onderlinge samenhang en geeft betekenis aan het leven. Spiritualiteit en zingeving worden het terrein van individuen en bewegingen. 'Veel mensen gaan zich verdiepen in levenskunst en stervenskunst of sluiten zich aan bij 'YouMeWe': een sterke beweging die zich inzet voor het bieden en ontvangen van 'menslievende zorg'.' (Idenburg & Van Schaik, 2010, pp. 290-291).

### Tot slot

De gezondheidszorg in Nederland is in beweging. Deze transitie omvat een reorganisatie van de zorg waarbij het accent ligt op (het functioneren van) de mens en zijn/haar omgeving. Hierbij kunnen de beschreven scenario's gezien worden als potentiële ontwikkelingen en als aanzet tot discussie over innovaties binnen de zorg (Idenburg

& Van Schaik, 2010). Ook voor de geestelijke verzorging bieden de beschreven trends, veranderingen en scenario's mogelijkheden om toekomstig beleid te toetsen en geven ze ruimte om nieuwe perspectieven te verkennen.

Drs. Annemarie Arends is opleider bij *Radboudumc Health Academy*. Als afgestudeerd geestelijk verzorger en vanuit het ontwikkelen van onderwijs voor zorgprofessionals heeft de transitie in de zorg haar belangstelling. E-mail: annemarie.arends@radboudumc.nl

## Literatuur

- Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl), geraadpleegd 12 februari 2016.
- Evenblij, M. (2012). Parel voor een nieuw concept van gezondheid. Als we goed kijken is feitelijk niemand gezond. *Mediator*, 23(5).
- Gelder, B. M. van, Poos, M. J. J. C., & Harbers, M. M. (2014). Wat zijn de gezondheidsgevolgen van roken? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. [www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-roken](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-roken), geraadpleegd 7 juni 2016.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L. W., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*; 343: d4163.
- Huber, M., Vliet, M. van, & Boers, I. (2016). Zorg. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 160:A7720.
- Idenburg, P. I. & Schaik, M. van (2010). *Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. Schiedam: Scriptum.
- Idenburg, P. I. & Schaik, M. van (2013). *Diagnose zorginnovatie. Over technologie en ondernemerschap*. Schiedam: Scriptum.
- Timmermans, J. (2015). *eHealth vanuit verpleegkundig perspectief*. Masterscriptie Management en Innovatie in maatschappelijke organisaties. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Trimbos Instituut. (2012). *Factsheet ESPAD 2011. Het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder Nederlandse scholieren vergeleken met de rest van Europa*. <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/b6f72d06-0c1e-4296-9324-8d36d14dbe23.pdf>, geraadpleegd 4 juni 2016.
- WOMEN Inc. (z.d.). *Alliantie Gender & Gezondheid*. [www.womeninc.nl](http://www.womeninc.nl), geraadpleegd 12 februari 2016.



Opdat de  
internet-  
verbinding  
WerkT

Moge  
Je  
Dieet  
Slagen

HOPeLijk  
Blijft HET  
DROOG

Voor meer  
Likes op  
FACEBOOK