

Doelgerichte zorg

Een kritische discoursanalyse

Mattias Van Hulle — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

Het concept doelgerichte zorg (DGZ) wint de laatste jaren sterk aan belang. Het verwijst naar een zorgbenadering die de zelf geformuleerde gezondheids- of levensdoelen van personen met een zorg- of ondersteuningsvraag (PZOV) als vertrekpunt neemt. Dit spoort de PZOV aan een meer actieve en sturende rol op te nemen in het eigen zorgtraject. Hoewel dit op het eerste zicht positief lijkt, kent de invulling van het concept ook een aantal blinde vlekken en potentieel ongewenste effecten. Die komen niet zozeer voort uit de zorg als zodanig of de inclusieve intenties van de benadering zelf, maar wel uit de bredere culturele context waarbinnen het concept vandaag haar invulling krijgt. Hoewel de logica van het neoliberalisme niet noodzakelijk elk aspect van de samenleving even expliciet beïnvloedt, bepaalt ze wel een cruciaal deel van de voorwaarden waarbinnen sociale relaties – en dus ook zorg – plaatsvinden. Binnen en vooral *door* die context zou een ondoordachte of te ver doorgedreven vorm van DGZ enkele blinde vlekken kunnen inhouden waaronder een te grote responsabilisering van het individu, het onderbelichten van bestaande ongelijkheden, een onbedoelde cultivering van zorgconsumentisme en het binnensijpelen van ongewenste vormen van druk en prestatiegerichtheid in de zorgverlening.

Het doel van deze studie is om een genuanceerde analyse van DGZ te presenteren, en enkele factoren te belichten die aansporen tot voorzichtigheid en waakzaamheid. CM onderschrijft het positieve potentieel van DGZ, maar vraagt de nodige aandacht te besteden aan de wijze waarop het concept verder vorm krijgt en wil vooral enkele kantlijnen plaatsen bij het bredere normatieve en morele kader waarbinnen deze nieuwe zorgbenadering zich vandaag verder ontwikkelt.

Sleutelwoorden: Doelgerichte zorg, persoonsgerichte zorg, patiëntgerichte zorg, zelfregie, zelfmanagement, neoliberalisme, kritische discoursanalyse

Inhoudstafel

Inleiding: doelgerichte zorg zit in de lift

1. Literatuurstudie: de historische context

- 1.1. Oorsprong bij comorbiditeit en chronische aandoeningen
- 1.2. Beweging naar een bredere uitrol
- 1.3. Twee grotere evoluties
- 1.4. Betekenisgevend kader

8

9

9

10

11

12

2. Methode: kritische discoursanalyse

14

3. Resultaten

15

- 3.1. Grote(re) klemtoon op individuele responsabilisering
- 3.2. Sociale ongelijkheden niet uit het oog verliezen
- 3.3. Oppassen dat 'keuzevrijheid' geen consumentistische invulling krijgt
- 3.4. Behoedzaam zijn voor prestatiedruk binnen het zorgtraject

15

16

18

20

4. Aanbevelingen

22

- 4.1. Meer aandacht voor de rol van cultuur
- 4.2. Toewerken naar een cultuur waarin zorg en afhankelijkheid centraler staan
- 4.3. Erover waken dat de legislatieve verankering van DGZ de patiënt-e ten goede komt
- 4.4. Waakzaam zijn voor consumentisme binnen de zorg
- 4.5. Structurele ondersteuning voor zorg(personeel)

22

22

23

23

24

Besluit

24

Bibliografie

25

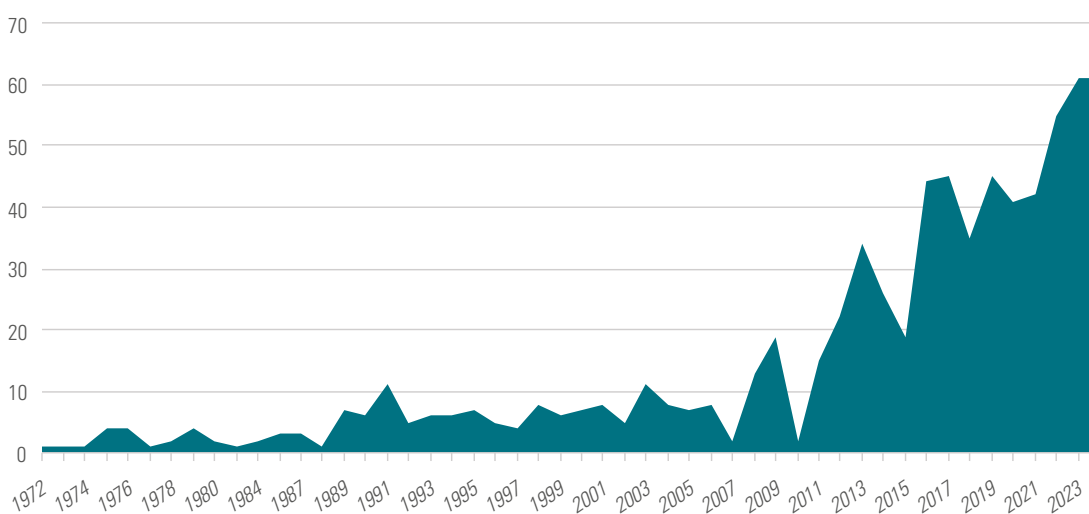
Inleiding: doelgerichte zorg zit in de lift

Het concept doelgerichte zorg (DGZ) won de voorbije jaren sterk aan populariteit. Het verwijst naar de idee dat zorg niet louter een klinische behandeling van acute, medische aandoeningen dient te omvatten, maar mee gevormd moet worden door de wensen, de waarden en vooral de **zelf geformuleerde doelen van de patiënt-e**. Dit kunnen specifieke medische verzoeken zijn, maar evengoed levensdoelen, hobby's of activiteiten die voor de patiënt-e belangrijk zijn en waarop het zorgtraject mee dient afgestemd te worden. Het is een benadering die de voorbije periode steeds vaker het onderwerp was van wetenschappelijk onderzoek en publicaties. Een test op *PubMed* leert dat meer specifiek vanaf de jaren 2010 het aantal wetenschappelijke artikels met een nadrukkelijke focus op dit thema aanzienlijk is gestegen (zie Figuur 1). Het gros van dit onderzoek tracht in kaart te brengen hoe DGZ kan bijdragen aan een hogere tevredenheid en welzijn van patiënten, hoe het tot betere relaties kan leiden tussen patiënt-e en zorgverlener, en hoe het mogelijk zelfs kosten kan besparen voor het zorgsysteem (Boeykens, 2023).

Naast de toename van wetenschappelijke aandacht, merken we ook op dat er de afgelopen jaren beduidend meer fondsen zijn vrijgemaakt voor onderzoek naar DGZ. Verschillende initiatieven en projectoproepen kregen extra financiering om DGZ beter in kaart te brengen en te bevorderen. Zo stelden de Koning Boudewijnstichting en het Fonds Dr. Daniël De Coninck aanzienlijke bedragen beschikbaar om de toepassing van het concept in de Belgische eerstelijnszorg te ondersteunen en te versnellen, alsook om eerstelijnswerkers ervaring te laten opdoen met de thematiek. In totaal verkregen 18 Nederlandstalige en 17 Franstalige onderzoeksprojecten naar DGZ financiële steun (Doelgerichte zorg in de eerste lijn bevorderen, 2024). Ook andere netwerkorganisaties, zoals bijvoorbeeld de Academie Voor De Eerste Lijn, dragen actief bij aan de bevordering en implementatie van de zorgbenadering door middel van samenwerkingsprojecten.

Daarnaast integreren ook beleidsmakers DGZ steeds vaker in hun beleidsplannen en -strategieën. Zo lanceerde het Vlaams departement Zorg en Gezondheid in 2023 de tool *Alivia*, een digitale toepassing die methodes van doelgericht samenwerken zou moeten ondersteunen via een virtueel zorg- en ondersteuningsplan. DGZ werd eveneens opgenomen in zowel het interfederaal plan geïntegreerde

Figuur 1: Aantal wetenschappelijke artikels over 'Goal-Oriented Care' per jaar (Bron: PubMed)



zorg als in het nieuwe wetsontwerp ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten, waarin tevens wordt verwezen naar verschillende onderzoeksprojecten die pleiten voor een versnelde omslag in de gezondheidszorg van behandelingsgerichte zorg naar DGZ. Centraal staat onder andere een verhoogde aandacht voor de levensdoelen en de mogelijkheden van de patiënt-e.

Tot slot is het concept ook steeds vaker het onderwerp van het aanbod aan opleidingen en trainingen om zorgverleners te helpen DGZ toe te passen. Zo biedt het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) bijvoorbeeld een basis-training aan om zorgprofessionals of mantelzorgers uit te leggen hoe ze concreet aan de slag kunnen gaan met DGZ. In Wallonië en Brussel heeft de Vereniging van Huisartsen (AGE) er zich onder andere via symposia op toegespitst om, in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting, de filosofie rond DGZ te ondersteunen en te implementeren in de praktijk.

Aangezien het zeer waarschijnlijk is dat de aandacht voor dit thema de komende periode enkel nog zal toenemen, is het nuttig om het concept grondig te analyseren vanuit verschillende invalshoeken. Tot nu toe lijkt er namelijk vooral veel aandacht te gaan naar de positieve eigenschappen en *good practices* van DGZ. CM miskent de positieve eigenschappen van DGZ niet, maar de invulling van het concept bevat enkele blinde vlekken die potentieel ongunstige gevolgen zouden kunnen hebben voor de patiënt-e.

Die blinde vlekken bleven tot nu toe grotendeels onderbelicht. Het doel van deze studie is dan ook om deze in kaart te brengen, alsook om de potentiële perverse effecten zo helder mogelijk aan te stippen. Deze analyse kan er op die manier toe bijdragen dat zowel de invulling van het theoretische concept als de vertaalslag ervan naar de praktijk op de best mogelijke manier kunnen gebeuren. Dat wil zeggen, met zoveel mogelijk aandacht voor de kwaliteit van de zorg en voor de reële ondersteuning die de PZOV nodig heeft.

Om deze blinde vlekken helder te belichten, hanteren we in deze publicatie een sociologische benadering. Eerst nemen we de geschiedenis van het concept onder de loep en kijken we naar haar oorsprong. Daarna brengen we de maatschappelijke context in kaart waarbinnen DGZ uitgroeide tot een breder hanteerbaar begrip. Vervolgens staan we stil bij enkele van die contextuele elementen die lijken door te sijpelen in de huidige benadering van DGZ, en die volgens CM mogelijk enkele ongewenste effecten zouden kunnen genereren.

1. Literatuurstudie: de historische context

1.1. Oorsprong bij comorbiditeit en chronische aandoeningen

Het startpunt van DGZ als een specifieke benadering van zorgverlening, wordt in de wetenschappelijke literatuur veelal gesitueerd in 1991. In dat jaar publiceert geriater en huisdokter James W. Mold het artikel *Goal-Oriented Medical Care* in het vakblad *Family Medicine* (Mold, Blake, & Becker, 1991). Toch blijkt het concept zelf op dat moment al wel enige tijd te bestaan (zie ook Figuur 1). Voornamelijk in de context van sociale hulp en rehabilitatie na langdurig druggebruik, werd het doorheen de jaren 1970 reeds aangewend als nuttige benaderingsvorm om in samenspraak met de hulpbehoevende persoon een stappenplan en hulptraject uit te stippelen (DeSimone, 1975). En ook in rapporten gericht op kwaliteitscontrole van medische zorgverlening, bleek de invalshoek reeds voor Molds publicatie te worden besproken (Lohr, 1990). De aanwending van DGZ als benaderingsconcept in het kader van kwaliteit kwam er vanuit de overtuiging dat “alle pogingen om kwaliteit van zorgaanbod te definiëren en evalueren nutteloos zijn zolang ze niet gebaseerd zijn op de waarden en doelen van de patiënt-e” (Lohr, 1990, p. 121, eigen vertaling). Centraal stond dus steeds de idee dat zowel de efficiëntie als de kwaliteit van zorg of hulp er alle baat bij hebben afgestemd te zijn op de individuele situatie en wensen van de patiënt-e.

Wanneer Mold in 1991 zijn artikel publiceert, is hij de eerste die een specifieke focus op en uitgebreide beschrijving van het concept brengt in de context van medische zorgverlening. Hij beschrijft hoe het klassieke probleemgeoriënteerde zorgmodel, doorgaans gestoeld op een formele diagnose en een daaruit volgende behandeling, niet erg geschikt blijkt voor het behandelen van een groot, en volgens Mold groeiend aantal gezondheidsproblemen en -uitdagingen. Hoewel de probleemgeoriënteerde aanpak ideaal is voor de behandeling van acute ziekten, is deze veel minder geschikt wanneer 1) de uitdaging in feite een ‘normale’ fysiologische activiteit betreft (zoals zwangerschap, gezondheidspromotie of primaire ziektepreventie), 2) het bereiken van een ‘normale’ of volledige gezondheid onmogelijk blijkt (in het geval van chronische of terminale ziekte), 3) een klassieke behandeling nieuwe, gelijkaardige of grotere problemen dreigt te genereren ten aanzien van het initiële gezondheidsprobleem (bijvoorbeeld in het geval van comorbiditeit) (Mold, Blake, & Becker, 1991).

Mold's artikel biedt een algemene en theoretische beschouwing over DGZ. Hij besteedt bijzondere aandacht aan twee specifieke aspecten van het concept. Ten eerste focust hij sterk op de implicaties van DGZ op de nieuwe rolverdelingen en interacties tussen patiënten en zorgverleners. Aangezien vanuit dit nieuwe paradigma patiënten een veel grotere beslissingsrol kunnen innemen over de staat van hun eigen gezondheid, zo stelt hij, verandert de rol van de zorgverlener aanzienlijk. In plaats van zelf alle beslissingen te nemen, moet deze nu vooral actief luisteren en, op basis van wat de patiënt-e aangeeft, aanbevelingen formuleren en aanmoedigen. Ultiem is het "veel minder een zoektocht naar waarheid, dan wel een gezamenlijke inspanning om een nuttige realiteit te construeren" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 49, eigen vertaling). Deze 'gezamenlijke inspanning' heeft evenwel als implicatie dat de relatie tussen zorgverlener en patiënt-e veel nauwer wordt, zo stelt Mold, intiemer zelfs. Er moet actie- ver worden rekening gehouden met persoonlijke sterktes, noden en verwachtingen van de hulpbehoevende persoon, en dit kan een zekere emotionele gehechtheid initiëren die vanuit de klassieke probleemgerichte benadering makkelijker te vermijden valt.

Ten tweede beschrijft Mold de verschillende situaties waarin een doelgerichte benadering nuttiger kan zijn dan de klassieke probleemgerichte. Daarbij staat hij vooral stil bij patiënten met chronische of ongeneeslijke ziekten. Hij noemt de zorg voor patiënten met chronische ziekten "één van de grootste uitdagingen van de moderne geneeskunde" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 50, eigen vertaling). Wanneer genezing niet mogelijk is, wordt er vanuit de klassieke probleemgerichte benadering alles aan gedaan om een 'abnormale manifestatie' van de ziekte te controleren, aldus Mold. Maar het is waarschijnlijker, zo stelt de auteur, dat meer positieve veranderingen in de gezondheidsstatus kunnen bekomen worden, wanneer patiënten inspraak krijgen in specifieke doelstellingen. Dat geldt ook voor patiënten die stervende zijn, of die geconfronteerd worden met een terminale ziekte. Zij voelen zich vaak verlaten door zorgverleners eens het duidelijk is dat er geen medische behandeling meer mogelijk is. Maar we kunnen net argumenteren, schrijft Mold, dat "één van de belangrijkste gezondheidsgerelateerde doelen in het leven van een persoon precies betrekking heeft op de omstandigheden van het sterfproces" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 50, eigen vertaling). Zorgverleners zouden de unieke positie moeten innemen om in die fase begeleiding, ondersteuning en verzachting te bieden, aldus Mold.

1.2. Beweging naar een bredere uitrol

Initieel blijft de focus in de wetenschappelijke literatuur de daaropvolgende jaren behouden op personen met comorbiditeit en personen met chronische aandoeningen. De argumentatie voor deze focus bouwt verder op de redenen die Mold reeds aanhaalde. Ten eerste zou het zorgsysteem geconfronteerd worden met een toename van comorbiditeit en chronische aandoeningen, alsook met een stelselmatig ouder wordende populatie in het algemeen waarbij deze condities relatief vaker voorkomen (Tinetti, Esterson, Ferris, Posner, & Blaum, 2016). Deze groepen lopen, ten tweede, een verhoogd risico op gefragmenteerde zorg indien ze benaderd worden vanuit een klassiek probleem-georiënteerd paradigma. DGZ kan hierop een antwoord bieden door de zorg of ondersteuning te stroomlijnen in een richting die wenselijk is voor de patiënt-e in kwestie (Boeykens, et al., 2022).

Vandaag stellen we echter een bredere toepassing vast waarbij DGZ als benaderingsperspectief veel omvatterder wordt aangewend dan enkel bij de bovengenoemde groepen. Sterker nog, er wordt actief gewerkt aan de aan- sporing om **DGZ in de gehele eerstelijnszorg uit te rollen**. In die context bood bijvoorbeeld Het Fonds Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting, in 2022 en 2023 financiële ondersteuning aan initiatieven en onderzoeksprojecten die "ervaring hebben – of al doende ervaring willen opdoen – met de omslag naar doelgerichte zorg in de eerste lijn" (Fonds Daniël De Coninck, 2024). De projectoproepen focussen zich niet uitsluitend op de eer- der genoemde groepen, maar blijken zich veel algemener te richten op 'personen met zorg- en ondersteuningsno- den' en eerstelijnsprofessionals. Ook onderzoekers geven aan ervan overtuigd te zijn "dat iedereen baat kan hebben bij doelgerichte zorg" (Vlaams Patiëntenplatform, 2024).

Een blik op het laureatendossier leert ons dat er naast pro- jecten van organisaties met een focus op comorbiditeit, chronische aandoeningen, ouderenzorg en sociale hulp, eveneens projecten werden geselecteerd met een focus op respectievelijk huisartsenpraktijken, eerstelijnszones in het algemeen, zorg- en welzijnswerkers die zich rich- ten op preventie, en zelfs workshops of andere vormen van informatieverstrekking die zich niet langer richten op 'patiënten' maar op 'burgers' als zodanig, dit met als doel hen proactief te '*empoweren*' en aan te sporen hun wel- zijn in eigen handen te nemen. Deze onderzoeksprojecten werden tevens vermeld in een wetsontwerp uit 2023 ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten, waarin wordt beschreven dat de omslag van probleemgerichte zorg naar

DGZ moet versneld worden, en dat de verhoogde aandacht voor levensdoelen in de zorgcontext een positieve benadering van gezondheid en welzijn zou versterken. De patiënt-e dient daarin een actieve(re) rol op te nemen, zo luidt het, onder andere door de levensdoelen in kaart te brengen en deze te bespreken met de zorg- en hulpverleners (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023).

Hoewel er, voor zover wij weten, op dit moment nog geen specifieke beleidsimplementaties plaatsvonden die duiden op een legislatieve verankering van DGZ in de gehele eerstelijnszorg¹, observeren we wel duidelijk een tendens waarbij de ideeën achter DGZ worden opgenomen in beleidsnota's met een bredere scope – getuige het wetsontwerp uit 2023 ter wijziging van de patiëntenrechten –, en waarbij die beleidsvoorstellen ook expliciet aansporen om DGZ actiever en breder te implementeren. Zo lanceerde de Koning Boudewijnstichting in 2024 een beleidssynthese die dient als “oproep tot actie om de stem van de patiënten te versterken door hen meer slagkracht te geven”, gericht aan onder andere “de overheden op alle bestuursniveaus” (Koning Boudewijnstichting, 2024, p. 3). De beleidssynthese presenteert “drie recente oriëntaties die onze gezondheidszorg móét kiezen”, en beschrijft deze oriëntaties respectievelijk als “de patiënt als sturende kracht”, “de shift naar zelfzorg”, en “de doorbraak van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt” (Koning Boudewijnstichting, 2024, pp. 4-5).

1.3. Twee grotere evoluties

Deze schijnbaar plotse tendens om DGZ zo breed toe te passen kunnen we beter begrijpen in de context van twee meer algemene ontwikkelingen. **Ten eerste** dienen we het specifieke paradigma van DGZ te plaatsen binnen een **breder evolutie van zorgbenaderingen die de patiënt-e of hulpbehoevende persoon centraal stellen**. Zo bestaan er vandaag naast DGZ nog heel wat andere concepten die hiernaar verwijzen: persoonsgerichte zorg, herstelgericht werken, steunend relationeel handelen, oplossingsgericht handelen of krachtgericht werken, om slechts enkele voorbeelden te noemen (ELZ Gent VZW, 2025).

Een van de meest gekende benaderingen, en wat kan beschouwd worden als een overkoepelend concept in

deze context, is patiëntgerichte zorg. Historische duidingen plaatsen de geboorte van deze benadering reeds in de jaren 1940, wanneer invloedrijke psychiaters zoals Carl Rogers braken met de toenmalige populaire technieken gestoeld op ‘*Social Adjustment*’, die patiënten er actief toe aansporen persoonlijke gedragingen en denkbeelden aan te passen in overeenstemming met sociaal wenselijke(re) normen. Rogers, als één van de centrale figuren in deze beweging, koos er daarentegen voor om te luisteren, te begrijpen, en op die manier een heldere spiegel aan te bieden. Dit stelde de cliënt-e in staat zichzelf beter te begrijpen, dieper over zichzelf te reflecteren, en er uitiem zelf voor te kiezen denkpatronen of gedragingen al dan niet te wijzigen. De redenering hierachter luidt dat gedragswijzigingen gestoeld op de intrinsieke wil van de patiënt-e veel duurzamer en diepgaander zijn dan opgelegde veranderingen. Rogers noemde deze benadering ‘cliëntgerichte therapie’, en publiceerde samen met een collega in 1951 een boek met de gelijknamige titel *Client-Centered Therapy* (Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

De ideeën die Rogers uitdraagt, en waarmee hij in de daaropvolgende jaren successen boekte, vinden vanaf de jaren 1980 hun weg naar de medische zorgverlening, waarbij het belang van duidelijke communicatie enerzijds en de patiënt-e centraal te plaatsen anderzijds sterk worden benadrukt. Hierin is een belangrijke rol gespeeld door patiënten en activisten die in de context van de aidsepideemie meer inspraak eisten in de kennisproductie over succesvolle zorgtrajecten en behandelingen (Epstein, 1995). In deze periode groeit het idee dat de individuele noden van de patiënt-e steeds het uitgangspunt moeten zijn, en wordt gepleit voor een meer kwalitatieve kijk op zorg (Boeykens, 2023). In 2001 publiceert het onafhankelijke en invloedrijke Amerikaanse *Institute of Medicine* een rapport waarin ze haar kijk op een beter gezondheidssysteem voor de eenentwintigste eeuw voorstelt. Daarin schuift ze patiëntgerichte zorg naar voren als de manier bij uitstek om zorg te verlenen die de individuele voorkeuren, noden en waarden van de patiënt-e respecteert en tegemoetkomt, en verzekert dat deze aspecten een sturende rol spelen bij elke klinische beslissing (Baker, 2001). Vandaag is patiënt- of persoonsgerichte zorg ook in België uitgegroeid tot een integraal onderdeel van de beleidsvisie op zorgkwaliteit (Gezond België, 2024), waarvan DGZ een meer specifieke invulling vormt.

¹ De eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen is wel al enkele jaren bezig met een transitie naar een meer geïntegreerde organisatie van de zorg voor complexe casussen, personen met een langdurige ondersteuningsnood of met vragen op verschillende terreinen, zoals combinaties van fysieke en mentale gezondheidsklachten met sociale of financiële problemen. Een concrete uitwerking hiervan is *Alivia*, een digitaal zorgplanningsinstrument om zorgcoördinatie en DGZ mogelijk te maken (Departement Zorg, 2025).

Daarnaast observeren we in de invulling en kadering van DGZ echter ook de echo's van **een tweede, bredere beweging** die zich de voorbije jaren voltrok, namelijk een ontwikkeling waarbij **individuele worden aangespoord meer verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid**. Zulke klemtonen op zelfregie en veerkracht zijn allesbehalve nieuw. Reeds sinds 2000 zit het gebruik van termen als *'self-management'* en *'resilience'* in de context van gezondheidscommunicatie stevig in de lift (Luypaert, 2020). Dit is op zijn beurt een veruitwendiging van een bredere maatschappelijke evolutie waarin zelfredzaamheid, veerkracht en aanpassingsvermogen steeds nadrukkelijker op de voorgrond worden geplaatst (zie ook deel 1.4).

In de brede uitrol van het concept DGZ, lijken vandaag deze **twee bovenstaande evoluties samen te vloeien**. De toegenomen aandacht voor een meer actieve betrokkenheid van de patiënt-e en voor diens wensen, waarden en voorkeuren is zonder twijfel een ontwikkeling met veel positieve aspecten. De benadering kan rechtstreeks bijdragen aan meer levenskwaliteit in de context van wat de persoon in kwestie zelf belangrijk vindt. Maar tegelijkertijd moeten we er ons wel van bewust zijn dat enkele aspecten in het narratief rond DGZ, meer bepaald de focus op meer verantwoordelijkheid en zelfregie via het formuleren van persoonlijke doelen, een blinde vlek kunnen vormen die enkele potentiële perverse effecten met zich meedraagt. Om maar te zeggen: het positieve potentieel van DGZ is er zeker en vast, maar we willen in deze tekst vooral ingaan op enkele potentiële blinde vlekken die zich zouden kunnen voltrekken indien er met deze aspecten van het concept te onbesuisd wordt omgegaan. We beargumenteren deze specifieke focus vanuit de vaststelling dat de *best practices* en het positieve potentieel van DGZ immers al vaak besproken blijken te zijn (zie onder andere Jennings & Mold, 2024), maar dat de eventuele risico's hieraan verbonden daarentegen relatief onderbelicht zijn gebleven. Deze blinde vlekken lijken ons des te relevanter binnen een hedendaagse context waarin DGZ wordt uitgerold als breder paradigma in de gehele eerstelijnszorg.

1.4. Betekenisgevend kader

Alvorens in de volgende sectie die mogelijke blinde vlekken aan te stippen, is het nodig om eerst het volgende te benadrukken: **elke activiteit vindt steeds plaats binnen een breder sociaal, cultureel, normatief en moreel kader**. Dat lijkt in eerste instantie nogal abstract, maar het is cruciaal om de argumenten in het verdere verloop van dit artikel te begrijpen. Als individuen handelen en interageren

we namelijk altijd binnen een specifieke culturele context en aan de hand van normen die we niet zelf hebben gecreëerd en die niet noodzakelijkerwijs zijn zoals we zouden willen. Deze settingen worden gevormd en beïnvloed door bredere samenlevingsfactoren – moreel-ethisch, structureel, systemisch – die zowel de invulling als de betekenis van onze handelingen en interacties vormgeven, ook al zijn we ons vaak niet bewust van die invloed. Wat we normaal vinden, wat we wenselijk vinden en zelfs wat we waardevol achten kan dan wel heel persoonlijk *lijken*, het weerspiegelt steeds een breder betekenisgevend kader waaraan we onze handelingen toetsen en waarmee we ze interpreteren (zie Figuur 2).

Scherper gesteld: onze normen, wensen en waarden kennen een cruciale culturele dimensie, en ook de concepten die we daarrond creëren en delen, worden steeds vormgegeven binnen dat culturele kader. Dat is niet anders voor de ideeën achter DGZ: het is een concept dat binnen een bredere context werd ontwikkeld – zoals onder punt 1.3 al summier werd toegelicht – en dus onvermijdelijk die culturele dimensie tot op zekere hoogte opnieuw weerspiegelt. Die bredere, culturele context kunnen we vandaag beschrijven als een **neoliberale meritocratie**, waarin waarden als zelfredzaamheid, zelfregie en veerkracht een belangrijke en centrale plek toegewezen krijgen. Dit betekent uiteraard niet dat DGZ per definitie een liberaal concept *is*, noch dat het enkel en alleen deze neoliberale waarden reflecteert. Maar het betekent wel dat we ons goed bewust dienen te zijn van de subtiele manier waarop een liberaal narratief en waardenkader de invulling en vormgeving van een concept zoals DGZ kan binnensijpe-len, precies omdat dat **waardenkader** zich kan **concretiseren in enkele mogelijke risico's voor de patiënt-e**.

Voor de goede orde dienen we eerst te specificeren wat we precies bedoelen met neoliberalisme als waardenkader, aangezien neoliberalisme soms een *catch-all* term blijkt te zijn met vele verschillende ladingen, en soms al te makkelijke of zelfs dubieuze associaties. Dat is een gevolg van het feit dat neoliberalisme niet de naam is van één specifieke doctrine of één welbepaald institutioneel opzet. Het neoliberalisme is een ideologie die meerdere uitwerkingen kan kennen. Een goede startdefinitie vinden we bij Blunden en Calder (2020), die de definities uit twee prominente werken (Davies, 2017; Harvey, 2005) over de ontwikkeling en invloed van het neoliberalisme samenbrachten in een eigen synthese. De onderzoekers beschrijven neoliberalisme als “de verheffing van marktgebaseerde principes en evaluatietechnieken tot het niveau van door de staat goedgekeurde normen”, in de overtuiging dat “menselijk welzijn

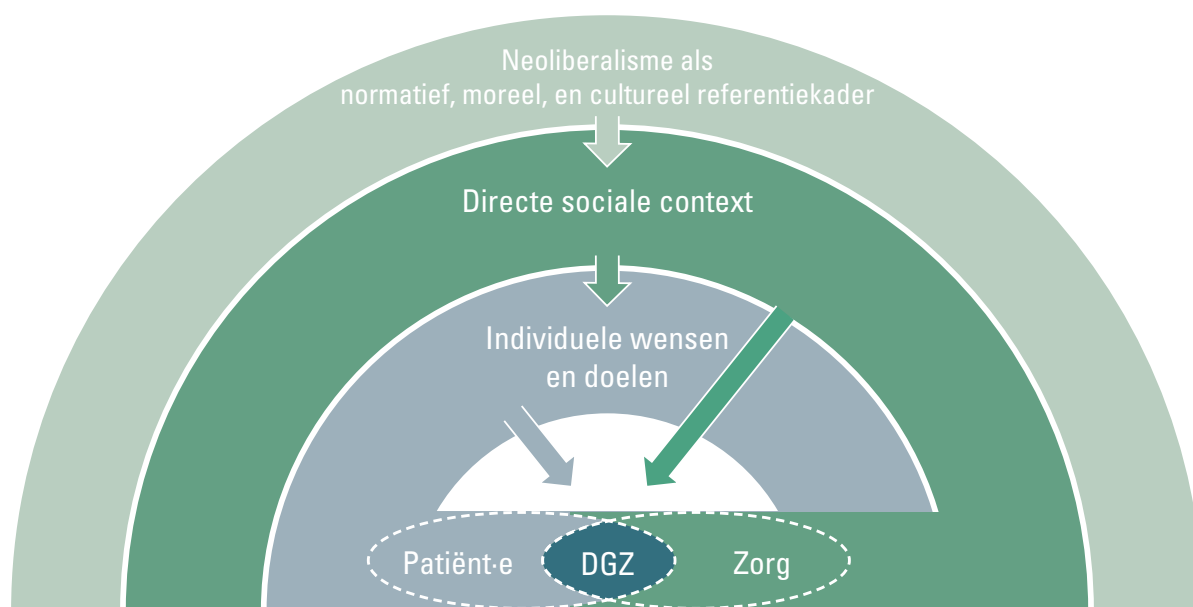
het best kan worden bevorderd via het aanmoedigen van individuele ondernemingsvaardigheden en -vrijheden”, en dat tot slot “onze institutionele kaders ook het best op dit doel worden afgestemd” (Blunden & Calder, 2020, p. 2, eigen vertaling).

Die ‘marktgebaseerde principes’ zijn vandaag echter veel breder verspreid dan louter in institutionele kaders en beleid. Ze sijpelden sinds de jaren 1980 steeds verder door in de alledaagse denkbeelden, waarden, gedragingen, aansporingen en ideeën die we als samenleving collectief normaliseren of aanmoedigen – kort samengevat: in onze cultuur. Sterker nog, het ligt net in het hart van het neoliberale denken om die marktgebaseerde principes op alle levensdomeinen toe te passen. Filosoof en geschiedkundige Michel Foucault (2008) sprak in deze context over de herstructurering van de eigen identiteit tot een soort individuele onderneming van ‘het zelf’. De moderne invulling van een goed en succesvol burger is niet langer iemand die zo conform mogelijk is, maar wel iemand die waakzaam en op een verantwoorde manier aan ‘zelfbeheer’ doet en zo ‘concurrentieel’ kan zijn met anderen. Vanuit dat paradigma worden nagenoeg alle aspecten van het sociale leven doordrongen van en ondermijnd door principes van individuele prestatie. Of het nu gaat om het werk, het huishouden, of het onderhouden van relaties, steeds is het doel: op zelfredzame wijze het eigen succes en geluk maximaliseren, en risico’s oordeelkundig minimaliseren.

Gezondheid vormt hierop allerminst een uitzondering en wordt binnen een neoliberale context eveneens opgevat als een vorm van kapitaal dat gemaximaliseerd dient te worden. Het objectief is een ‘winst’ in de vorm van persoonlijk welzijn of individuele gezondheid, die uitiem kan geëtaleerd worden als een uiting van slimme keuzes, goede investeringen en productiviteit.

Historisch gezien transformeerde het maatschappelijk beeld over het ideaaltipe burger de voorbije decennia zo op twee belangrijke manieren. Ten eerste zijn we niet langer *obedience-subjects* die voornamelijk dienen te gehoorzamen, maar *achievement-projects* die vooral moeten presteren. We worden verwacht te sleutelen aan en te investeren in onze eigen identiteit als zijnde het ultieme project (Foucault, 2008). Een tweede verschil tussen de huidige prestatimaatschappij en de zogenaamde ‘commandosamenleving’ die hieraan voorafging, is dat een ‘moeten’ voordien van buitenaf werd opgelegd, terwijl we vandaag de culturele aansporingen tot presteren grotendeels hebben geïnternaliseerd. Precies daarom, zo stelt de Duits-Koreaanse filosoof Byung-Chul Han, leven we wel met het *gevoel* vrij te zijn om te doen wat we willen, maar gebruiken we die vrijheid vooral om onszelf systematisch druk op te leggen om prestaties te boeken. Door de internalisering van dit ‘moeten’, gaat een zekere zelf-uitbuiting gepaard met een gevoel van vrijheid, aldus Han (2015).

Figuur 2: Visuele synthese van de theoretische benadering



Foucault sprak in deze context over een “proliferatie van individualisme aan de hand van een economische matrix” (Foucault, 2008, p. 56, eigen vertaling). Anders gesteld, dienen we vandaag zo uitgesproken mogelijk ‘onszelf’ te zijn, maar wel op een manier waarmee we onze acties en handelingen systematisch evalueren in termen van prestaties en successen.

2. Methode: kritische discoursanalyse

Om in kaart te brengen hoe dit culturele en normatieve kader wordt gereproduceerd via het concept DGZ, en welke potentieel schadelijke effecten daaruit kunnen voortkomen, hebben we een kritische discoursanalyse (KDA) uitgevoerd. Dit is een beproefde methode uit de sociale wetenschappen om achterliggende patronen en betekenisstructuren van begrippen of concepten te achterhalen. Concreet baseert een KDA zich daarvoor op een systematische en contextgevoelige analyse van relevante teksten. Die analyse omvat niet enkel beschrijvingen van de *manifeste* – of anders gezegd de *expliciete* – inhoud van een tekst, maar bovenal een analyse van de *latente* inhoud. Een KDA helpt op die manier met het blootleggen van de meer verholde betekenissen van begrippen die we *onder* de manifest expliciete tekst en ‘tussen de regels door’ dienen op te graven (Graneheim & Lundman, 2004).

Via een KDA benaderen we een tekst niet als een geïsoleerd gegeven, maar net in relatie tot haar bredere maatschappelijke achtergrond. Een fundamenteel basisprincipe van de methodologische benadering luidt dat een discours steeds sociaal ingebed is: het wordt sociaal geconstrueerd en speelt op zijn beurt ook een rol in de constructie en reproductie van sociale structuren en relaties (Breeze, 2011). Als we de latente inhoud van een begrip en van haar interpretatie willen blootleggen, dienen we dus niet enkel de tekst als zodanig in beschouwing te nemen, maar ze vooral in relatie te brengen met de context die erop van invloed is. Met ‘context’ wordt niet zozeer de onmiddellijke omgeving bedoeld waarin een tekst wordt geproduceerd of waarop deze betrekking heeft (bijvoorbeeld een academische setting of een ziekenhuis), maar voornamelijk de bredere maatschappelijke context: het geheel aan culturele, normatieve, morele, politieke, sociale en economische factoren die

onze gedeelde realiteit vormgeven. Samengevat, houdt een KDA dus vooral rekening met de meest relevante contextuele determinanten die bijdragen aan enerzijds de productie en anderzijds de interpretatie van een tekst, alsook van de centrale begrippen in die tekst (Handford & Gee, 2012).

Methodisch-technisch is een KDA ten eerste een **iteratief en circulair proces** en wordt er dus zowel inductief als deductief te werk gegaan om a priori-conclusies te vermijden. Zo wordt eerst gekeken naar de taalconstructies van relevante teksten om semantische invullingen bloot te leggen (inductie). Het gaat dan om woordkeuzes, zinsconstructies, gelegde verbanden, semantiek en morele of normatieve bepalingen. In een volgende analytische fase worden deze invullingen geherinterpreteerd aan de hand van bestaande literatuur of theoretische beschouwingen over eigentijdse culturele opvattingen (deductie). Anders gezegd, we brengen een lezing van geselecteerde teksten over DGZ rechtstreeks in verband met relevante sociologische en theoretische benaderingen aan de hand waarvan we de invulling en betekenisgeving van het concept nauwgezet kunnen analyseren.

Ten tweede is een KDA ook een **probleem-georiënteerde analysemethode**. Dat wil zeggen dat we aan de hand van de methodologie niet zozeer bevestiging of weerlegging zoeken van een specifieke hypothese, maar wel dat we 1) de relatie tussen bredere contextuele factoren en het discours rond een begrip willen aanstippen, en vervolgens 2) aanduiden welke relevante sociale of gezondheidsrisico's daaruit (zouden kunnen) voortvloeien. Meer specifiek hebben we teksten over DGZ geanalyseerd om na te gaan of we in de latente beschrijvingen van het onderwerp de contouren kunnen observeren van contextuele factoren die blinde vlekken of potentiële valkuilen kunnen veroorzaken en zo een Mattheüseffect teweegbrengen, zijnde onbedoelde en ongewenste gevolgen die ofwel de kwaliteit van de zorg verslechteren, ofwel de situatie voor de kwetsbare patiënt-e bemoeilijken. In het volgend deel stellen we de resultaten van deze analyses voor met een afzonderlijke bespreking van vier potentiële risico's.

We hebben voor deze studie drie soorten teksten geselecteerd en geanalyseerd. Ten eerste gaat het om wetenschappelijke artikels en onderzoeksliteratuur. We laten zowel Nederlandstalige (met een Vlaamse focus) als Engelstalige artikels. De argumentering hierachter is dat we zowel studies wilden analyseren die zich focusten op een Vlaamse respondentengroep en beleidscontext, als

onderzoek met een meer internationale scope die vaak als theoretische of methodologische inspiratie fungeren voor de Vlaamse artikels. We selecteerden deze artikels op hun impact (citeringscijfer²) of op hun actualiteit (jaar van publicatie). Ten tweede namen we politieke beleidsnota's door (waaronder het meest recente wetsontwerp ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten en relevante publicaties van het Departement Zorg van de Vlaamse Overheid). Tot slot namen we ook uitgeschreven visies van relevante netwerk-, werkveld- en middenveldorganisaties mee die het thema expliciet bespreken in openbare publicaties (waaronder het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn, de Academie Voor de Eerste Lijn, het Vlaams Patiëntenplatform, en de Koning Boudewijnstichting).

We willen nogmaals in herinnering brengen dat het opzet van deze studie een kritische lezing van het concept DGZ betreft met een specifieke focus op de blinde vlekken en de potentiële risico's die daaruit kunnen voortvloeien, zonder echter het concept op zich over boord te willen gooien. De bedoeling is om vanuit een cultuursociologische lens bij te dragen aan een betere en breder omvattende invulling van het concept, zodat het uiteindelijk meer personen kan helpen.

3. Resultaten

3.1. Grote(re) klemtoon op individuele responsabilisering

Zoals reeds aangegeven, is één van de fundamenteën van DGZ de idee dat de patiënt-e actief participeert aan een dialoog met diens zorgverlener (Boeckxstaens et al., 2020). Hiermee druist het concept in tegen het klassieke beeld van de patiënt-e die slechts een passieve ontvanger is van zorgexpertise. De patiënt-e dient te worden getransformeerd naar een mede-schepper van het eigen zorgtraject en moet "een actieve rol opnemen" (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 14). Sterker nog, de zorg dient te "vertrekken vanuit de doelen en waarden van de patiënt" (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 13), wat meteen impliceert dat die een belangrijke verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld over de richting en invulling van de zorg die verkregen wordt. Op het eerste zicht lijkt deze benadering weinig bezwaarlijke elementen te bevatten. Wat

valt er immers niet te appreciëren aan een benadering die de wensen van een patiënt-e centraal plaatst? Toch moeten we, volgens de onderzoekers Blunden en Calder, oppassen om niet in de val te trappen van "valse neutraliteit" (Blunden & Calder, 2020, p. 1, eigen vertaling). Want denken in termen van persoons- en DGZ kan dan wel normatief neutraal *lijken*, het brengt wel degelijk enkele contentieuze waardenverbintenissen met zich mee.

In de praktijk blijkt het namelijk doorgaans niet zo te zijn dat patiënten "van nature uit" persoonlijke doelen voorleggen aan zorgverleners (Boeckxstaens, et al., 2016, p. 126). Sterker nog, volgens de studie van Boeckxstaens en collega's bleek het voor veel patiënten moeilijk om doelen te definiëren en uit te drukken, zelfs wanneer gebruik wordt gemaakt van een vragenlijst die hier specifiek voor werd ontwikkeld en gevalideerd. Dat leidden de onderzoekers af uit een reeks diepte-interviews met patiënten die lijden aan meerdere chronische ziekten. Slechts een minderheid van die patiënten formuleerde doelen, en deed dat bovendien in zeer algemene bewoordingen zoals 'opnieuw gezond worden' of 'niet verder achteruit gaan'. De meeste patiënten gaven aan niet te begrijpen wat precies bedoeld werd met 'doelen' of 'doelen stellen', of stelden dat ze zich niet konden identificeren met het concept 'doelen stellen' op zich. Sommige patiënten gaven daarbij aan dat ze hun situatie tot op zekere hoogte hadden geaccepteerd, en dus helemaal geen noodzaak voelden om specifieke doelen te stellen. De conclusie van de studie luidt dan ook dat het helemaal geen vanzelfsprekendheid is voor patiënten om persoonlijke doelen te formuleren in de context van een zorgtraject. Nochtans wordt hier in veel publicaties over DGZ impliciet wel van uitgegaan.

Een verklaring hiervoor ligt bij het feit dat de meeste volwassenen zijn opgegroeid in een verzorgingsstaat waarin ze "hebben geleerd dat je een goed burger bent als je tijdig een beroep doet op [zorg]professionals" (Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens, & Verplanke, 2018, pp. 10-11). Aansporingen om *zelf* doelen te formuleren en het zorgtraject *zelf* mee vorm te geven, zijn dus relatief nieuw. Anders gesteld, het vormt een specifiek hedendaagse en saillante aanvulling op de 'ziekerol', oftewel de impliciete set aan sociale verwachtingen die we hebben van personen met een gezondheidsuitdaging. De zogenaamde 'ziekerol' werd voor het eerst gedefinieerd door Talcott Parsons. De socioloog beschreef dit in 1951 als een gelegitimeerde en verantwoorde wijze van afwijking.

2 Dit vanuit de idee dat hoe vaker een wetenschappelijk artikel geciteerd wordt, hoe groter de impact op de discursieve dimensie van het respectievelijke onderzoeksdomein.

Want wie ziek wordt verklaard, mag *afwijken* van de normale gedragsverwachtingen. De ziekterol ontslaat de zieke persoon namelijk van een aantal verplichtingen die in normale omstandigheden gelden, en houdt ook in dat de schuld van een zekere mate van onbekwaamheid tot handelen niet bij de zieke persoon zelf wordt gelegd (Parsons, 1951). Meer dan louter *ziekte* als een fysiologische manifestatie, beschreef Parsons de *ziekterol* als een element van de sociale werkelijkheid. Het is een sociaal geconstrueerd beeld dat enkele impliciete afspraken inhoudt over wat we aanvaarden, toelaten en verwachten van personen die ziek zijn. Omdat die ziekterol een sociaal construct is, vertelt het bijgevolg ook iets over de bredere culturele context waarbinnen dat ‘ziek zijn’ plaatsvindt, en welke normen en verwachtingen uit die context voortkomen. Dat aan die ziekterol vandaag wordt toegevoegd dat de patiënt-e een meer actieve rol dient te spelen, onder andere door zelf persoonlijke doelstellingen te formuleren, legt dus een eigentijdse sociale realiteit en een daaraan verbonden set van verwachtingen bloot.

Centraal in die hedendaagse set van verwachtingen gekoppeld aan de ziekterol en het zorgtraject ligt vandaag een grote klemtoon op zelfredzaamheid en zelfregie. Of zoals een publicatie van het Vlaams Patiëntenplatform het formuleert: “aan het roer staan van het eigen leven”, onder andere door zelf doelstellingen te formuleren (Vlaams Patiëntenplatform, 2025). Deze expliciete aanzet tot zelfregie is een rode draad doorheen de publicaties over DGZ. Zo geeft datzelfde artikel aan dat we DGZ zouden “kunnen zien als een voorwaarde voor zelfmanagement. [Dit] gaat over een vorm van zelfregie/verantwoordelijkheid voor het opnemen van een rol in je ziekteproces. Maar dan moet je eerst weten wat je belangrijk vindt en waar je naartoe wil. Zelfmanagement start met de vraag wat is voor mij belangrijk en wat zijn de doelen in mijn leven. Pas daarna kan je kijken naar het stukje zelfregie. Doelgericht werken geeft dus de motivatie om met zelfmanagement aan de slag te gaan” (Vlaams Patiëntenplatform, 2025). Op de website van De Academie Voor De Eerste Lijn werd ‘zelfmanagementondersteuning’ zelfs naar voren geschoven als één van de vier grote pijlers in de werkingsperiode 2019-2024, dit als apart thema naast DGZ (Academie Voor De Eerste Lijn, 2025). En ook de website Eerstelijnszone.be, een website met informatie van en voor de eerstelijnszones in Vlaanderen met steun van de Vlaamse overheid, schrijft dat bij DGZ “de focus ligt op mogelijkheden en veerkracht” van het individu (Eerstelijnszones, 2024). Onderzoeker Boeckx vat het samen: “Het belangrijkste doel van de huidige zorgorganisatie in Vlaanderen is de patiënt-e in de stuurstoel

van het zorgproces te plaatsen, dat gebaseerd zal zijn op levensdoelen” (Boeckx, 2023, p. 152, eigen vertaling).

Die nadruk op zelfmanagement, aan de hand van termen als motivatie, zelfregie, veerkracht, zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid, weerspiegelt een bredere maatschappelijke evolutie waarbij meer responsabiliteit en aansprakelijkheid bij het individu ligt. Dit is, zoals reeds aangegeven in de literatuurstudie (zie 1.4.), in lijn met het ideaaltipe burger dat vandaag wordt gepropageerd als iemand die geëmancipeerd, zelfstandig, mondig en autonoom is (Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens, & Verplanke, 2018). Maar de keerzijde van die aanmoediging tot onafhankelijkheid is een **impliciete ontmoediging van afhankelijkheid**. Sociologisch onderzoek toonde reeds overtuigend aan dat mensen die worden aangemoedigd zelfstandig te zijn en problemen zelf op te lossen, vaak de opvatting internaliseren dat het als ongewenst, onacceptabel, of zelfs als zwak beschouwd wordt om afhankelijk te zijn van anderen, om zorg te accepteren, en om te steunen op sociale voorzieningen (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). De onderzoekers ontwaarden uit diepte-interviews met zorgbehoevende respondenten “een discours waarin (vrijwel) alle vormen van afhankelijkheid werden ontkend, en waarin er onevenredig veel persoonlijke verantwoordelijkheid werd genomen voor aspecten van het leven die niet te herleiden zijn tot de persoonlijke handelingsbekwaamheid van een individu” (Peacock, Bissell, & Owen, 2014, p. 174, eigen vertaling). Ze voegden eraan toe dat het internaliseren van narratieven gericht op zelfredzaamheid en onafhankelijkheid kan resulteren in verhoogde stressniveaus, en erg schadelijk kan zijn voor de gezondheid en zelfs voor de levensduur.

3.2. Sociale ongelijkheden niet uit het oog verliezen

Een tweede mogelijke blinde vlek volgt uit de eerste. Zoals intussen duidelijk is, worden individuele verantwoordelijkheid, zelfregie, of – zoals het wetsontwerp ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten het meermaals stelt – de “patiëntenautonomie” (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 14) sterk beklemtoond binnen de context van DGZ. Ook een beleidssynthese van de Koning Boudewijnstichting onderstreept dat de individuele patiënt-e “de sturende kracht en actor moet worden in de gezondheidszorg” (Koning Boudewijnstichting, 2024, p. 4), en een eigen “ervaringsdeskundigheid” (Idem, p. 5) dient in te brengen. DGZ stoelt zo ultiem op “een positieve kijk op gezondheid, gebaseerd op de doelen en mogelijkheden van de persoon

zelf" (Vivel, 2025). Het blijft echter uitermate belangrijk om te beseffen dat niet elk individu over dezelfde ruimte, middelen, of set aan vaardigheden beschikt om het eigen zorgplan mee vorm te geven. Een schaduwzijde van het beklemtonen van de individuele inbreng van de patiënt-e ligt er dan ook in dat sociale en andere contextgebonden determinanten die ziekte en het gebruik van zorg sterk beïnvloeden onderbelicht dreigen te worden. Nochtans spelen deze een cruciale rol, vooreerst in de vatbaarheid voor ziekte, maar in tweede instantie ook in de mogelijkheden om een zorgtraject (mee) uit te stippelen en in te vullen. Het uit het oog verliezen van die determinanten zou dan kunnen leiden tot een toename van de ongelijkheid in het nadeel van de meest kwetsbaren.

Om te beginnen wijst empirisch onderzoek uit dat mensen met sociale en economische uitdagingen een hoger risico lopen om gediagnosticeerd te worden met chronische aandoeningen (Franklin, Willis, Lewis, & Smith, 2021; Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Dit is van groot belang om mee te nemen in de context van DGZ, aangezien deze zorgbenadering precies haar historische oorsprong vindt in de omgang met chronische aandoeningen. Onderzoek toont ook aan dat mensen met sociale en economische uitdagingen eveneens een hoger percentage van geassocieerde complicaties ervaren en meer multimorbiditeit en behandelingslast, eerder overlijden, en een lagere kwaliteit van leven rapporteren dan mensen uit meer bevoorrechte milieus (Boehmer et al., 2018; Hill, Nielsen, & Fox, 2013). Samengevat, onderzoek bevestigt al veel langer dan vandaag de sterke associatie tussen de socio-economische context van personen en hun vatbaarheid voor ziekte of het ervaren van een minder gunstige gezondheid. We moeten er daarom aandachtig voor blijven dat de narratieve klemtonen op zelfregie er niet toe leiden dat we deze inzichten uit het oog verliezen.

Maar deze associatie is niet enkel van belang vanuit preventief opzicht. Ze speelt eveneens een cruciale rol in de omgang met gezondheidsuitdagingen en ziekte, en in de kwaliteit van het zorgtraject. Onderzoek wijst uit dat **mensen met sociale en economische uitdagingen** het **veel moeilijker** vinden **om aan zelfmanagement te doen** (Franklin, Willis, Lewis, & Smith, 2021). Zelfmanagementinterventies richten zich quasi uitsluitend op individueel gedrag, terwijl individueel gedrag op zijn beurt voor een groot deel wordt vormgegeven door de sociale context van een persoon. Dit inzicht vormt de centrale boodschap in een redevoering van professor dr. Jany Rademakers, uitgesproken bij haar aanvaarding van het ambt van bijzonder Hoogleraar Gezondheidsvaardigheden en Patiëntenparticipatie

(Rademakers, 2016) waarin ze enkele expliciete vraagtekens plaatst bij wat ze "de actieve patiënt als utopie" (Rademakers, 2016, p. 1) noemt, en spreekt over een 'utopie' precies omdat veel individuen "niet kunnen voldoen aan de hoge verwachtingen die in dit verband aan hen gesteld worden" (Idem, p. 9). Rademakers onderscheidt drie moeilijkheden in deze context.

Ten eerste, op het meest fundamentele niveau, is er de kwestie van geletterdheid. Rademakers stipt aan dat mensen met een korter opleidingstraject, maar ook heel wat mensen die vanwege ziekte, handicap of andere uitdagingen geconfronteerd zijn geweest met (basis)schoolverzuim, een veel hogere kans lopen om minder goed geletterd te zijn. Dit feit, samen met een ervaren schaamte waardoor ze dit niet snel zullen laten merken en in veel gevallen dus niet om ondersteuning zullen vragen, vormt een groot obstakel om de weg te vinden langsheen medische informatie, formulieren, brochures, tot zelfs simpelweg borden of wegwijzers in ziekenhuizen (Rademakers, 2016). In Vlaanderen scoort vandaag 16% laag op geletterdheid, een percentage dat is gestegen ten opzichte van tien jaar geleden. Kortgeschoolden scoren in dat opzicht significant veel slechter dan langgeschoolden (Dewulf, et al., 2024).

Ten tweede hangt het al dan niet kunnen opnemen van een actieve rol niet alleen af van het feit of je (goed) kunt lezen, maar ook of je informatie werkelijk begrijpt en kunt toepassen in je eigen situatie. Het gaat algemeen om het niveau van informatieverwerking, wat rechtstreeks samenhangt met de zogenaamde gezondheidsgeletterdheid en het kunnen toepassen van gezondheidsvaardigheden (Rademakers, 2016). Uit onderzoek van Sciensano blijkt dat 33% van de Belgische populatie ouder dan 15 jaar een (te) laag niveau van gezondheidsgeletterdheid heeft, wat volgens de onderzoekers concreet betekent dat men niet over voldoende vaardigheden beschikt om beslissingen te kunnen maken over de eigen gezondheid. Mensen met een reeds slechte gezondheid en mensen die kortgeschoold zijn – of anders gesteld, mensen die net meer nood hebben aan zorg en ondersteuning – blijken vaker slecht te scoren op gezondheidsgeletterdheid dan mensen in goede gezondheid en langgeschoolden (Sciensano, 2020).

De twee beschreven aspecten, geletterdheid en gezondheidsinformatieverwerking, hebben beide betrekking op iemands cognitieve vaardigheden. Maar er is ten derde ook nog een sociale dimensie, aldus Rademakers. Steun van de omgeving of andere sociale invloeden blijken vaak sterke voorwaarden voor het stellen van bepaald gedrag, zoals stoppen met roken of meer bewegen.

Ook het zelfvertrouwen hebben om vragen te stellen aan de dokter, om actief deel te nemen aan het consult, om tot gedeelde besluitvorming te komen, en om een leefstijlverandering door te voeren, worden sterk beïnvloed door het sociale, culturele en economische kapitaal van de persoon in kwestie en zijn cruciaal voor het opnemen van een eigen rol op het gebied van gezondheid en zorg (Rademakers, 2016). Ter volledigheid is het nodig aan te stippen dat ook de dokter hier uiteraard een belangrijke rol in speelt: creëert die mee een context waarin vragen kunnen gesteld worden? Is die bereid om naar vragen te luisteren? Uit eerder onderzoek van Rademakers blijkt alvast dat bijna één op twee Nederlanders aangeeft het moeilijk tot zeer moeilijk te vinden om zelf een actieve rol op te nemen bij de zorg voor hun eigen gezondheid en ziekte (Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong, & Rademakers, 2014). Er bleek een sterke samenhang te zijn met opleiding: mensen met een kortere scholing bleken minder kennis, minder zelfvertrouwen, en minder motivatie aan te geven (Rademakers, Nijman, Brabers, de Jong, & Hendriks, 2014). Er is geen reden om aan te nemen dat dit in België anders zou zijn.

Voor personen met sociale en economische uitdagingen komt de concrete ervaring van omgaan met ziekte dus zeker niet overeen met het autonome, zelfbepaalde, en doelgerichte beeld dat in het zelfmanagementdiscours doorgaans wordt geconstrueerd (Audet, Dumas, Binette, & Dionne, 2017; Warin, Zivkovic, Moore, Ward, & Jones, 2015). Sociologisch en fenomenologisch onderzoek toont aan dat de manier waarop mensen zich hun toekomst voorstellen – wat ‘zelfmanagementdoelen formuleren’ in essentie betekent – onlosmakelijk verbonden is met ervaringen uit het verleden en uit het heden, en dus sterk verankerd is in de specifieke sociale context (Franklin, et al., 2019a). De mate waarin personen in staat zijn medische risico’s in te schatten en te verkleinen, hangt nauw samen met de sociale positionering en met de mogelijkheid om middelen te mobiliseren. Meer concreet blijkt het te worden bepaald door impactvolle verwezenlijkingen en prestaties uit het verleden, door een subjectieve ervaring van ‘meesterschap’ over het heden, over het eigen lichaam en over de eigen situatie, en door toegang tot voldoende sociaal, cultureel en economisch kapitaal om doelen te kunnen opvatten als opportuniteiten. Personen die hun toegang tot middelen en hun sociale positie lager inschatten, blijken daarentegen veel sterker beïnvloed door eerdere ervaringen van verlies, moeilijkheden en ontberingen, en veel minder door positieve verwezenlijkingen. Zij zien doelen stellen veel minder als een ‘kans’ of ‘opportuniteit’, maar vooral als een vereiste noodzaak (Franklin, et al., 2019b).

De mate waarin er dus (succesvol) aan zelfmanagement kan worden gedaan is veel meer een kwestie van een contingentie verdeling van middelen, van sociale steun, en van een specifieke en contextgebonden temporele oriëntering naar verleden en toekomst toe. Het is daarentegen veel minder een strikt individuele aangelegenheid gebaseerd op persoonlijke motivatie en individuele cognitie, ook al laat het narratief rond zelfmanagement dit wel vaak uitschijnen (Franklin, et al., 2019b). Onderzoek wees reeds uit dat personen uit minderheidsgroepen en personen met financiële of sociale uitdagingen vaker negatief geëvalueerd bleken te worden door zorgverleners, minder contacttijd kregen met zorgverleners, minder informatie verkregen, zelf minder vragen stelden, en over het algemeen minder geneigd waren om het advies van zorgverleners te contesteren of kritisch te benaderen (Dubbin, Chang, & Shim, 2013; Protheroe, Brooks, Chew-Graham, Gardner, & Rogers, 2013). Ondanks al deze inzichten, zo concludeerden Franklin en collega’s, geven de meeste theoretische benaderingen van zelfmanagement in de zorg weinig tot geen aandacht aan de wijze waarop sociale en structurele factoren de interacties tussen patiënt-e en zorgverlener beïnvloeden (Franklin, et al., 2019b). We dienen voor de volledigheid aan te stippen dat dit in België vooral aan Nederlandstalige kant het geval blijkt te zijn. In Waalse en Brusselse context wordt er in sommige documenten wel degelijk aanbevolen om meer rekening te houden met de sociale determinanten van gezondheid in relatie tot het thema DGZ (Stassen, Heymans, Colson, Kersten, & Buret, 2025).

3.3. Oppassen dat ‘keuzevrijheid’ geen consumentistische invulling krijgt

Zoals reeds gezegd staan bij DGZ de prioriteiten en levensdoelen van de individuele patiënt-e centraal (Fonds Daniël De Coninck, 2024), waardoor de relatie tussen zorgverlener en patiënt-e in zekere zin wordt omgedraaid: de patiënt-e wordt nu expert-e, die als enige kan aangeven wat de doelen zijn en op welke manier de effecten van ziekte op het leven het best kunnen geminimaliseerd worden. Het is niet langer uitsluitend de medische professional die doelen identificeert en vooropstelt, maar (mede) de patiënt-e die aangeeft welke doelen te bereiken alsook op welke wijze die daartoe wenst te komen. Dit uitgangspunt vereist een benadering van zorg en planning waarbij de patiënt-e dus veel actiever bepaalt welke behandelingen en diensten te kiezen die deze doelen het meest waarschijnlijk en efficiënt zullen bereiken (Mitchell, 2013). We stipten ondertussen al twee potentiële blinde vlekken van dit uitgangspunt aan, vanuit de kritische beschouwing dat zulke opvattingen een

zekere mate van 'valse neutraliteit' in zich dragen (Blunden & Calder, 2020). Ter herinnering: met 'valse neutraliteit' wordt opgemerkt dat een begrip als 'keuzevrijheid' dan wel heel neutraal *lijkt*, maar nooit volledig kan ontsnappen aan de bredere culturele context die bepaalt hoe we zulk een begrip grotendeels vormgeven en invullen. Vanuit die benadering zien we nog een derde mogelijk risico in de groeiende conceptuele overlapping van een 'patiënt-e' als 'consument-e', aangezien burgerschap in een bredere neoliberale context namelijk in grote mate wordt herleid tot consumentisme. Men dient er dan ook voor op te passen dat de genoemde klemtonen op inspraak en zelfregie niet leiden tot het verder doorsijpelen van een consumentenlogica binnen de zorg.

Onder neoliberalisme worden namelijk alsmear meer diensten nadrukkelijk beschouwd als producten die tegen betaling worden gekocht en verkocht. Termen als persoonlijke emancipatie, zelfregie en individuele keuzevrijheid hebben dan wel het positieve potentieel om de autonomie van de patiënt-e te versterken, maar ze kunnen evenzeer tot een verdere commodificatie leiden waarbij ook zorg steeds meer als een aan te kopen dienst wordt aanzien (Henderson & Petersen, 2002). Het is namelijk zo dat het neoliberalisme gebaseerd is op de idee van een markt als ontmoetingsplaats tussen autonome individuen die interacties en economische relaties met elkaar aangaan. De aanname dat individuen autonoom zijn is hiervoor essentieel, anders werkt de notie van economische transacties niet langer. Onderzoekers Iedema en Veljanova (2013) beschrijven hoe deze logica vandaag doorsijpelt in het domein van de gezondheid. Ze stellen vast dat er steeds explicieter een soort zorgconsumentisme wordt gepropageerd door **niet langer zorgbehoevende personen centraal** te plaatsen in het discours rond zorg, maar **wel een ideaalbeeld** te cultiveren van de **proactief handelende, goed geïnformeerde, en autonome 'zorgconsument-e'** die zijn of haar gezondheid dient te beschouwen als een zich eigen te maken product of vorm van kapitaal. Tegelijkertijd, zo beschrijven de auteurs, wordt de idee van "passieve patiënten waarvoor gezorgd wordt door de welvaartsstaat" steeds actiever verworpen (Iedema & Veljanova, 2013, p. 2, eigen vertaling). Dit sluit aan bij eerder geciteerd onderzoek waarbij het cultiveren van autonomie evenzeer gepaard blijkt te gaan met een impliciete verwerping van de idee van afhankelijkheid (Peacock, Bissell, & Owen, 2014).

In het onderzoeksartikel '*Patiëntgerichtheid en Consumentisme in de Gezondheidszorg: een Ideologische Warboel*' (Latimer, Roscamp, & Papanikitas, 2017, eigen vertaling) werd jaren geleden al gewaarschuwd voor een steeds

explicietere conceptuele overlap tussen het begrip patiëntgerichtheid enerzijds en consumentisme anderzijds. De grote klemtoon op de eigen inbreng van de hulpbehoevende persoon kan namelijk snel evolueren van een goed bedoelde filosofie gericht op florerende patiënten naar een uitgesproken marktdenken en libertarisme waarbij de patiënt-e zichzelf als betalende consument-e een totale keuzevrijheid eigen maakt (Latimer, Roscamp, & Papanikitas, 2017). En die conceptuele overlapping kan een aantal ongewenste gevolgen hebben. Zo brachten Chen en Wasserman (2017) deze evolutie in verband met een vastgestelde toename van het aantal ongemotiveerde of niet-gefundeerde patiëntaanvragen of doktersvoorschriften. Meer specifiek stelden ze vast dat er meer bijkomende en vooral onnodige analyses werden gevraagd tijdens zwangerschappen, alsook dat er een stijging was van een onterecht gebruik van antibiotica.

Een ander risico bestaat er volgens Bellieni (2018) dan weer in dat zorgverleners de neiging zouden ontwikkelen zich te richten op winstgevende behandelingen en patiënten, terwijl complexe of minder rendabele zorg worden verwaarloosd. Dit kan ertoe leiden dat de toegankelijkheid voor mensen met beperkte inkomens wordt belemmerd, of dat er zelfs minder toegang is tot zorg, omdat marktwerking leidt tot hogere kosten en minder subsidiëring. Meer algemeen, zo stelt de auteur, dreigt door deze ontwikkeling een mentaliteitswijziging, waarbij niet enkel patiënten transformeren tot 'consumenten', maar ook ziekenhuizen tot 'managementbedrijven' waar behandelingen niet langer zijn gebaseerd op therapeutische alliantie, vertrouwen en betrouwbaarheid, maar op financiële motieven en valse zekerheid. Bellieni beklemtoont dat patiëntautonomie en patiëntgerichte zorg zeer belangrijke ideeën zijn en blijven, maar dat de versmelting met consumentistische neigingen evenwel een bedreiging vormt voor de toegang tot en de kwaliteit van de zorg. Daarom concludeert hij dat het cruciaal is dat er vooreerst wordt ingezet op een goede relatie tussen zorgverlener en patiënt-e, en vooral dat die relatie stevig verankerd is in een goed doordacht en omvattend moreel-ethisch kader dat niet gericht is op winstmaximalisatie maar op zorg en menselijkheid als fundamentele waarden (Bellieni, 2018).

Voor de volledigheid is het absoluut nodig te onderstrepen dat het belang van een goede dialoog en relatie tussen patiënt-e en zorgverlener ook sterk worden beklemtoond in heel wat onderzoeks- en beleidsteksten over DGZ (Boeykens, 2023; Boeykens, et al., 2022; Boeckxstaens, Boeykens, Macq, & Vandenbroeck, 2020). We hebben geen enkele reden om te twijfelen aan de goede bedoelingen

achter deze klemtonen. Wel uiten we bezorgdheden over het bredere normatieve kader waarbinnen deze dialogen plaatsvinden, waarbij marktbenaderingen doorsijpelen in gezondheidsbevordering en de idee stimuleren dat er aan de ene kant ‘consumenten’ zijn met behoeften, wensen of verlangens, en aan de andere kant aanbieders en leveranciers van gezondheidsgoederen en -diensten. Dit normatieve kader bewerkstelligt niet alleen een grote conceptuele overlap tussen individuele keuzevrijheid en consumentisme, het kent ook een sterk verhuuld karakter. De consumentenlogica wordt namelijk veelal opgevat als een neutraal, transactioneel gegeven, terwijl het in realiteit een hele set aan opvattingen en waarden vormgeeft over wat het betekent om vandaag een ‘goede burger’ of meer specifiek een goede patiënt-e te zijn (Henderson & Petersen, 2002), en bovendien met verwachtingen en vereisten komt die niet gelijk verdeeld zijn en niet voor iedereen gelijk werken.

Het is in die context tot slot cruciaal om te beseffen dat deze benadering van zorg als ‘te consumeren gezondheidsgerelateerde goederen en diensten’ niet alleen gevormd wordt door de schijnbaar rationele keuze voor de waargenomen gezondheidsvoordelen, maar evenzeer door associaties met statusgedreven voorstellingen, levensstijlen en voorkeuren. Een grote tekortkoming in de ontwikkeling van recente gezondheidsbevorderingsstrategieën is volgens Henderson & Petersen (2002) het niet erkennen van de rol die cultuur speelt bij het vormgeven van smaken en voorkeuren. In een context waarin gezondheid, consumptie en identiteit steeds meer met elkaar verweven zijn, is het naïef te geloven dat de acties van individuen uitsluitend worden gevormd door overwegingen van ‘gezondheid’. Een belangrijke bezorgdheid binnen de context van de hedendaagse maatschappelijke aanmoediging om via consumentisme een persoonlijke eigenheid ‘aan te kopen’, is dan ook een potentiële erosie van collectieve en gemeenschappelijke waarden en normen.

Onderzoekers Iedema en Veljanova (2013) beargumenteren vervolgens hoe zorgconsumentisme zo kan uitmonden in wat ze ‘doe-het-zelf-zorg’ noemen, waarbij patiënten zich baseren op de eigen doorleefde lichamelijke ervaringen als ultieme toetssteen om conventionele medische technieken, medicijnen en diensten aan te vullen met, of in extremere gevallen zelfs te verwerpen en te vervangen door adviezen, inzichten en behandelingen die minder tot zelfs niet als acceptabel worden aanzien binnen de grenzen van de traditionele biomedische wetenschappen. De onderzoekers wijzen erop dat het momentum van deze tendens vandaag ironisch genoeg niet zozeer wordt ge-

creëerd door alternatieve doe-het-zelf-groepen die opereren in de brede periferie van erkende en *evidence-based* geneeskunde, maar net een product is van een beleid en breed gedragen cultuur die patiënten actief aanmoedigen zelf antwoorden te formuleren op gezondheidsuitdagingen. De klemtonen op zelfregie en co-productie dagen op die manier niet alleen de conventie uit dat patiënten passieve ontvangers van zorg zijn, zo stellen de auteurs, maar kunnen verder ook de opvatting aanwakkeren dat formele gezondheidsdiensten en erkende geneeskunde niet langer de (enige) instanties bij uitstek zijn om te voldoen aan klinische behoeften en zorgverwachtingen (Iedema & Veljanova, 2013).

3.4. Behoedzaam zijn voor prestatiedruk binnen het zorgtraject

Eerder onderzoek van Blunden en Calder (2020) stipt ten slotte nog een vierde potentiële blinde vlek aan. Volgens de auteurs benadrukt het discours rond persoonsgerichte zorg de stelling dat individuen een onvervreemdbare menselijke waarde hebben die niet verminderd wordt door het ontvangen van zorg of door er afhankelijk van te zijn. Maar, zo voegen ze eraan toe, “het feit dat dit punt benadrukt dient te worden, impliceert echter dat personen die zorg ontvangen of nodig hebben op de een of andere manier wel als kwetsbaar kunnen worden beschouwd voor een tekort aan waardigheid, een afwezigheid van compassie, of een gebrek aan respect” (Blunden & Calder, 2020, p. 4, eigen vertaling). De auteurs verwijzen naar voorgaande studies, onder andere rond het fenomeen van ‘compassie-moeheid’, waaruit blijkt dat kwetsbare of lijdende personen soms ongeduld, terughoudendheid, afkeer, tot in zeldzame extreme gevallen zelfs wreedheid kunnen opwekken bij zorgpersoneel. Zulke observaties wijzen erop dat een goede en vlotte relatie, of anders gesteld het intersubjectieve veld tussen zorgverlener en -ontvanger, afhankelijk is van een impliciete set aan verwachtingen die kan uitmonden in frustratie wanneer er niet aan wordt voldaan. Een interactie begint namelijk nooit als een spreekwoordelijk onbeschreven blad, maar is steeds gestoeld op a priori vastgelegde normatieve en sociale verwachtingen over wat goede zorg is enerzijds, maar ook over wat wenselijk gedrag voor een patiënt-e is anderzijds.

In die context is de conclusie van een kwalitatieve studie naar DGZ bij patiënten met chronische aandoeningen interessant: “Afhankelijk zijn van anderen werd beschreven als één van de grootste moeilijkheden in de omgang met de ziekte. Patiënten voelden zich alsof ze anderen lastig

vielen en probeerden het vragen om hulp zoveel mogelijk te vermijden” (Boeckxstaens et al., 2016, p. 124, eigen vertaling). Het willen vermijden van hulp, of zelfs het beschrijven van hulpbehoefendheid als een zwakte, komt ook in andere studies expliciet naar voor (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). Het is belangrijk om de vraag te stellen waar zulke opvattingen vandaan komen. Veel meer dan louter individuele opinies of karaktereigenschappen, hebben zulke breed gedeelde opvattingen vooral te maken met sociale en normatieve verwachtingen. Het duidt op de internalisering van de idee dat afhankelijk zijn van anderen ongewenst is en hooguit dient te worden opgevat als een tijdelijke toestand van waaruit zo snel mogelijk opnieuw dient te worden toegewerkt naar een toestand van onafhankelijkheid en autonomie. Zulke opvattingen dragen in zich de echo's van een bredere cultuur die afhankelijkheid devalueert ten gunste van ideeën over autonomie en individuele veerkracht (Janssens & Lavergne, 2024).

Naast een afwijzing van afhankelijkheid, draagt die bredere cultuur nog een tweede element in zich dat in de specifieke setting van een zorgtraject extra druk kan leggen bij patiënten. Filosoof Byung-Chul Han (2015) analyseert in zijn werk dat onze westerse maatschappij gedreven wordt door een onbegrensde drang naar succes en zelfoptimalisatie. Hierin speelt de notie van positivisme een centrale rol. Het neoliberalisme promoot namelijk een expliciete boodschap van *'yes you can'* en een nadrukkelijk ethos gericht op presteren. Volgens Han leidt deze ongebreidelde drang naar zelfoptimalisatie niet enkel tot psychische problemen zoals burn-out en depressie, maar ook tot een gebrek aan begrip en empathie voor degenen die langdurig ziek zijn of niet snel kunnen herstellen. Dit kan resulteren in schuldgevoelens en zelfverwijt bij wie niet aan deze verwachtingen kan voldoen waardoor zorg of herstel niet alleen een medische kwestie is, maar ook een sociale en morele uitdaging wordt (Périlleux, 2023). Een bijkomende complexiteit is dat dit neoliberale ethos gericht op presteren niet zozeer extern wordt opgelegd, maar veelal onderhuids en onbewust wordt geïnternaliseerd. Veel mensen maken zich deze waarden van zelfoptimalisatie zodanig eigen, dat er zich een interne drang tot presteren en verbeteren manifesteert. Scherper gesteld: mensen buiten zichzelf uit zonder het door te hebben. Velen beschouwen die prestatiedrang immers als een eigen keuze, stelt Han, waardoor de schijnbare 'vrijheid om te kiezen' in wezen beperkt is tot een impliciete aansporing om de *juiste* keuze te maken. Of zoals de socioloog Nikolas Rose het stelt (1999): we zijn *verplicht* om vrij te zijn, en bovendien enkel op de *correcte manier*.

Hoewel het discours over **patiëntautonomie en zelfmanagement** dus in eerste instantie **lijkt te gaan over individuele keuzevrijheid**, worden de keuzes die we moeten maken eigenlijk reeds van tevoren geschetst, zo analyseren ook professor medische filosofie en ethiek Ignaas Devisch en professor Stijn Vanheule (Devisch & Vanheule, 2015). Zij stellen dat moderne zorgverlening sinds kort een grote klemtoon plaatst op autonomie, en zich daarmee afzet tegen de paternalistische houding die zo kenmerkend was voor de periode voordien. Maar achterliggend, en op veel subtielere wijze dan daarvoor, is er nog altijd een bepaald type subjectiviteit dat naar voren wordt geschoven als 'normaal' of 'goed', en individuen die hiervan afwijken worden onderworpen aan strategieën van risicomangement, zo stellen Devisch en Vanheule. Ze worden bijvoorbeeld aangemoedigd om het belang van een gezonde levensstijl te internaliseren, om keuzes te maken die leiden tot zelfoptimalisatie, of om zo spoedig mogelijk onafhankelijk te zijn van hulp of zorg. Doen ze dit niet, dan volgt er onbegrip, afwijzing of een andere vorm van sociale afkeuring, aldus de auteurs. Wanneer mensen worden aangespoord om 'zichzelf te helpen', dan is die aansporing altijd gericht op een bepaald doel. En bij het bepalen van dit doel spelen er steeds sociale dynamieken, stimulansen en imperatieven mee die op uiterst subtiële, strategische en steeds sturende wijze werken (Foucault, 2008).

In plaats van een waardevrije ondersteunende praktijk, zo concluderen Devisch en Vanheule, gaat het bij patiëntautonomie en zelfmanagement voor een belangrijk aandeel om “de **bevordering van een ethiek van het zelf, die individuen aanzet tot zelfbeheer**, waarbij bepaalde vormen van subjectiviteit en manieren van subjectivering worden geproduceerd” (Devisch & Vanheule, 2015, p. 430, eigen vertaling). Ethicus Jan Rolles beschreef de neoliberale subjectiviteit eerder reeds als een “ideologie die de geest in dienst van de prestatie en de winst stelt” (Rolles, 2002), en merkte verder op dat men onder de noemer van bijscholing, persoonlijke groei en zelfs spiritualiteit in het bedrijfsdiscours allerlei sportmetaforen en gerelateerde termen opneemt. Die worden gecommuniceerd als middelen tot zelfontplooiing en -realisatie, maar ze staan uiteindelijk vooral in dienst van het behalen van een hoger rendement of het genereren van meer (vormen van) kapitaal. We stellen vast dat ook in de context van gezondheidsondersteuning en (doelgerichte) zorg zulke metaforen reeds hun weg vonden, aan de hand waarvan zorgverleners worden aangespoord “een coachende houding” aan te nemen tegenover de patiënt-e (Eerstelijnszone, 2025).

4. Aanbevelingen

4.1. Meer aandacht voor de rol van cultuur

De spreekwoordelijke vader van DGZ, James Mold, schreef in een recent artikel: “Gezondheidszorg is niet enkel complex, het is ook hoogstpersoonlijk” (Mold, 2022, p. 146, eigen vertaling). Wij gaan hiermee akkoord, maar zijn van mening dat daaraan nog toegevoegd moet worden dat zorg als sociale (omgangs)praktijk evenzeer onderhevig is aan de bredere sociale, culturele, morele en normatieve kaders die binnen een specifieke periode en op een specifieke plaats bepalen wat we collectief als normaal en achtenswaardig beschouwen. Wij willen de aanbevelingen daarom starten met een bredere oproep tot bewustwording van de invloed die cultuur uitoefent op ons denken, handelen, en bijgevolg ook op onze gezondheidsbeleving en zelfs -uitkomsten. Want hoewel gezondheid vaak voorgesteld wordt als een universeel en objectief gegeven, is wat als ‘normaal’, ‘wenselijk’, ‘waardevol’ of zelfs ‘gezond’ wordt beschouwd diep verankerd in culturele en maatschappelijke waarden die niet voor iedereen gelijk zijn, en evenmin voor iedereen gelijk werken. Net daarin schuilen diverse blinde vlekken en zelfs potentiële risico’s die zich voordoen *niet ondanks*, maar precies *omwille van* de normatieve kaders die impliciet mee vorm geven aan zorgpraktijken en -verwachtingen.

Het is daarom niet enkel wenselijk, maar ook noodzakelijk dat wetenschappelijk onderzoek en zorgbeleid structureel ruimte maken voor deze culturele dimensie. Dat betekent: erkennen dat gezondheid en zorg niet neutraal zijn, maar mee bepaald worden door (vaak onzichtbare) assumpties over autonomie, succes, onafhankelijkheid, veerkracht of verantwoordelijkheid. Zonder deze erkenning dreigt men immers voorbij te gaan aan hoe ongelijk deze idealen verdeeld zijn: hoezeer ze aansluiten bij de leefwereld van sommigen, maar haaks staan op die van anderen. In het streven naar inclusieve en rechtvaardige zorg kan het niet volstaan om enkel de individuele patiënt-e centraal te stellen. Men moet ook durven kijken naar de maatschappelijke patronen die maken dat sommigen makkelijker toegang vinden tot die zorg, en anderen structureel worden uitgesloten.

We pleiten er daarom voor dat onderzoekers en analytici, maar ook beleidsmakers en het middenveld **cultuur actiever beschouwen als een bepalende factor in hoe zorg wordt beleefd, georganiseerd en gewaardeerd**, en niet als achtergrondruis. Want pas als we begrijpen hoe diepge-

worteld en soms onzichtbaar deze culturele determinanten werken, kunnen we werk maken van gezondheidszorg die werkelijk afgestemd is op de diverse levensrealiteiten van mensen, en werkelijk doelgericht *en* rechtvaardig is.

4.2. Toewerken naar een cultuur waarin zorg en afhankelijkheid centraler staan

In overeenstemming met het CM-memorandum willen we onderstrepen dat de persoon in het centrum van het zorgmodel dient te staan (CM, 2024). We willen dan ook de positieve waardering van het potentieel dat het concept DGZ in zich draagt beklemtonen, maar dan moet het meer zijn dan louter een individualiserend concept. Wanneer DGZ niet enkel begrepen wordt als een oproep tot persoonlijke verantwoordelijkheid, maar als een uitnodiging tot gezamenlijke zorg, opent zich de mogelijkheid om samenwerking, solidariteit en onderlinge betrokkenheid opnieuw centraal te plaatsen in het zorgtraject. Vanuit dat perspectief kan DGZ aansluiting vinden bij het principe van proportioneel universalisme, dat stelt dat structurele ondersteuning voor iedereen beschikbaar moet zijn, maar afgestemd op de specifieke noden van verschillende groepen (Marmot, et al., 2010).

Die belofte waarmaken vergt een culturele kentering waarin afhankelijkheid wordt opgevat als iets relationeel, menselijk en zelfs wenselijk, en niet langer als iets problematisch, beschamends of zwak (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). Vandaag lijkt afhankelijkheid nog te vaak in het verdomhoekje van het discours te zitten: als iets dat moet worden overwonnen of geminimaliseerd, of als een tijdelijke afwijking van de norm van zelfstandigheid. Maar net onze gedeelde afhankelijkheid – van elkaar, van onze omgeving, van zorgverleners – vormt de kern van wat zorg tot zorg maakt. Het erkennen en expliciet waarderen van die wederzijdse afhankelijkheid kan bijdragen aan een omgeving waarin het vragen om hulp niet enkel wordt toegestaan, maar wordt beschouwd als normaal, vanzelfsprekend en zelfs moedig.

In die zin willen wij een pleidooi houden voor een cultuurverandering waarin het vanzelfsprekend wordt om zorg te *delen* in plaats van te *dragen*, en waarin het collectieve karakter van gezondheid zichtbaar wordt gemaakt. Mits de inzichten uit dit artikel ernstig worden genomen, bevat DGZ de kiemen van een cultuur waarin zorg gestoeld is op verbondenheid, solidariteit en erkenning van elkaars kwetsbaarheid. Het is die verschuiving, **weg van de cultus**

van het individu en in de richting van een samenleving die interdependentie erkent en viert, die volgens ons de echte weg opent naar duurzame en inclusieve zorg. Het middenveld kan een actieve rol opnemen om deze boodschap te verdedigen en uit te dragen.

Een specifieke implementatie hiervan kunnen we vinden in *'care mainstreaming'* (Brückner, et al., 2021). Het concept behelst een preventieve strategische aanpak om het belang van zorg te benadrukken en te verduidelijken, door het mee te nemen op elk niveau van het economisch en sociaal-politiek planningsproces. *'Care mainstreaming'* houdt in dat elke overheidsinstantie bij elke besluitvorming rekening houdt met de gezondheidsgevolgen van bepaalde beleidsmaatregelen. Dit gaat op zowel voor degenen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie van zorg, als voor zorgverleners en zorgontvangers. Het houdt eveneens in dat de debatten over zorg dusdanig worden georganiseerd dat de input van alle belanghebbenden wordt meegenomen.

4.3. Erover waken dat de legislatieve verankering van DGZ de patiënt-e ten goede komt

Ten derde willen we een kanttekening plaatsen bij de toenemende institutionele en legislatieve verankering van DGZ. Want hoewel de formele erkenning van dit paradigma kansen biedt om persoonsgerichte zorg steviger op de kaart te zetten, dienen we er waakzaam voor te zijn dat deze ontwikkeling daadwerkelijk in het voordeel van de patiënt-e uitdraait. DGZ mag niet onbedoeld worden aangewend als beleidsinstrument waarbij bijvoorbeeld het stellen van individuele doelen een voorwaarde wordt voor toegang tot bepaalde rechten, terugbetalingen of zorgvormen. Een dergelijke logica zou haaks staan op de inclusieve intenties van het concept, en zou ook nieuwe vormen van uitsluiting creëren. Onderzoekers en zorgverleners die met het concept aan de slag gaan, dienen zich tijdig af te vragen: wat als een patiënt-e zich – al dan niet tijdelijk – niet in staat voelt om persoonlijke doelen te formuleren? Of wat als iemand zich grotendeels heeft neergelegd bij ziekte, en geen streven meer heeft naar volledige autonomie of herstel in de klassieke zin van het woord?

We willen erop wijzen dat DGZ, indien verankerd in beleids- en financieringsmodellen, enkel rechtvaardig kan functioneren als ze ruimte laat voor uiteenlopende vormen van menselijk leven en lijden – ook voor vormen die niet beantwoorden aan het normatieve ideaal van vooruitgang,

zelfoptimalisatie of zelfstandigheid. De afwezigheid van expliciete doelen mag nooit geïnterpreteerd worden als een gebrek aan motivatie of waardigheid, noch als reden om zorg of ondersteuning te reduceren. Daarom is het van essentieel belang alert te blijven voor de manier waarop beleidsmatige sturingen vorm krijgen, en erop toe te zien dat ze niet verworden tot sturende mechanismen die patiënten onder druk zetten om een bepaald soort wenselijkheid te articuleren. We pleiten dan ook voor **een behoudzame en reflexieve omgang met de verdere beleidsmatige verankering van DGZ, die garandeert dat de veelheid aan menselijke ervaringen, ook de minder evidente of wenselijke, blijvend plaats krijgt in de zorgpraktijk, zonder voorwaarden vooraf of latente discriminatie.**

4.4. Waakzaam zijn voor consumentisme binnen de zorg

Ten vierde stellen we vast dat er vandaag een ideaalbeeld wordt gepromoot van de patiënt-e als mondige en autonome 'consument-e' van 'zorgdiensten' (Henderson & Petersen, 2002). Het is echter zeer de vraag of deze verwachtingen ertoe leiden dat mensen makkelijk de weg vinden naar de meest kwalitatieve oplossing voor hun noden, alsook of dit ideaalbeeld van 'rationeel consumentengedrag' werkelijk overeenkomt met de dagdagelijkse realiteit en de beleefde ervaringen van eenieder. We dienen er daarom over te waken dat DGZ geen vehikel wordt om een consumentistische logica te laten binnensijpelen in de zorgcontext. Hoewel het uitgangspunt van meer inspraak in het eigen zorgtraject op zichzelf waardevol en noodzakelijk is, schuilt er een risico in van een toenemende conceptualisering van de patiënt-e als 'consument-e' die vrij is om te 'kiezen' tussen zorgopties, alsof gezondheid het resultaat zou zijn van individuele markttransacties. Die verschuiving van 'zorg als recht' naar 'zorg als koopwaar' dreigt niet alleen de solidariteit te ondermijnen waarop ons sociale zekerheidssysteem is gebouwd, maar opent ook de deur naar een marktgedreven zorgsysteem waarin de winstlogica leidend wordt.

Op zich is er niets mis met economische groei, maar deze mag nooit een doel op zich worden, zeker niet in de context van zorg. Ze moet steeds in dienst staan van het welzijn van alle mensen, en vergezeld gaan van een eerlijke herverdeling van de gecreëerde welvaart. De morele kern van een sociaal zorgmodel schuilt immers precies in het idee dat toegang tot kwalitatieve zorg niet afhangt van koopkracht of marktgedrag, maar een collectieve verantwoordelijkheid is, gedragen door solidariteit.

DGZ mag daarom zeker niet vervallen tot een 'keuzemodel' dat past binnen de taal van efficiëntie, klantgerichtheid en economische waardecreatie. Inspraak mag nooit verward worden met consumptiekeuze. De complexiteit en kwetsbaarheid van zorgrelaties laat zich nu eenmaal niet vatten in marktlogica's. Het blijft onze overtuiging dat **DGZ enkel haar volle emancipatorisch potentieel kan realiseren wanneer ze ingebed blijft in een solidair zorgmodel dat de mens en diens waardigheid centraal stelt.**

4.5. Structurele ondersteuning voor zorg(personeel)

Tot slot willen we onderstrepen dat DGZ alleen duurzaam en kwaliteitsvol geïmplementeerd kan worden als er ook voldoende structureel wordt ingezet op het aanbod en op de ondersteuning van zorgpersoneel. Binnen het paradigma van DGZ wordt de rol van de zorgverlener immers veel persoonlijker en relationeel. Dat is op zich een waardevolle ontwikkeling, maar het vraagt ook tijd, ruimte en menskracht om die belofte waar te maken. Wanneer de voorwaarden daartoe ontbreken, verschuift de druk onvermijdelijk naar de patiënt-e zelf. Zonder voldoende omkadering dreigt DGZ dan, eerder dan een steun, een extra last te worden voor hulpbehoevende personen.

James Mold schreef in zijn allereerste artikel hierover dat de "relatie tussen zorgverlener en patiënt-e veel nauwer wordt, intiëmer zelfs. Er moet meer actief worden rekening gehouden met persoonlijke sterktes, noden en verwachtingen van de hulpbehoevende persoon, en dit kan een zekere emotionele gehechtheid initiëren die vanuit een klassieke probleemgerichte benadering makkelijker te vermijden valt" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 51, eigen vertaling). Het is met andere woorden belangrijk te erkennen dat DGZ geen afstandelijk keuzemodel impliceert, maar een gezamenlijke inspanning waarin de zorgverlener niet langer enkel 'beslist over', maar actief luistert naar de patiënt-e, diens situatie begrijpt, en op basis daarvan aanbevelingen formuleert die de unieke persoon ten goede komen. Dit vereist een verhoogde mate van relationele afstemming, waarbij actief rekening gehouden wordt met de sterktes, kwetsbaarheden, verwachtingen en noden van de hulpbehoevende persoon. De relatie tussen zorgverlener en patiënt-e vraagt in deze context om meer nabijheid, empathie en betrokkenheid, en dat zijn aspecten die emotioneel en professioneel veeleisend kunnen zijn voor de zorgverlener.

Daarom is het essentieel dat beleidsmakers en werkgevers de **zorgverleners** hierin **structureel ondersteunen**. Niet alleen via opleidingen of reflectiemomenten, maar vooral door **reële investeringen in tijd, personeelsbezetting en werkbare werkomstandigheden**. Zonder die investering riskeren we dat het meest fundamentele aspect van DGZ – de menselijke relatie – onder druk komt te staan, met alle gevolgen van dien voor zowel zorgverlener als patiënt-e. Willen we dus écht werk maken van DGZ, dan moeten we ook durven investeren in de mensen die ze dagelijks moeten waarmaken. Alleen zo kunnen we recht doen aan de belofte van een meer persoonlijke, contextgevoelige en menswaardige zorgpraktijk.

Besluit

We brachten in deze studie het discours rond doelgerichte zorg in kaart, met meer specifiek een analyse van onderzoeksartikels, beleidsteksten en publicaties van gerelateerde netwerk- en middenveldorganisaties. We gingen op zoek naar de blinde vlekken in de bredere beschrijvingen en invullingen van de zorgbenadering, die mogelijk enkele ongewilde effecten of potentiële risico's in zich dragen. Op basis van een analyse van deze teksten en aan de hand van relevante theoretische literatuur, konden we aanstippen dat de klemtoon op zelfmanagement een impliciete afwijzing van afhankelijkheid en steun in zich kan dragen, dat de nadruk op individuele keuzes de sociale dimensie van gezondheid en ziekte dreigt te minimaliseren, dat er een zeker risico bestaat voor het verder doorsijpelen van een consumentenlogica in de zorg, en dat de nadruk op zelfregie en doelen stellen een zekere druk op patiënten zou kunnen leggen.

Deze vaststellingen kunnen helpen om de benadering van doelgerichte zorg op een zo inclusief en emancipatorisch mogelijke manier in te vullen. Het lijkt ons nodig om met de aangestipte blinde vlekken rekening te houden als we een zorgbenadering willen vormgeven die zoveel mogelijk mensen ondersteunt in een kwalitatief zorgtraject.

Bibliografie

- Audet, M., Dumas, A., Binette, R., & Dionne, I. J. (2017). Women, Weight, Poverty and Menopause: Understanding HHealth PRactices in a Context of Chronic Disease Prevention. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), 1412-1426.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*(4), 7-31.
- Baker, A. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. British Medical Journal Publishing Group.
- Bellieni, C. V. (2018). Consumerism: A Threat to Health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(4), 112.
- Blunden, N., & Calder, G. (2020). Co-Production and Person-Centred Care in Neoliberal Conditions. *European Journal for Person Centred Healthcare*, 8(1), 75-85.
- Boeckx, T. (2023). Why and how Flanders wants to roll out goal-oriented, integrated care based on life goals. A reflection between policymakers and policy organizations. *International Journal of Integrated Care*, 23(1), 412.
- Boeckxstaens, P., Boeykens, D., Macq, J., & Vandenbroeck, P. (2020). *Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care*. Brussels: Koning Boudewijn Foundation.
- Boeckxstaens, P., Willems, S., Lanssens, M., Decuyper, C., Brusselle, G., Kühlein, T., . . . De Sutter, A. (2016). A qualitative interpretation of challenges associated with helping patients with multiple chronic diseases identify their goals. *Journal of Comorbidity*, 6(2), 120-126.
- Boehmer, K. R., Dabrh, A., Gionfriddo, M. R., Erwin, P., & Montori, V. (2018). Does the Chronic Care Model meet the emerging Needs of People Living with Multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 13(2), e0190852.
- Boeykens, D. (2023). *Goal-oriented care, bridging theory and practice. Building blocks for primary health care interventions*. Ghent: Ghent University. Faculty of Medicine and Health Sciences.
- Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., . . . Primary Care Academy. (2022). Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. *PLoS ONE*, 17(2), e0262843.
- Bredewold, F., Duyvendak, J. W., Kampen, T., Tonkens, E., & Verplanke, L. (2018). *De Verhuizing van de Verzorgingsstaat*. Amsterdam: van Genneep.
- Breeze, R. (2011). Critical Discourse Analysis and its Critics. *International Pragmatics Association*, 21(4), 493-525.
- Brückner, M., Fleischer, E., Gather, C., Luck, F., Jurczyk, K., Rerrich, M., . . . Weicht, B. (2021). Clean up time! Redesigning care after COVID-19: a position paper on the care crisis from Austria, Germany and Switzerland. *International Journal of Care and Caring*, 6(1-2), 247-251.
- Chen, S. C., & Wasserman, D. T. (2017). A Framework for unrestricted Prenatal Whole-genome Sequencing: Respecting and Enhancing the Autonomy of Prospective Parents. *Am J Bioeth*, 17(1), 3-18.
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Davies, W. (2017). *The Limits of Neoliberalism: Authority, Sovereignty and the Logic of Competition*. London: Sage.
- Departement Zorg. (2025). *Alivia voor doelgerichte zorg*. Opgehaald van <https://www.departementzorg.be/nl/alivia-voor-doelgerichte-zorg>.
- DeSimone, A. S. (1975). Individualizing Rehab Plans for Cost-Effective Gains. *The Social and Rehabilitation Record*, 2(1), 24-28.
- Devisch, I., & Vanheule, S. (2015). Foucault at the bedside: A critical analysis of empowering a healthy lifestyle. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 427-432.
- Dewulf, L., Van Nieuwenhove, L., De Smedt, F., De Neve, J., Valcke, M., Van Keer, H., & De Wever, B. (2024). *Vaardigheden voor de uitdagingen van morgen: Vlaamse resultaten van PIAAC 2023*. Gent: UGent.
- Doelgerichte zorg in de eerste lijn bevorderen*. (2024, 9 december). Opgehaald van <https://kbs-frb.be/nl/doelgerichte-zorg-de-eerste-lijn-bevorderen-fonds-dr-daniel-de-coninck>.
- Doelgerichte zorg: waar put de patiënt vreugde uit?* (2024, 23 december). Opgehaald van <https://www.fondsdanieldeconinck.be/story/doelgerichte-zorg-waar-put-de-patient-vreugde-uit/>.
- Dubbin, L. A., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). CHC and the Interactional Dynamics of Patient-Centered Care. *Social Science & Medicine*, 93, 113-120.
- Eerstelijnszone. (2025). *Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://www.eerstelijnszone.be/doelgerichte-zorg-2>.
- ELZ Gent VZW. (sd). *De Burger Centraal in de Hulpverlening*. Gent.
- Epstein, S. (1995). The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology & Human Values*, 20(4), 408-437.
- Fonds Daniël De Coninck. (2024). *Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://www.fondsdanieldeconinck.be/initiative/doelgerichte-zorg/>.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique: Cours au collège de France (1978-1979)*. Parijs: Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. (G. Burchell, Vert.) London: Palgrave Macmillan.

- Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Venville, A., & Smith, L. (2019a). Controlled, Constrained, or Flexible? How Self-management Goals are Shaped by Patient-provider Interactions. *Qualitative Health Research*, 29(4), 557-567.
- Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Venville, A., & Smith, L. (2019b). Goals for Living with a Chronic Condition: The Relevance of Temporalities, Dispositions, and Resources. *Social Science & Medicine*, 233, 13-20.
- Franklin, M., Willis, K., Lewis, S., & Smith, L. (2021). Chronic Condition Self-Management is a Social Practice. *Journal of Sociology*, 59(1), 215-231.
- Gezond België. (2024, Februari 14). *Persoonsgerichte Zorg*. Role. Opgehaald van www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/zorgkwaliteit/patientgerichtheid.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: procedures and measures to achieve thrust-worthiness. *Nurse Educ. Today*, 24(2), 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ. Today*, 56, 29-34.
- Han, B.-C. (2015). *The Burn-Out Society*. Redwood City, CA: Stanford University Press.
- Handford, M., & Gee, J. P. (2012). *Routledge Handbook of Discourse Analysis*. London: Routledge.
- Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Henderson, S., & Petersen, A. (2002). *Consuming Health: The Commodification of Health Care*. London: Routledge.
- Hill, J., Nielsen, M., & Fox, M. H. (2013). Understanding the Social Factors that contribute to Diabetes: A means to informing Health Care and Social Policies for the Chronically Ill. *Permanente Journal*, 17(2), 67-72.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *The BMJ*, 26(2), d4163.
- Iedema, R., & Veljanova, I. C. (2013). Lifestyle science: Self-healing, co-production and DIY. *Health Sociology Review*, 22(1), 2-7.
- Janssens, H., & Laverge, T. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Jennings, L. A., & Mold, J. W. (2024). Person-Centered, Goal-Oriented Care Helped My Patients Improve Their Quality of Life. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 37(3), 506-511.
- Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2023, November 16). *Wetsontwerp tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid*. Opgehaald van De Kamer.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37-51.
- Koning Boudewijnstichting. (2024). *Samenwerkende Patiënten maken Zorg Beter en Efficiënter*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Latimer, T., Roscamp, J., & Papanikitas, A. (2017). Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(11), 425-427.
- Lohr, K. N. (1990). *Medicare: A strategy for Quality Assurance, Volume II: Sources and Methods*. Washington D.C.: National Academy Press.

- Luybaert, A. (2020). Regisseur van jouw gezondheid: (on)mogelijkheden om zelf aan de slag te gaan. *CM-Informatie*, 281, 47-56.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review.
- Mitchell, E. (2013). *The Sick Role*. Opgehaald van <https://www.england.nhs.uk/blog/ed-mitchell-2/>.
- Mold, J. W. (2022). Failure of the Problem-Oriented Medical Paradigm and a Person-Centered Alternative. *Ann Fam Med*, 20(2), 145-148.
- Mold, J. W., Blake, G. H., & Becker, L. A. (1991). Goal-Oriented Medical Care. *Family medicine*, 23(1), 46-51.
- Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., de Jong, J., & Rademakers, J. (2014). Patient Activation and Health Literacy as Predictors of Health Information use in a General Sample of Dutch Health Care Consumers. *Journal of health communication*, 19(8), 955-969.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Peacock, M., Bissell, P., & Owen, J. (2014). Dependency Denied: Health Inequalities in the Neo-liberal Era. *Social Science & Medicine*, 118, 173-180.
- Périlleux, T. (2023). *Le travail à vif. Souffrances professionnelles, consulter pour quoi?* Toulouse: érès.
- Protheroe, J., Brooks, H., Chew-Graham, C., Gardner, C., & Rogers, A. (2013). «Permission to Participate?» A Qualitative Study of Participation in Patients from Differing Socio-Economic Backgrounds. *Journal of Health Psychology*, 18(8), 1046-1055.
- Rademakers, J. (2016). *De actieve patiënt als utopie*. Opgehaald van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/actieve_patient_utopie.pdf.
- Rademakers, J., Nijman, J., Brabers, A., de Jong, J., & Hendriks, M. (2014). The Relative Effect of Health Literacy and Patient Activation on Provider Choice in the Netherlands. *Health Pol*, 114(2-3), 200-206.
- Rollies, J. (2002, Januari 5). De tirannie van de bedrijfscultuur. *De Standaard*, p. 35.
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom*. Cambridge University Press.
- Sciensano. (2020). *Determinants of Health: Health literacy*. Brussels, Belgium: Sciensano. Opgehaald van <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/determinants-of-health/health-literacy>.
- Tinetti, M. E., Esterson, J., Ferris, R., Posner, P., & Blaum, C. S. (2016). Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32(2), 261-275.
- Vivel. (2025). *Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://www.vivel.be/thema/doelgerichtezorg/>.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2024, September 30). *Dagje Boeykens over Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://vlaamspatiëntenplatform.be/nl/advies-en-tips/dagje-boeykens-over-doelgerichte-zorg>.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2025). *Zelfmanagement: aan het roer staan van je eigen leven*. Opgehaald van <https://vlaamspatiëntenplatform.be/nl/advies-en-tips/zelfmanagement>.
- Warin, M., Zivkovic, T., Moore, V., Ward, P. R., & Jones, M. (2015). Short Horizons and Obesity Futures: Disjunctures between Public Health Interventions and Everyday Temporalities. *Social Science & Medicine*, 128, 309-315.