

# Leren en werken in de zorg

Vier scenario's voor de hoogopgeleide  
zorgprofessional in 2032

Gertrude van Driesten  
Kees Wessels



# **Leren en werken in de zorg**

**Vier scenario's voor de hoogopgeleide  
zorgprofessional in 2032**

**Gertrude van Driesten  
Kees Wessels**

# Leren en werken in de zorg

Vier scenario's voor de hoogopgeleide zorgprofessional in 2032

## Auteurs

Gertrude van Driesten

Kees Wessels

## Eindredactie

Henk Bovekerk

## Ontwerp

Leonie Lous

## In opdracht van



## Drukwerk

Wilco Printing & Binding



## De Argumentenfabriek



© BY NC ND 2022

[www.argumentenfabriek.nl](http://www.argumentenfabriek.nl)

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>Hoofdstuk 1. Trends rond leren en werken</b>	<b>11</b>
Zorgvraag	11
Capaciteit	15
Contract en werkplek	16
Samenwerking	17
Opleiding en specialisatie	19
Technologie	21
<b>Hoofdstuk 2. Van trends naar scenario's</b>	<b>23</b>
<b>Hoofdstuk 3. Scenario's beredeneren en inkleuren</b>	<b>27</b>
Scenario 1: Dunschiller	30
Scenario 2: Espressoapparaat	32
Scenario 3: Keukenmes	34
Scenario 4: Keukenmachine	36
<b>Hoofdstuk 4. Voorbereiden op de toekomst</b>	<b>39</b>
Advieskaart	40
<b>Tot besluit</b>	<b>43</b>
Wie hebben meegedacht?	45
Begrippenlijst	46
Bronvermelding	47
Over de auteurs	48



# Voorwoord

## Het goede gesprek over leren en werken in de zorg

**Als SBOH willen we graag partijen samenbrengen, onder andere om benodigde ontwikkelingen te versnellen. Daarom zijn we de opdrachtgever van dit boek.**

We zijn werkgever van ruim drieduizend artsen in opleiding tot specialist (aios) en financier van een tiental opleidingen. We zorgen voor een veilige en gezonde werk- en leeromgeving voor aios. We bieden opleidingsinstituten, -instellingen en opleiders een solide en zekere financiering zodat zij zich kunnen focussen op opleiden. Met onze samenwerkingspartners maken we goed opleiden en goed onderwijs mogelijk. We vinden het dan ook belangrijk met elkaar ‘het goede gesprek’ te voeren over hoe leren en werken in de zorg eruitziet in de toekomst. En concreter over hoe we in Nederland de komende jaren samen zorgen voor toekomstbestendige opleidingen en adequaat kunnen inspelen op veranderende zorgvragen en toekomstige arbeidsmarktvragestukken.

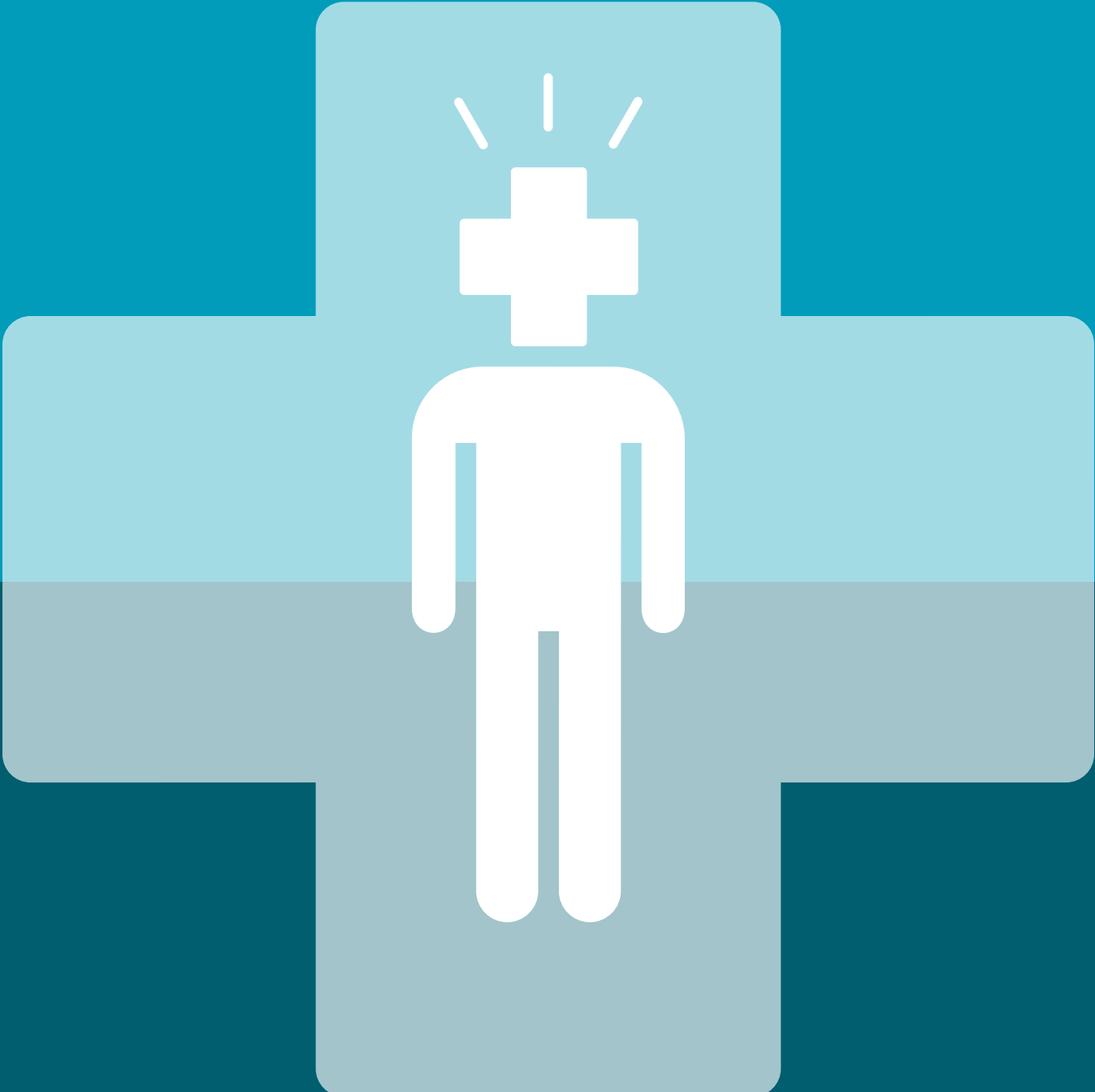
In dit boek treft u het resultaat aan van feitenonderzoek en waardevolle gesprekken die hierover in 2022, onder leiding van De Argumentenfabriek, met een gevarieerd gezelschap zijn gevoerd. Met diverse deskundigen in en om de zorg zijn vier toekomstbeelden ontwikkeld voor leren en werken in de zorg in 2032.

Tot slot gingen, op verzoek van de SBOH, hoofden van opleidingsinstituten, hoogleraren, vertegenwoordigers van aios-verenigingen en branche- en adviesorganisaties in adviesgroepen vol energie met elkaar aan de slag om erachter te komen wat er nodig is voor het goed opleiden van de hoogopgeleide zorgprofessional van de toekomst en wie daar welke rol in kan spelen. Deze adviezen zijn verzameld in een advieskaart die in dit boek is opgenomen.

We bedanken iedereen die aan dit boek heeft meegewerkt en hopen dat de inhoud van dit boek ook u inspireert. We nodigen u dan ook graag uit om het goede gesprek hierover te blijven voeren. Met ons, binnen uw eigen organisatie en met uw samenwerkingspartners. Zo werken we samen aan een nieuwe generatie bevlogen en vakkundige zorgprofessionals en daarmee aan een blijvende hoge kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg.

Bent u ook in voor een goed gesprek over werken en leren in de zorg in 2032? We horen het graag.

Kees Esser en Anita Bouwman  
*Raad van bestuur van de SBOH*





# Inleiding

**Dit boek sorteert voor op de toekomst van leren en werken door hoogopgeleide zorgprofessionals. Hoe kan die er over tien jaar uitzien? Het boek is bedoeld om werkgevers, opleiders, zorgprofessionals (in spe), overheidspartijen en andere betrokkenen te inspireren en aan het denken te zetten. Leiden we niet alleen voldoende maar ook de juiste zorgprofessionals op, zodat onze samenleving in de toekomst kan blijven rekenen op goede zorg?**

Deze vraag is reëel omdat er grote uitdagingen op de samenleving afkomen, die niet alleen ingewikkeld en spannend zijn, maar ook kansen bieden. We noemen er een paar.

- Nederland telt in 2030 ruim twee miljoen 75-plussers, 610 duizend meer dan tien jaar eerder.
- Het aantal zorgprofessionals dat in deeltijd wil werken neemt toe, terwijl de zorgvraag stijgt en vacatures niet vervuld kunnen worden.
- De zorguitgaven nemen steeds verder toe: in 2020 bedroegen ze al 100 miljard euro.
- Het aantal basisartsen dat kiest voor een specialisatie in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg of publieke gezondheidszorg blijft achter bij het aantal beschikbare opleidingsplaatsen.
- De vraag naar zorgverleners met een regiefunctie, zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants, neemt fors toe.
- Specialisatie van zorgprofessionals neemt toe, zowel binnen de opleidingen als in de beroepspraktijk.

Samen met deskundigen hebben we geprobeerd tien jaar vooruit te kijken. Wat zijn de belangrijkste trends? Wat zijn de grootste onzekerheden? Welke mogelijke scenario's zien we? En hoe zien die verschillende toekomstbeelden van leren en werken eruit in 2032? Op basis van literatuuronderzoek en met de kennis en verbeeldingskracht van tientallen deskundigen en dwarsdenkers hebben we vier toekomstbeelden

beschreven, aangevuld met hieruit voortkomende maatschappelijke vragen en aanbevelingen om op deze scenario's voorbereid te zijn. De namen van alle meedenkers staan op pagina 45. Dit boek is opgebouwd volgens de denkstappen van scenarioanalyse:

- Stap 1. Trends en factoren analyseren
- Stap 2. Scenario's uitdenken
- Stap 3. Scenario's concretiseren
- Stap 4. Voorbereiden op de toekomst

Allereerst volgt in hoofdstuk 1 een overzicht van de trends en factoren die relevant zijn bij het nadenken over leren en werken door hoogopgeleide zorgprofessionals in de toekomst (de uitgangssituatie). Vervolgens lichten we in hoofdstuk 2 de twee impactvolle trends toe op basis waarvan we de scenario's hebben uitgedacht. Deze twee trends combineren we in een assenstelsel, waardoor vier mogelijke scenario's ontstaan. Wat er feitelijk in deze scenario's gebeurt en hoe ze er ingekleurd uitzien, staat in hoofdstuk 3.

Hoe de toekomst van leren en werken in de zorg er daadwerkelijk uit zal zien in 2032 weten we uiteraard nog niet. Maar we kennen het speelveld en de belangrijke ontwikkelingen nu wel. Deze komen op verschillende manieren terug binnen de grenzen van de vier geschetste scenario's. Met deze toekomstverkenning in de hand kunnen werkgevers, opleiders, professionals (in spe), overheidspartijen en andere betrokkenen met elkaar in gesprek over wat er moet gebeuren om voorbereid te zijn op deze toekomst. Met zo'n dertig mensen hebben we hier alvast over nagedacht. Hun aanbevelingen staan in hoofdstuk 4.

We sluiten dit boek af met uitleg over de keuzes die we maakten in de opzet van dit project, welke bronnen we gebruikten en welke mensen hebben meegewerkt.

Veel leesplezier.

Gertrude van Driesten en Kees Wessels  
*De Argumentenfabriek*

## Over wie en wat gaat dit boek?

Hoe kunnen leren en werken voor hoogopgeleide zorgprofessionals eruitzien over tien jaar? Dat is de vraag waar we in dit boek antwoord op proberen te geven.

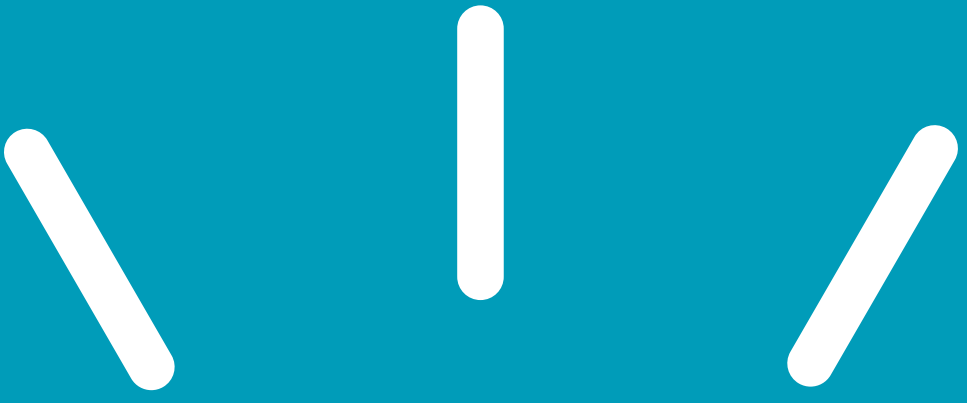
Met ‘hoogopgeleide zorgprofessionals’ bedoelen we in dit boek artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants (en allen die hiertoe in opleiding zijn). We hebben het in het bijzonder over huisartsen, medisch specialisten, artsen voor verstandelijk gehandicapten, specialisten ouderengeneeskunde en artsen maatschappij + gezondheid. De geestelijke gezondheidszorg laten we bij dit project buiten beschouwing.

Met ‘leren’ bedoelen we de vervolgopleidingen die leiden tot de hierboven genoemde beroepen. Ook bij- en nascholing vallen hieronder, evenals het aanleren van vaardigheden op de werkplek. Met ‘werken’ bedoelen we de arbeidsverhoudingen, -voorwaarden en andere kenmerken van de wijze waarop professionals hun vak uitoefenen in de zorg.

We beschrijven welke vier toekomstbeelden van werken en leren kunnen ontstaan in 2032 door externe factoren. We spreken ons niet uit over de wenselijkheid van een van deze beelden en maken dus ook geen keuze.

Omwille van de leesbaarheid hebben we het over ‘hij’ in plaats van ‘hij/zij’. Overal waar ‘mantelzorger’ staat, kan ook ‘wettelijke vertegenwoordiger’ worden gelezen.





# Hoofdstuk 1.

## Trends rond leren en werken

**Wat is de uitgangspositie voor leren en werken van hoogopgeleide zorgprofessionals in Nederland? En wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen? In dit hoofdstuk tonen we de trends en factoren die relevant zijn bij het nadenken hierover. We kijken naar zorgtrends in de samenleving en naar trends rond leren en werken.**

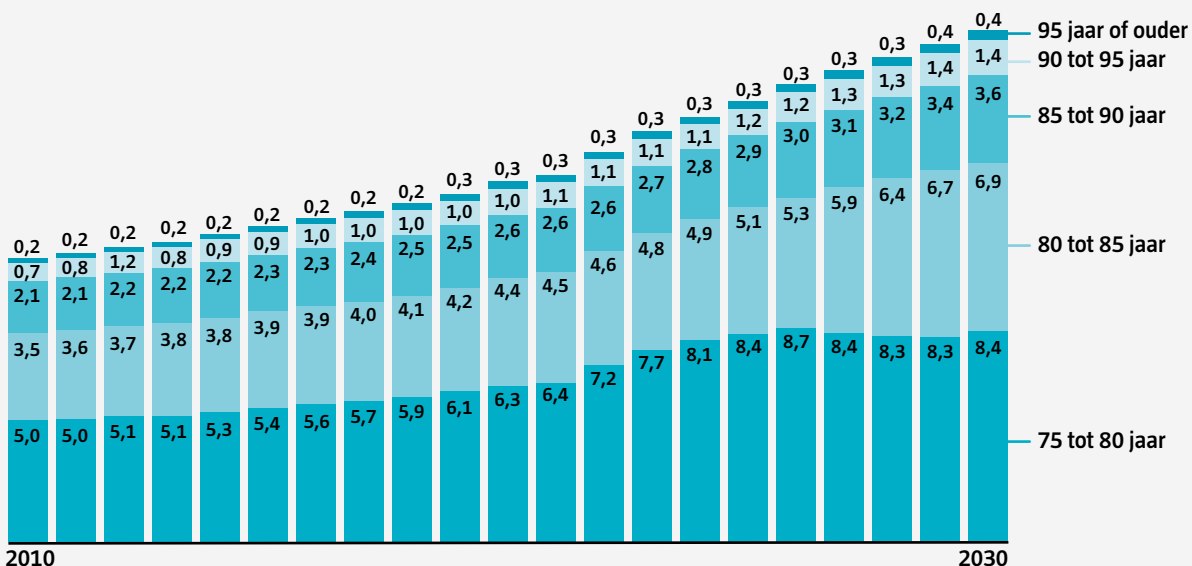
Helder denken over de toekomst begint met observeren. Wat zien we anno 2022 en in de komende jaren gebeuren dat relevant is voor leren en werken in de zorg door artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants? Om deze vraag te beantwoorden hebben we feiten en cijfers verzameld uit openbare bronnen (zie pagina 47).

Dit uitgebreide overzicht hebben we voorgelegd aan deskundigen in een denksessie en via een digitale uitvraag. De trends die zij het belangrijkste vonden bij het verkennen van de toekomst, hebben we opgenomen in visualisaties in dit hoofdstuk.

### Zorgvraag

De zorgvraag neemt toe, door onder andere vergrijzing en toename van chronische aandoeningen. Had in 2015 een kwart van alle Nederlanders twee of meer chronische aandoeningen, in 2040 zal dat naar schatting 30 procent van de bevolking zijn. Ook stijgt het aantal ouderen snel. In 2030 zijn er ruim twee miljoen 75-plussers, 610 duizend meer dan in 2020 (zie afbeelding 1). Hoe ouder mensen worden, hoe meer zorg en ondersteuning zij nodig hebben.

### Hoeveel mensen worden 75 jaar of ouder?



Afbeelding 1  
Aantal honderdduizend Nederlanders van 75 jaar of ouder op 1 januari van het betreffende jaar.  
Cijfers vanaf 2022 zijn prognoses.  
Bron: CBS Statline (2021).

Het aantal benodigde plaatsen in verpleeghuizen neemt naar verwachting toe met 30- tot 80 duizend in 2040, boven op de 142 duizend bestaande plaatsen in 2020. Ook voor de ouderen die zelfstandig wonen, is structureel meer zorg en ondersteuning nodig (zie afbeelding 2).

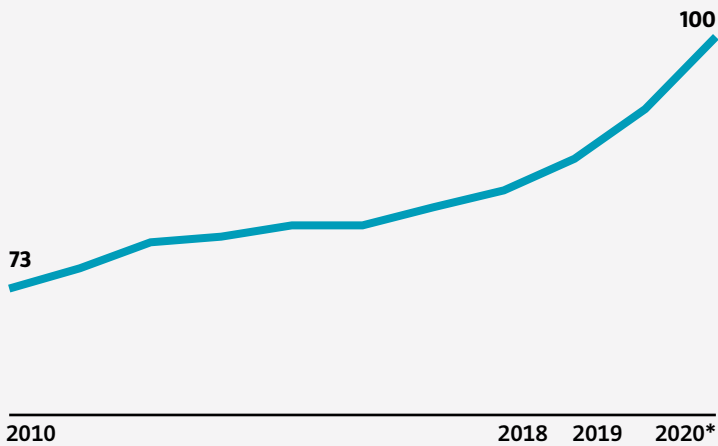
Terwijl de zorgvraag stijgt, stagneert de groei van de beroepsbevolking. Bij ongewijzigd beleid zou in 2030 een op de vijf werkenden nodig zijn in de zorg. Op basis van de voorspelde zorgvraag, zijn met name meer huisartsen, artsen voor verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde nodig. Tevens stijgt de vraag naar zorgverleners met een regiefunctie zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Ook het type zorgvraag verandert. Mensen willen en krijgen steeds meer regie over hun toekomstige zorg. Ze maken duidelijker wat ze belangrijk vinden en spreken hun wensen en voorkeuren uit voor de zorg of behandeling die zij in de toekomst nog willen ontvangen (*advance care planning*). Daarnaast zijn zorgprofessional en patiënt steeds meer gesprekspartner bij het nemen van beslissingen over zorg of een behandeling (*shared decision making*).



Afbeelding 2

## Hoeveel geven we uit aan zorg in miljarden euro's?

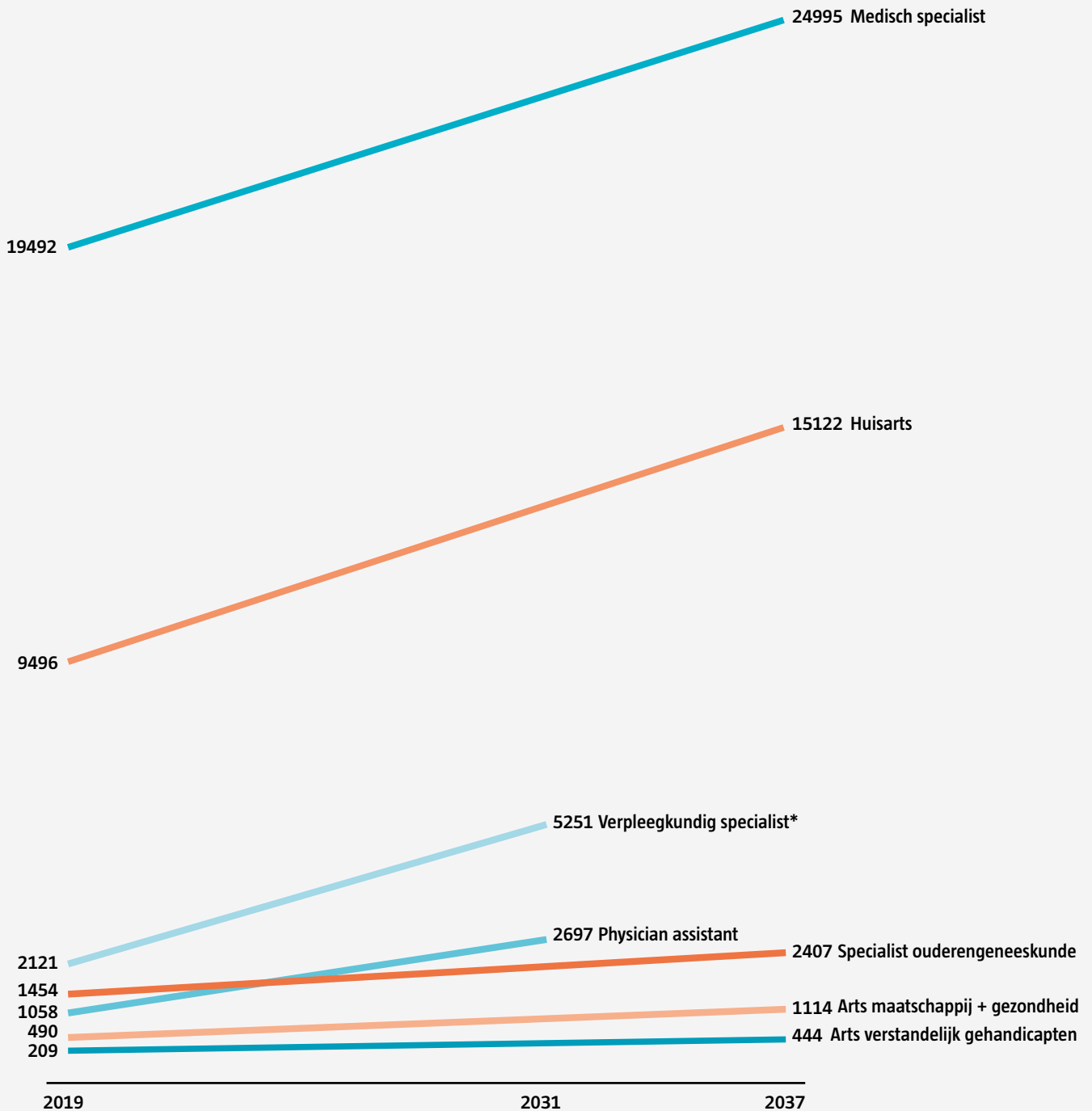


Afbeelding 3  
Uitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg per jaar in miljarden euro's.  
\*De zorguitgaven in 2020 zijn mogelijk hoger door uitgaven aan bestrijding van de coronapandemie.  
Bron: CBS Statline (2021).

Het gebruik van technologie in de zorg neemt toe. Zo hebben patiënten te maken met beeldbellen en telemonitoring en steeds meer mensen gebruiken apps om gezondheidsgegevens te meten. Daar staat tegenover dat ongeveer 2,5 miljoen mensen laaggeletterd zijn. Zij hebben moeite met lezen en schrijven en met het werken met computers.

Een laatste belangrijke trend gaat over de jaarlijkse uitgaven aan zorg. In 2020 gaven we als samenleving 100 miljard euro uit aan geneeskundige en langdurige zorg. In 2010 was dat nog 73 miljard (zie afbeelding 3). Bij ongewijzigd beleid zal de stijgende lijn naar verwachting doorzetten tot 174 miljard euro in 2040.

## Wat is de verwachte ontwikkeling van de vraag naar zorgprofessionals?



Afbeelding 4

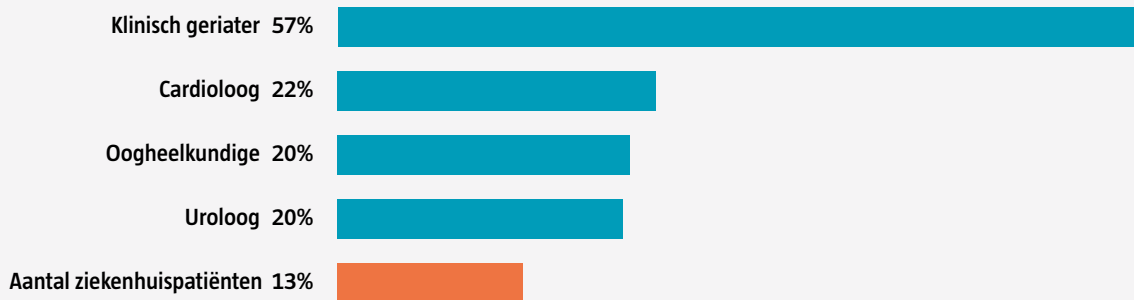
Benodigde capaciteit per specialisme in voltijdsbanen (fte), op basis van voorspelde zorgvraag.

\* Het gaat alleen om de verpleegkundig specialist met het specialisme algemene gezondheidszorg (agz).

Bron: Capaciteitsorgaan (2019).



## Naar welk type medisch specialist neemt de vraag het meest toe?

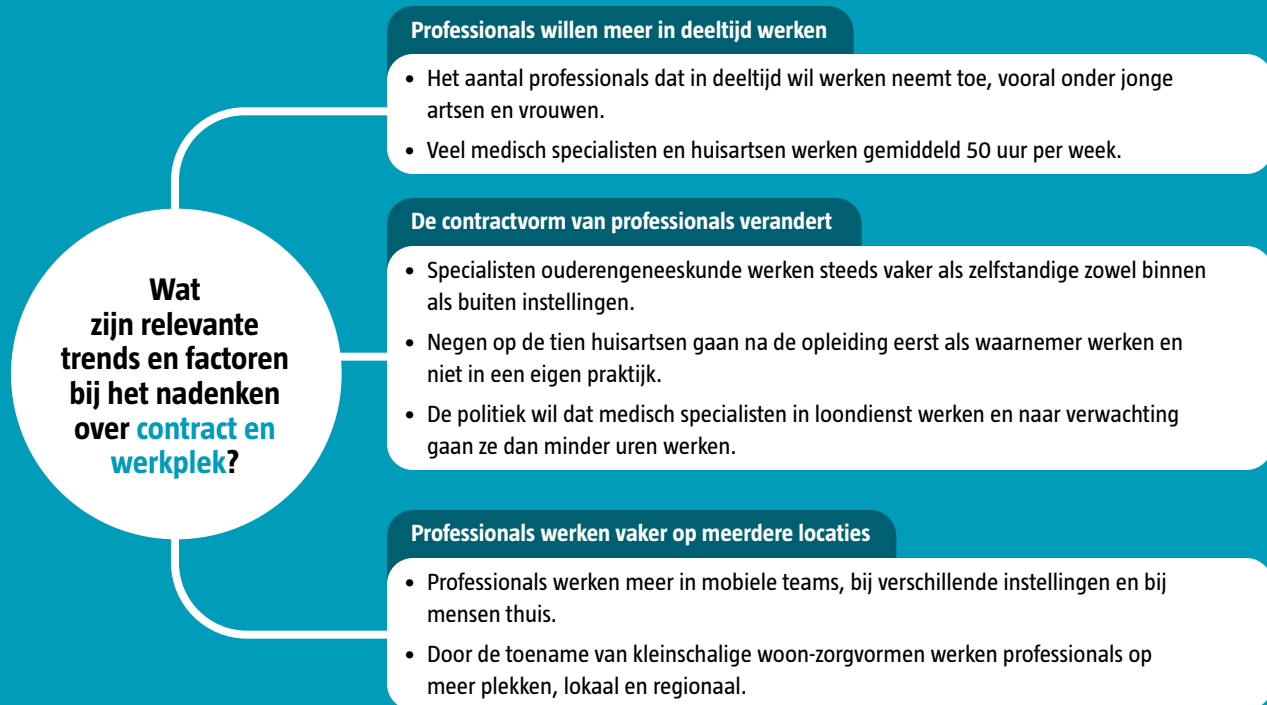


Afbeelding 5  
Verwachte procentuele stijging van de vraag naar vier typen medisch specialist vergeleken met de verwachte stijging van patiënten voor alle medisch specialisten in de periode 2019-2034.  
Bron: Regioplan (2018).

## Capaciteit

We zagen al dat de zorgvraag in Nederland toeneemt en verandert. Dit vertaalt zich ook naar trends rond de benodigde capaciteit van bepaalde specialismen. Procentueel neemt de vraag naar verpleegkundig specialisten en physician assistants de komende jaren het meest toe (afbeelding 4). Zij nemen specifieke taken van de artsen over, draaien eigen spreekuren en behandelen bepaalde groepen patiënten (taakherschikking). Ook vervullen deze professionals een regierol voor patiënten die met meerdere specialisten en zorgverleners te maken hebben. De verwachte stijging van 148 procent voor de verpleegkundig specialist en 155 procent voor de physician assistant in het jaar 2031 staat bij elkaar opgeteld gelijk aan 4.800 extra voltijdsbanen. Bij de verpleegkundig specialist hebben we het overigens alleen over het specialisme ‘algemene gezondheidszorg’ en niet over het specialisme ggz. Voor de huisarts is de verwachte stijging 59 procent (5.600 extra voltijdsbanen) en voor de specialist ouderengeneeskunde 66 procent (950 voltijdsbanen) in het jaar 2037.

De behoefte aan artsen maatschappij + gezondheid en artsen voor verstandelijk gehandicapten is ook groot, met stijgingspercentages van respectievelijk 127 en 112 procent. Het gaat dan bij elkaar opgeteld om 240 voltijdsbanen. Zoomen we in op de toenemende vraag naar medisch specialisten in 2037, dan zien we dat dit met name geldt voor cardiologen (plus 360 voltijdsbanen), gevolgd door klinisch geriateren (plus 300 voltijdsbanen), oogheelkundigen (plus 150 voltijdsbanen) en urologen (plus 100 voltijdsbanen, zie afbeelding 5). Dit heeft vooral te maken met de aandoeningen en hulpvragen van de groeiende groep ouderen in Nederland.



Afbeelding 6

## Contract en werkplek

Deze getallen laten zien dat de behoefte aan hoogopgeleid zorgpersoneel snel stijgt, terwijl er nu (in 2022) al een tekort is. Bedenk hierbij ook dat de genoemde benodigde aantallen voltijdsbanen zijn, terwijl de trend is dat steeds meer mensen in deeltijd willen werken. Dit komt onder meer doordat het aandeel vrouwen in de hier beschreven zorgberoepen toeneemt en vrouwen willen vaker in deeltijd werken (afbeelding 6). Voltijds werken betekent voor de meeste huisartsen en medisch specialisten een gemiddelde werkweek van ongeveer vijftig uur. Was het eerst gebruikelijk dat huisartsen eigen baas werden (eigenaar van een huisartsenpraktijk), nu willen negen op de tien huisartsen eerst als waarnemer aan de slag na de opleiding. Specialisten ouderengeneeskunde gaan steeds vaker als zelfstandige aan de slag binnen een of meerdere zorginstellingen. Zij willen zelf bepalen wanneer, hoelang en waar ze werken.

Bij medisch specialisten is er een andere beweging. De meeste partijen in de Tweede Kamer willen juist het zelfstandig ondernemerschap van deze artsen

aan banden leggen. De medisch specialist moet in loondienst gaan werken om ‘productieprikkels’ te dempen. Nu is de omzet voor vrijgevestigde medisch specialisten afhankelijk van hoeveel behandelingen ze uitvoeren. Weinig medisch specialisten die het aangaat, voelen ervoor om vrijwillig in loondienst te gaan werken, zo is de afgelopen jaren gebleken. Of de regering dit met regelgeving wil afdwingen, is nog onzeker.

Een andere grote verandering is dat zorg-professionals steeds meer op andere locaties zullen werken dan in hun spreekkamer. Door de opkomst van mobiele teams en technologie verschuift de zorg van de instelling naar mensen thuis. En de toename van kleinschalige woon-zorgvormen vraagt om professionals die op veel plaatsen werken en soms zelfs in een hele regio actief zijn. Zo wordt de expertise van specialisten ouderengeneeskunde steeds meer gevraagd voor thuiswonende ouderen. Dit is het directe gevolg van het politieke beleid om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

## Samenwerking

Samenwerking is een thema dat door de ontwikkelingen rond leren en werken heen loopt. Zorgprofessionals maken steeds vaker deel uit van zorgnetwerken, waarin zij samen met professionals uit andere beroepsgroepen zorg verlenen aan een patiënt (multi- en interdisciplinair samenwerken). Naast de zorgprofessionals komt de rol van managers steeds meer op. Zij zorgen voor de (steeds groter wordende taak van zorginstellingen op het gebied van) bedrijfsvoering, zodat de zorgprofessionals kunnen doen waar zij goed in zijn: zorg verlenen aan patiënten (afbeelding 7).

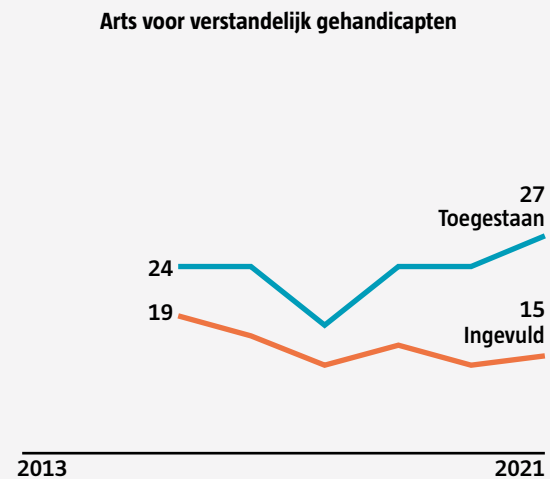
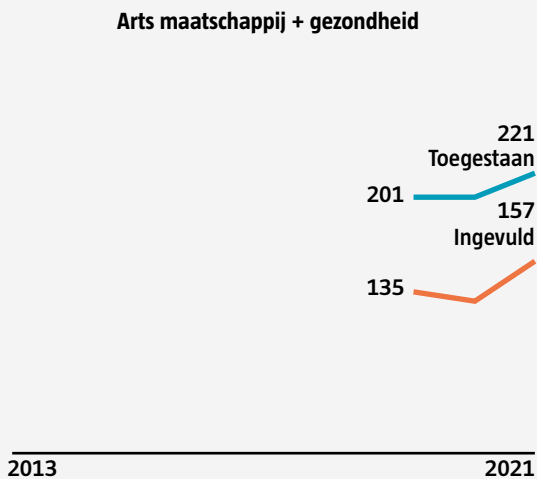
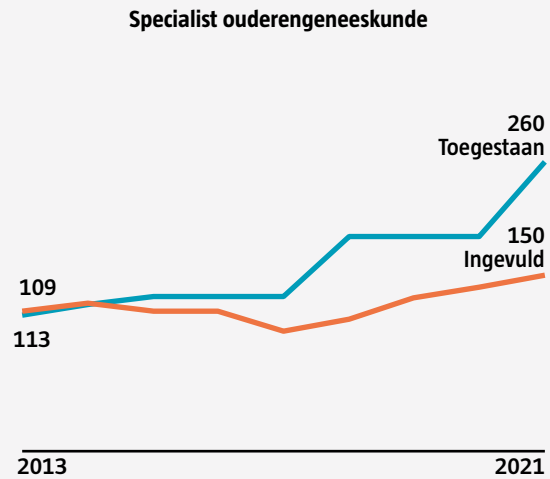
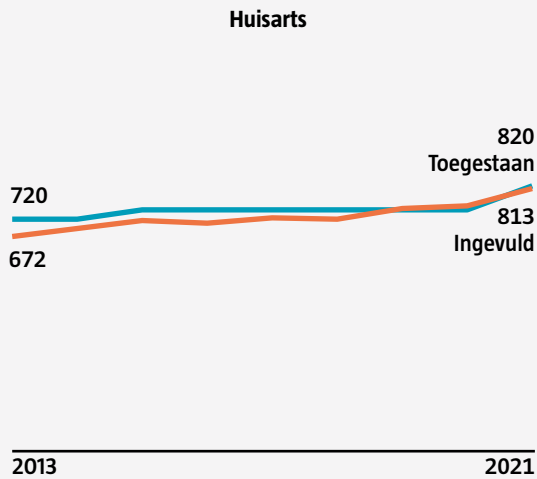
De patiënt op zijn beurt heeft – evenals diens mantelzorger – steeds meer behoefte aan een professional die de zorg coördineert. Dit is een van de verklaringen voor de toenemende vraag

naar verpleegkundig specialisten en physician assistants. Het merendeel van hen werkt nu in de medisch-specialistische zorg. De komende jaren zal er met name grote behoefte zijn aan deze twee beroepen in de huisartsenzorg. Ook in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg zal de vraag naar verpleegkundig specialisten en physician assistants stijgen.



Afbeelding 7

## Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er per jaar en hoeveel worden ingevuld?



Afbeelding 8  
Aantal toegestane en ingevulde opleidingsplaatsen per jaar in de periode tussen 2013 en 2021.  
Bron: SBOH (2021).

## Wat zijn relevante trends en factoren bij het nadenken over opleiding en specialisatie?

### Opleiden in de praktijk staat onder druk door hoge werkdruk en personeelskrapte

- Minder professionals willen opleider zijn door tijdgebrek en personeelskrapte.
- Professionals in opleiding hebben minder leerruimte doordat zij personeelsgebrek opvangen.
- Professionals in opleiding stoppen eerder met hun opleiding als hun opleider niet genoeg tijd voor ze heeft.

### Inhoud en bekendheid van het vakgebied spelen een grote rol bij de keuze voor specialisatie

- Basisartsen wegen vooral vakinhoud en diversiteit van de patiëntengroep mee bij hun specialisatiekeuze.
- 8 procent van de basisartsen specialiseert zich niet, onder meer vanwege verwachte werkdruk.
- Negen op de tien basisartsen die specialiseren, kiezen voor de opleiding tot medisch specialist of huisarts.
- Minder dan 5 procent van de basisartsen kiest voor specialisatie in de ouderen- of gehandicaptenzorg.

### Specialisatie neemt toe binnen de opleidingen en de beroepspraktijk

- De zorg specialiseert zich steeds verder, terwijl de behoefte aan een generalistische blik toeneemt.
- Het aantal geregistreerde specialismen is stabiel en het aantal subspecialismen en profielen neemt toe.
- Opleidingen en nascholing zijn georganiseerd naar specialisme, wat uitwisseling tussen disciplines hindert.

Afbeelding 9

## Opleiding en specialisatie

De behoefte aan hoogopgeleid zorgpersoneel in Nederland is groot en zoals we al hebben gezien, zal deze vraag enorm toenemen. Het is dus cruciaal voldoende geschikte mensen op te leiden. Hoeveel specialisten nodig zijn, berekent het Capaciteitsorgaan nauwgezet. Dit orgaan brengt vervolgens een advies uit aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dat uiteindelijk besluit hoeveel opleidingsplaatsen er jaarlijks beschikbaar komen per specialisme.

Het Rijk betaalt de opleidingsplaatsen voor alle opleidingen. Bij wie een aios (arts in opleiding tot specialist) gedurende de opleiding in dienst is, verschilt per opleiding. Het ziekenhuis is werkgever van de medisch specialist in opleiding. Het ziekenhuis of de zorginstelling is werkgever van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in opleiding. De SBOH is werkgever

van onder anderen de artsen in opleiding tot het specialisme huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten en maatschappij + gezondheid. Tijdens de opleiding zijn deze aios dus niet in dienst van de zorginstelling. Zie de kadertekst op pagina 20.

Voor vier opleidingen hebben we op een rij gezet hoeveel plekken er in de periode 2013-2021 waren en of die ook zijn ingevuld (afbeelding 8). De vier grafieken laten direct zien dat er een gat zit tussen het aantal beschikbare ('toegestane') en het aantal ingevulde opleidingsplaatsen. Met name bij de specialist ouderengeneeskunde zijn de laatste jaren meer dan honderd plaatsen per jaar niet ingevuld. Ook bij de opleiding tot arts maatschappij + gezondheid gaat het om zeker vijftig openstaande plaatsen.

In procenten is het gat bij de arts voor verstandelijk gehandicapten het grootst, alleen zijn hier de absolute aantallen klein. Bij de huisartsopleiding liggen de lijnen tussen beschikbaar en ingevuld wel bijna op elkaar, al zijn ook jarenlang minder huisartsen opgeleid dan beoogd.

De opleiding in de praktijk staat onder druk. Door hoge werkdruk en personeelskrapte hebben zorgprofessionals weinig tijd om hun pupillen te begeleiden. En deze zorgprofessionals in opleiding ervaren minder leerruimte doordat zij tekorten in roosters opvangen. Dit leidt tot vervroegde uitstroom uit de opleiding (zie afbeelding 9).

Basisartsen kiezen als specialisatie massaal voor de medisch-specialistische zorg en de huisarts-geneeskunde. Dit zijn beroepen met een diverse patiëntenpopulatie en een breed vakgebied. Het zijn ook beroepen die veel aandacht krijgen en een positief imago hebben. Minder dan 5 procent van de basisartsen kiest voor een specialisatie in de ouderen- of gehandicaptenzorg. Verklaringen

hiervoor zijn onbekendheid met het vakgebied en de mate van affiniteit met de patiëntengroep. In hoeverre het honorarium als specialist een rol speelt bij de keuze voor een bepaalde vervolgopleiding, is niet bekend uit onderzoek.

In de ouderenzorg zijn veel vacatures: op elke honderd banen zijn er twaalf vacatures. Tweederde van die vacatures staat langer dan zes maanden open. In de gehandicaptenzorg zijn er zelfs twintig vacatures voor artsen voor verstandelijk gehandicapten per honderd banen en driekwart hiervan staat langdurig open. De werkdruk is voor zo'n 8 procent van de basisartsen een belangrijke reden om zich niet te specialiseren. Zij kiezen ervoor te blijven werken als basisarts.

Door (sub)specialisatie van medisch specialisten neemt de vraag naar gespecialiseerde verpleegkundigen en physician assistants toe. Zij nemen geprotocolleerde en eenvoudige taken over van de arts zodat deze zich meer kan richten op de complexe, specialistische zorg en behandeling.

## Hoe loopt de bekostiging van medische vervolgopleidingen?

Om scenario's te maken voor leren en werken in de zorg in 2032 is het relevant te weten hoe de geldstromen voor de specialisatie-opleidingen op dit moment lopen. We zetten hier kort de belangrijkste feiten op een rij.

- Het Rijk betaalt opleidingsplaatsen voor de vervolgopleidingen tot medisch specialist, verpleegkundig specialist en physician assistant.
- Het Rijk bepaalt hoeveel opleidingsplaatsen per specialisme per jaar betaald worden met overheidsgeld. Dit aantal is mede gebaseerd op het advies van het Capaciteitsorgaan, dat de toekomstig benodigde capaciteit van zorgprofessionals onderzoekt.
- Het Rijk vergoedt onder andere het salaris van de specialist in opleiding, de kosten van het opleidingsmateriaal en de vergoeding van de praktijkopleider.
- De route die de geldstromen afleggen, verschilt tussen opleidingen.

De SBOH is werkgever en financier voor tien opleidingen van artsen. De SBOH ontvangt subsidie van het Rijk voor het opleiden van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, vertrouwensartsen, forensisch artsen, verslavingsartsen en profielartsen maatschappij + gezondheid, namelijk jeugdartsen, artsen infectieziektebestrijding, medisch milieukundigen en artsen tuberculosebestrijding.

- De SBOH is werkgever van deze artsen in opleiding tot specialist (aios) gedurende hun specialisatie-opleiding en betaalt hun salaris.
- De SBOH betaalt de kosten van opleiders en opleidingsinstituten.
- Opleidingsinstellingen betalen op hun beurt geld aan de SBOH voor de arbeid van aios tijdens hun opleiding.

**Wat zijn relevante trends en factoren bij het nadenken over technologie?**

**Het gebruik van technologie in de zorg neemt toe**

- Steeds meer ziekenhuizen en huisartsenpraktijken gebruiken beeldbellen en telemonitoring.
- Ruim vier op de vijf ouderenzorginstellingen gebruiken toezichthoudende technologie zoals bewegingssensoren.
- Patiënten maken meer gebruik van apps waarmee ze gezondheidsgegevens bijhouden.
- Ongeveer 2,5 miljoen mensen hebben moeite met lezen en schrijven en het werken met computers.

**Technologie leidt tot efficiënter werken en verbeterde kwaliteit van zorg**

- De arbeidsproductiviteit van zorgprofessionals neemt toe door technologie.
- Technologie maakt nieuwe behandelingen mogelijk waardoor de vraag naar zorg stijgt.
- Volgens werkgevers leidt de inzet van technologie niet tot minder inzet van zorgpersoneel.

**De inzet van nieuwe technologie blijft achter bij de mogelijkheden**

- De inzet van technologie blijft achter doordat professionals onvoldoende (gebruiks-) kennis hebben.
- Professionals in de eerstelijnszorg zijn terughoudend om reguliere zorg structureel te vervangen door digitale.
- Professionals hebben beperkte kennis en tijd om de bruikbaarheid van digitale zorg te beoordelen.

Afbeelding 10

## Technologie

Technologische innovaties worden in veel discussies genoemd als een mogelijke (deel)oplossing voor de tekorten aan zorgpersoneel, de verminderde toegang tot zorg en de stijgende kosten. Technologie kan bijdragen aan het stimuleren van preventie en het geven van meer regie aan patiënten. Complicerende factor hierbij is dat technologie een breed begrip is. Afhankelijk van de definitie vallen onder technologie in de zorg onderwerpen als digitale zorgverlening, digitalisering, uitwisseling van (patiënten)gegevens en robotisering, maar ook een relatief simpele toepassing als online een afspraak maken met de zorgverlener.

Welke technologische ontwikkelingen relevant zijn voor deze scenarioanalyse laten we zien in afbeelding 10. Mede door de coronapandemie maken ziekenhuizen en huisartsenpraktijken steeds meer gebruik van beeldbellen: de patiënt kan via een beeldverbinding met de arts spreken. Ook telemonitoring raakt steeds meer in zwang. Mensen monitoren vanuit huis hun gezondheid met apps die bijvoorbeeld de bloeddruk of hartslag meten. Die gegevens kunnen ze delen met hun arts zodat die op

afstand een vinger aan de pols kan houden. Vier op de vijf ouderenzorginstellingen gebruiken 'domotica': ondersteunende technologie die bijvoorbeeld een signaal afgeeft als een verpleeghuisbewoner met dementie gaat dwalen. Een medewerker kan dit dan in de gaten houden en in actie komen als dit nodig is.

Het effect van de inzet van (nieuwe) technologie valt of staat met het gebruik ervan. Zo hebben in Nederland circa 2,5 miljoen mensen moeite met schrijven en lezen en het werken met computers. Voor hen is een 'persoonlijke gezondheidsomgeving', een digitale plek waar ze zelf gezondheidsgegevens kunnen bijhouden en delen met professionals, veelal te ingewikkeld. Maar ook artsen staan lang niet altijd te trappelen om technologie in te zetten. In de eerste lijn zijn professionals terughoudend omdat ze eerst willen zien of een digitaal alternatief wel de beoogde effecten heeft voordat zij hun schaarse tijd gebruiken om zich de techniek eigen te maken. Ook blijkt dat door inzet van technologie de arbeidsproductiviteit van professionals toeneemt maar dat dit niet automatisch leidt tot de inzet van minder personeel.





## Hoofdstuk 2. Van trends naar scenario's

**In het vorige hoofdstuk hebben we beschreven wat de belangrijkste trends zijn in scholing en werk van hoogopgeleide zorgprofessionals. Niet alle trends zijn even zeker, we proberen immers in de toekomst te kijken. Ook nemen we niet mee hoe eventuele beleidswijzigingen de trend kunnen veranderen. In dit hoofdstuk lichten we toe hoe we van de trends tot scenario's zijn gekomen.**

We willen verkennen hoe de toekomst van leren en werken door hoogopgeleide zorgprofessionals eruitziet in 2032. Om dit beeld te schetsen, hebben we met deskundigen nagedacht welke twee trends grote impact hebben en deze gecombineerd om verschillende scenario's te krijgen. Deze twee impactvolle trends hebben we in een assenstelsel gezet: de ene op de horizontale as, de andere op

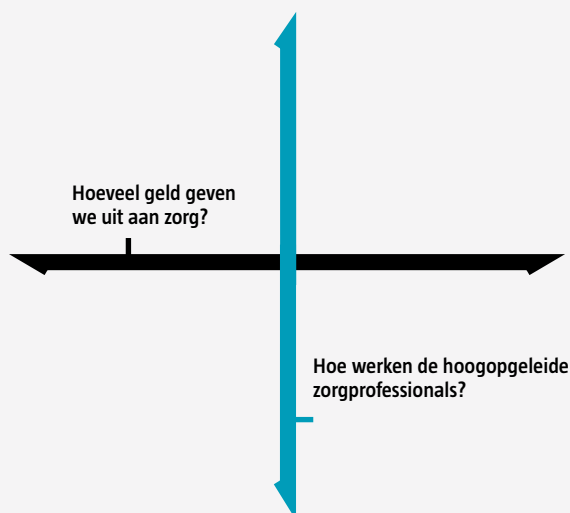
de verticale. Hieruit volgen vier scenario's die we later (in hoofdstuk 3) inkleuren en verrijken met bijbehorende maatschappelijke vragen.

### De horizontale as: collectieve zorguitgaven

De eerste impactvolle trend die we hebben gekozen, is hoeveel geld we als samenleving willen uitgeven aan zorg vanuit de collectieve middelen: de uitgaven voor zorg uit de rijksbegroting. Wordt dit meer of minder dan we nu voorzien? Deze zorguitgaven zetten we op de horizontale as.

Op dit moment (in 2022) heeft het Rijk 91 miljard euro begroot voor deze zorg. De uitgaven groeien de komende jaren mee met de zorgconsumptie en prijsindicatie. De regering probeert de groei van de zorguitgaven te beperken via hoofdlijnenakkoorden met diverse zorgbranches afzonderlijk, zoals de medisch-specialistische zorg en de huisartsenzorg, en met een integraal zorgakkoord voor branches gezamenlijk. Hoe hoger de collectieve zorguitgaven,

### De assen



### De uiteindes van de assen



hoe minder geld er beschikbaar is voor andere publieke taken zoals onderwijs of veiligheid. En hoe hoger de uitgaven aan zorg, hoe meer belasting en premies we als burgers gaan betalen. Willen we dat als samenleving niet meer, dan zijn de rijksuitgaven aan zorg in 2032 lager dan nu voorzien. Dit zetten we op de linkerkant van de horizontale as.

Aan de andere kant is het mogelijk dat we als samenleving juist niet willen dat de uitgaven aan zorg getemperd worden, omdat we vinden dat we recht hebben op alle zorg die mogelijk is en bereid zijn hiervoor in de buidel te tasten. We betalen meer premies en belastingen voor zorg. De zorguitgaven zijn in 2032 groter dan voorzien. Dit zetten we aan de rechterkant van de horizontale as.

### **De verticale as: werkwijze van zorgprofessionals**

De tweede impactvolle trend gaat over de vraag hoe hoogopgeleide zorgprofessionals werken. Gaan ze zich binnen hun vakgebied nog meer specialiseren dan nu voorzien, of juist minder? Deze werkwijze zetten we op de verticale as.

Aan de bovenzijde van deze as gaan we ervan uit dat zorgprofessionals zich nog meer dan in 2022 specialiseren in specifieke kennis en vaardigheden, niet alleen in de ziekenhuiszorg maar ook in de eerstelijnszorg. Denk aan huisartsen die zich specialiseren in bijvoorbeeld palliatieve zorg of seksuologie en het werk onderling verdelen via deze lijnen. Of denk aan 'superspecialisten' in het ziekenhuis die zich bekwaamd hebben in één type behandeling of operatie. Van hun deelgebied weten ze alles en ze richten zich dan ook alleen hierop.

Gevolg van die unieke kennis en rol is dat zorgprofessionals elkaar nauwelijks kunnen vervangen. Patiënten met meerdere klachten lopen bij verschillende (verpleegkundig) specialisten voor behandeling of begeleiding van hun aandoeningen.

Aan de onderzijde van deze as voorzien we dat zorgprofessionals generalistischer te werk gaan dan nu het geval is. Zij richten hun kennis en vaardigheden meer op de mens achter de patiënt en minder op één aandoening of lichaamsdeel. Zij hebben brede kennis, maar die is niet heel specialistisch. Zij besteden hierdoor relatief meer tijd aan één patiënt en vragen zo nodig specifieke

deskundigheid van een collega. De generalistisch werkende professionals zijn relatief breed inzetbaar. In hun werk staat de kwaliteit van leven van de patiënt centraal en niet de aandoening.

We proberen de vier verschillende beelden rond de assen zo scherp mogelijk uiteen te zetten om de diverse richtingen helder te schetsen. Zo zwart-wit zal dit onderscheid in de toekomst niet zijn. Hoe dit assenstelsel uitwerkt in vier toekomstbeelden, beschrijven we in de hoofdstukken hierna. Eerst kijken we nog even naar het assenstelsel als geheel en de kwadranten die hieruit ontstaan.

### **De scenario's**

De combinatie van 'collectieve zorguitgaven' op de horizontale as en 'werkwijze van zorgprofessionals' op de verticale as leidt tot vier mogelijke scenario's (zie afbeelding 11). Op de middenstip staat het 'basispad' voor 2032. Hiermee bedoelen we de route zoals geschetst in de trends- en factorenanalyse en gebaseerd op de ontwikkelingen en de kennis anno 2022. Vanuit de middenstip kunnen we vier richtingen op voor de toekomst, afhankelijk van variatie in de hoogte van collectieve zorguitgaven en de werkwijze van de professionals. De overige trends uit het basispad blijven in deze scenario's constant (zoals zorgvraag, verwacht personeelstekort, feminisering van het vak).

De deskundigen hebben zich laten uitdagen om voor de vier scenario's met een tot de verbeelding sprekende naam te komen. Elke van de vier toekomstbeelden heeft zo de naam gekregen van een keukengereedschap dat de typische kenmerken van elk scenario illustreert (zie afbeelding 12).

Wanneer we vanaf de middenstip naar linksboven bewegen, komen we in het kwadrant van 'minder zorguitgaven' en 'specialistisch werken'. Dit beeld noemen we Dunschiller. Het idee achter de naam is: het is een specialistisch keukengerei dat efficiënt werkt maar niet breed inzetbaar is.

Bewegen we naar rechtsboven, dan bevinden we ons in het kwadrant van 'meer zorguitgaven' en 'meer specialisatie'. Dit beeld noemen we Espressoapparaat: het luxe (duurdere) koffieapparaat levert alleen koffie en wel van een hoge kwaliteit.

## Wat zijn de vier scenario's voor leren en werken in de zorg in 2032?



Afbeelding 12

Gaan we vanuit de middenstip naar linksonder, dan treffen we de combinatie 'minder zorguitgaven' en 'generalistisch werken'. Dit beeld noemen we Keukenmes: het mes is degelijk, kan diverse producten snijden en is dus breed te gebruiken.

Bewegen we naar rechtsonder, dan geven we meer uit aan zorg, en werken zorgprofessionals generalistisch. Dit beeld noemen we Keukenmachine: dit luxe apparaat kan diverse producten verwerken en zo bijdragen aan verschillende maaltijden.

Hoe waarschijnlijk zijn deze vier scenario's? De deskundigen in de denktank hebben geen van de vier als onwaarschijnlijk bestempeld, maar denken wel dat de kans op een mengvorm het

grootst is in 2032. Daarom is dit ook een fijne denkoefening. Het scenariodenken helpt om inzicht te krijgen in waar het heen zou kunnen gaan. Zo kan ieder die betrokken is bij opleiding en werk van hoogopgeleide zorgprofessionals zich voorbereiden op de verschillende mogelijkheden en dus anticiperen op de toekomst, hoe die er dan ook precies uitziet in 2032.



## Hoofdstuk 3.

### Scenario's beredeneren en inkleuren

**Om van de vier scenario's naar toekomstbeelden te komen, beschrijven we in dit hoofdstuk op basis van logisch redeneren wat feitelijk in elk scenario gebeurt en hoe dit eruitziet ten opzichte van het basispad. Deze stap helpt om een scherp beeld te krijgen van de verschillende richtingen en (verborgen) argumenten boven tafel te krijgen.**

De toekomstbeelden Espressoapparaat en Keukenmachine staan aan de rechterzijde van het assenstelsel, de zijde waarin het Rijk meer geld uitgeeft aan zorg dan nu voorzien (zie tabel op de volgende pagina). De collectieve zorguitgaven zijn hier hoger dan in het basispad. Dit wordt betaald door hogere premies en belastingen voor zorg (zie de derde rij). We zetten hier dus een plus **+** 'bij' de toekomstbeelden Espressoapparaat en Keukenmachine. En bij de beelden aan de linkerkant van het assenstelsel – Dunschiller en Keukenmes – noteren we een min **-**. Hier geeft het Rijk minder geld uit dan voorzien, dus zullen de premies en belastingen voor zorg lager zijn dan in het basispad.

Als de collectieve zorguitgaven toenemen, zullen de individuele uitgaven van mensen aan zorg afnemen en vice versa. Deze zorg vergoedt de verzekering immers. In het tegenovergestelde geval, als de collectieve zorguitgaven afnemen, zullen juist meer mensen zorg kopen die niet wordt vergoed, of bijbetalen voor de zorg van hun keuze. De individuele uitgaven nemen dan toe.

Zo kunnen we bij ieder scenario beredeneren wat er – op basis van logica – feitelijk gebeurt. Laten we nog eens een ander voorbeeld bekijken, namelijk 'opleidingen'. In de wereld van generalistisch werkende professionals (Keukenmes en Keukenmachine), zal het aantal verschillende opleidingen

en de duur ervan afnemen (minder specialisatie) en neemt het aantal plaatsen per generalistische opleiding toe (meer generalisten). Ook zijn de opleidingen uitwisselbaarder, waardoor professionals die willen switchen tussen opleidingen makkelijker kunnen overstappen.

Aan de andere kant van de horizontale as, in de gespecialiseerde wereld, neemt het aantal verschillende opleidingen juist toe. In de wereld Espressoapparaat nog meer dan in de wereld Dunschiller, doordat hier meer overheidsgeld voor beschikbaar is. Per specialistische opleiding is het aantal opleidingsplaatsen beperkt en de opleidingsduur relatief lang. Professionals die willen switchen naar een ander vakgebied moeten bijna alle vakken opnieuw doen, omdat iedere opleiding professionals opleidt met vergaande kennis en vaardigheden op een specifiek onderdeel binnen de zorg.

## Wat gebeurt er feitelijk in de vier scenario's in 2032?

Met een stevige dosis inlevingsvermogen en verbeeldingskracht hebben we de scenario's concreter gemaakt. We lichten ze hierna toe.

### Zorguitgaven

- Collectieve uitgaven aan zorg
- Premies en belastingen voor zorg
- Individuele private uitgaven aan zorg

### Professionele zorg

- Mate van specialisatie in taken en kennis van zorgprofessionals
- Mate van flexibiliteit van zorgprofessionals (brede inzetbaarheid)
- Mate van arbeidsintensiteit van zorgproductie (tijd per patiënt)
- Substitutie van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg
- Particuliere zorgvraag naar medische diensten

### Informele zorg

- Vraag naar ondersteuning door naasten en vrijwilligers
- Focus op preventie en zelfredzaamheid

### Leren in de zorg

- Aantal verschillende opleidingen
- Aantal opleidingsplekken per opleiding
- Uitwisselbaarheid van opleidingen
- Opleidingsduur

### Werken in de zorg

- Mismatch op de arbeidsmarkt
- Beloning van de zorgprofessional
- Mate van samenwerking met andere zorgberoepen
- Aandeel van coördinatie in takenpakket
- Aantal multidisciplinaire zorginstellingen
- Aantal zelfstandig werkende specialisten (niet in loondienst)
- Concurrentie tussen zorgprofessionals om banen

### Technologie in de zorg

- Productinnovatie
- Sociaal-medische innovatie
- Gebruik digitale communicatietechnologie

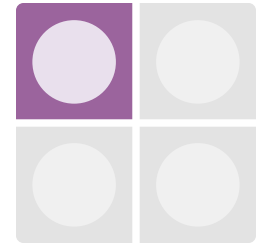
	Dunschiller	Espresso-apparaat	Keukenmes	Keukenmachine
	- - +	+ + 0	- - +	+ + 0
	+ - - - +	+ - 0 - 0	- + + + +	- + + + 0
	+ -	0 -	++ ++	+ +
	+ -- - +	++ - - +	-- + + --	- ++ + -
	++ + - - - + ++	+ ++ - - -- ++ +	- - + + + - -	-- 0 + + + - --
	+ - -	++ - -	- + +	- ++ +

- Betekent afname ten opzichte van het basispad
- +** Betekent toename ten opzichte van het basispad
- 0** Betekent gelijk aan het basispad

- Betekent sterke(re) afname ten opzichte van het basispad
- ++** Betekent sterke(re) toename ten opzichte van het basispad

## Scenario 1: Dunschiller

**In de wereld Dunschiller zijn hoog-opgeleide zorgprofessionals vooral specialisten, met grote kennis en vaardigheid op een specifiek terrein binnen hun vakgebied. In deze behandelgerichte zorgwereld zijn de mogelijkheden begrensd door beperkt (overheids)budget. Er is beperkt plaats in de opleidingen; zorgprofessionals in spe vechten om een plek.**



### Leren

In de wereld Dunschiller speelt geld een bepalende rol. Door het beperktere aanbod van opleidingsplaatsen wijken 'vermogende' professionals in spe uit naar het buitenland of private instituten om daar de opleidingen te volgen die Nederland hun niet biedt. Publiek betaalde opleidingen leiden vooral op tot specialisaties waarmee professionals winstgevendende zorg kunnen leveren en in het curriculum is volop aandacht voor efficiënt werken. Opleidingen met een beperkt aantal plekken zijn opgegaan in een groter geheel, om schaalvoordeel te behalen. Binnen de opleiding gaat het er hard aan toe: de aios, verpleegkundig specialist in opleiding (vios) en physician assistant in opleiding concurreren om behoud van hun (schaarse) plek en toekomstperspectief. Zie afbeelding 13.

### Werken

Doordat er in de wereld Dunschiller minder overheidsgeld naar de zorg gaat, springen private instellingen – ook buitenlandse – in dit gat. Specialist leveren via deze instellingen de zorg waarvoor mensen zelf moeten betalen. Binnen de collectief gefinancierde zorginstellingen hebben professionals weinig tijd voor patiënten door hoge productienormen. Ze 'repareren' wat nodig is, voor preventie is weinig aandacht. De kosten-batenafweging van een behandeling of zorg is onderdeel van het gesprek tussen professional en patiënt. Om zorgprofessionals te ontzien, vangen landelijk werkende (digitale) contactcentra vragen van patiënten op. Robots ondersteunen professionals bij de zorg voor patiënten, in instellingen, wachtkamers en thuis.

### Maatschappelijke vragen

De wereld Dunschiller levert vragen op die samenhangen met de hoge mate van specialisatie en het kleinere collectieve zorgbudget:

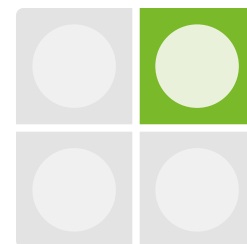
- Hoe maken we (specialistische) zorg mogelijk die niet efficiënt geleverd kan worden en hierdoor duur is?
- Hoe zorgen we ervoor dat alle mensen toegang tot benodigde zorg hebben, ook mensen met een minder goede financiële positie?
- Hoe voorkomen we dat zorgprofessionals naar het buitenland vertrekken of de zorg achter zich laten?
- Hoe maken we preventie mogelijk?





## Scenario 2: Espressoapparaat

**In de wereld Espressoapparaat zijn hoogopgeleide zorgprofessionals vooral specialisten met grote kennis en vaardigheid op een specifiek terrein binnen hun vakgebied. In deze behandelgerichte wereld is veel (financieel) mogelijk, maar de aandacht voor de mens achter de patiënt is in de verdrinking.**



### Leren

In de wereld Espressoapparaat speelt geld geen rol, in tegenstelling tot de wereld Dunschiller. Er is volop aanbod van specialisatieopleidingen, die betaald worden vanuit de collectieve middelen. Meer nog dan nu het geval is, kunnen professionals zich specialiseren in aandoeningen of behandelingen. In de opleiding is dan ook veel aandacht voor technologische innovatie en marketing. Hoe meer patiënten weten dat een behandeling mogelijk is, hoe meer deze zorg zal worden verleend. Door het gespecialiseerde karakter van de opleiding is er veel aandacht voor internationale samenwerking, zowel om de kennis en vaardigheid aan te leren als om schaalgroottes te bereiken. Professionals kunnen al vroeg in de opleiding kiezen voor hun eigen (sub)specialisatie, waardoor zij een individueel opleidingsprogramma volgen. Switchen naar een andere vervolgopleiding betekent opnieuw vanaf nul beginnen. Onderwijsinstellingen op het gebied van medische technologie en robotica organiseren opleidingen gezamenlijk, al dan niet in samenwerking met (internationale) bedrijven. Stages duren relatief lang en vinden met name plaats in (gespecialiseerde) ziekenhuizen. Zie afbeelding 14.

### Werken

Zorgprofessionals in de wereld Espressoapparaat doen op grote schaal waar ze expert in zijn, ook als de behandeling niet altijd noodzakelijk is. Zij werken als het ware in 'aanbodgedreven zorgwinkels' en niet aan zorg die nodig is voor de volksgezondheid. Gespecialiseerde verpleegkundigen en physician assistants hebben meer werk dan ze aankunnen om de supergespecialiseerde artsen te ondersteunen. De specialisten werken op

eilandjes met een eigen 'taal en cultuur', wat samenwerken met andere werkenden in de zorg lastig maakt. Patiënten zien veel verschillende artsen, omdat ieder alleen zijn eigen stukje zorg verleent. Slaat de behandeling niet aan, dan verwijst de specialist de patiënt door naar een andere. Sociaal-psychologische begeleiding en preventie vallen buiten het takenpakket. Ook dit laten de specialisten over aan anderen.

Doordat er zoveel specialisaties zijn en geld geen remmende factor is, is er een groot tekort aan personeel. Buitenlandse zorgprofessionals komen naar Nederland om deze tekorten op te vangen. Nieuwe technologieën speuren (risico's op) ziekten op en maken hightechbehandelingen mogelijk. Patiënten werken met professionals samen aan de hand van data uit *wearables* en digitale draaiboeken. Robots ondersteunen de professionals, ook op afstand.

### Maatschappelijke vragen

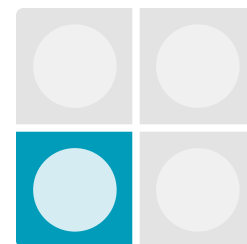
De wereld Espressoapparaat levert vragen op die samenhangen met versnippering en kwaliteit van zorg:

- Hoe houden we toezicht op de kwaliteit van zorg, gezien de vele overdrachtsmomenten en het supergespecialiseerde aanbod voor relatief kleine groepen patiënten?
- Hoe voorkomen we schade bij patiënten door overbehandeling en gebrek aan overzicht?
- Hoe houden we de opleidingen van goede kwaliteit, gezien de vele specialisaties en individuele trajecten?



## Scenario 3: Keukenmes

**In de wereld Keukenmes werken breed inzetbare generalisten met een sterke focus op de zelfredzaamheid van patiënten en hun omgeving. De generalist helpt de patiënt zaken zelf met zijn omgeving op te pakken en verdwijnt zo snel mogelijk weer uit beeld. De zorg is vooral gericht op de mens achter de patiënt, maar is begrensd in mogelijkheden door beperkt (zorg)budget.**



### Leren

In de wereld Keukenmes werken generalisten die breed zijn opgeleid. De opleiding besteedt veel aandacht aan samenwerking met mantelzorgers, vrijwilligers en deskundigen op het gebied van wonen, welzijn en inkomen. Kostenbewust handelen en preventie zijn vaste onderdelen van het curriculum. Om generalistische kennis op te doen, lopen de professionals in spe meerdere korte stages, met name in wijken en in instellingen voor langdurige zorg. Een beperkt aantal instituten verzorgt de opleidingen, met losse generalistische modules en veel variatie. Zie afbeelding 15.

### Werken

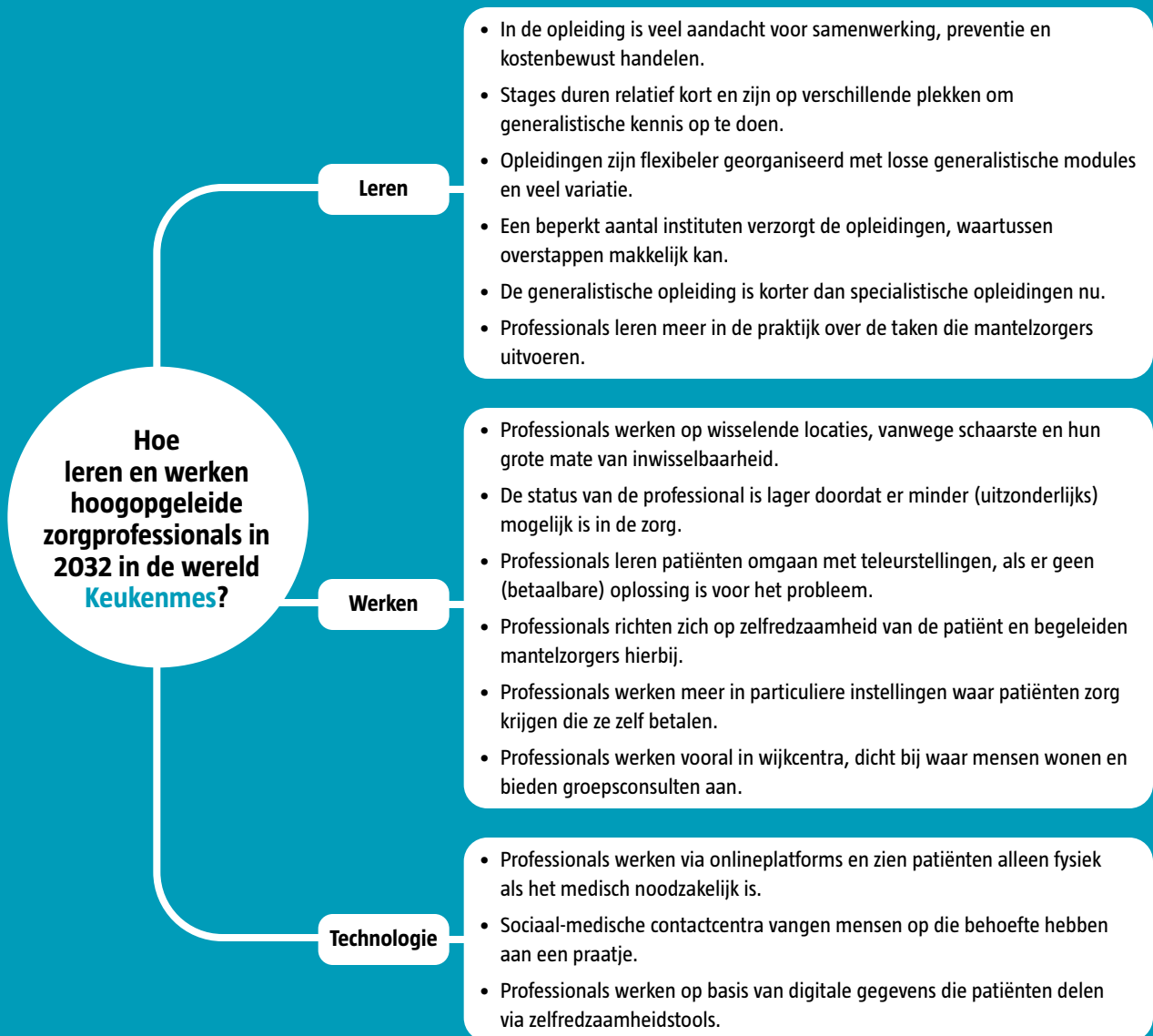
In de wereld Keukenmes komen we meer vrouwen dan mannen tegen in de rol van generalist. Ze werken vaak in loondienst en op verschillende locaties. Een groot deel van hun tijd besteden zij aan afstemming met andere professionals, familieleden en mantelzorgers van de patiënt. Om tijd efficiënt te besteden, organiseren ze groepsconsulten en doen ze een groot deel van de zorg via onlineplatforms. Voor patiënten die behoefte hebben aan een praatje zijn er sociaal-medische contactcentra, gerund door sociaal werkers. Er is in deze wereld minder geld beschikbaar, waardoor scherpe keuzen moeten worden gemaakt. Hierdoor is niet overal meer een (dure) behandeling voor. Patiënten krijgen vaker te horen dat er geen optie meer is en moeten leren omgaan met teleurstellingen.

Artsen moeten deze ‘helaas-geen-optie-meer-gesprekken’ leren voeren. Het kan zijn dat rijke mensen hierdoor naar het buitenland gaan voor dure, zeer gespecialiseerde behandelingen en dat er dus meer ongelijkheid ontstaat.

### Maatschappelijke vragen

In de wereld Keukenmes ontstaan vragen door de combinatie van beperkt (zorg)budget en de generalistische werkwijze:

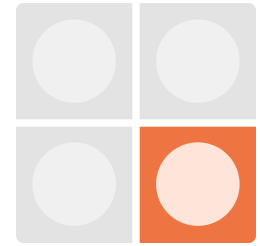
- Hoe zorgen we ervoor dat kwetsbare mensen op tijd gezien worden en toegang hebben tot de juiste zorg?
- Hoe maken we mensen ervan bewust dat niet alles in de zorg maakbaar en mogelijk is?
- Hoe motiveren we professionals hun vak met plezier uit te oefenen, ondanks beperkte doorgroeimogelijkheden?
- Hoe mobiliseren en faciliteren we mantelzorgers en vrijwilligers, zodat ze hun ondersteunende rol goed kunnen vervullen?



Afbeelding 15

## Scenario 4: Keukenmachine

**In de wereld Keukenmachine werken breed inzetbare generalisten die volop tijd hebben om met hun patiënt te bespreken wat voor hem belangrijk is en hoe dat geregeld kan worden. Positieve gezondheid en samen beslissen staan centraal, net als samenwerking met andere (zorg)-deskundigen. De mogelijkheden lijken onbegrensd.**



### Leren

In de wereld Keukenmachine biedt een beperkt aantal opleidingsinstituten een ruim aantal plaatsen voor zorgprofessionals in spe. Net als in de wereld Keukenmes ligt de focus op samenwerking, preventie en zelfredzaamheid van de patiënt (zie afbeelding 16). De generalisten in spe lopen volop stage, niet alleen in gezondheidscentra, maar ook bij mensen thuis, in wijkcentra en sociaalwerkorganisaties. De professionals leren samenwerken door opdrachten uit te voeren samen met andere deskundigen, binnen en buiten de zorg. Het aantal mensen dat met de opleiding mag starten is relatief groot dankzij de investeringen van het Rijk in opleidingsplaatsen.

### Werken

In de wereld Keukenmachine komen we meer vrouwen dan mannen tegen in de rol van generalist. Ze werken veelal in loondienst in multidisciplinaire centra, waar zij hun patiënten op allerlei manieren ondersteunen met gezondheidsbevorderende activiteiten. De generalisten investeren in nieuwe aanpakken van mensgerichte zorg, nemen werk uit handen van de patiënt en diens mantelzorgers en neigen ernaar ook op de stoel van andere zorgverleners te gaan zitten. In deze wereld staat de werk-privébalans van professionals minder onder druk dan in de wereld Keukenmes, doordat collega's tijd hebben en in staat zijn elkaar te vervangen.

Dankzij de inzet van digitale tools is de zorg 24 uur per dag bereikbaar, en alle patiënten hebben een online persoonlijk gezondheidsdossier. Generalisten werken hierdoor onafhankelijk van plaats en tijd. Voor zaken die buiten hun expertise vallen, roepen zij de hulp in van specialisten, maar ze houden de regie.

### Maatschappelijke vragen

In de wereld Keukenmachine ligt het risico van overdaad aan mensgerichte zorg op de loer. De vragen die hier kunnen ontstaan, zijn:

- Hoe organiseren we voldoende zorg voor mensen met problemen die niet op te lossen zijn met preventie en zelfredzaamheid?
- Hoe voorkomen we dat alledaagse activiteiten onder 'zorg' vallen?
- Hoe zorgen we ervoor dat professionals geen taken op zich nemen die een andere deskundige beter kan?







## Hoofdstuk 4.

### Vorbereiden op de toekomst

**We hebben in de vorige hoofdstukken verkend in welke richtingen leren en werken door hoogopgeleide zorgprofessionals zich kunnen ontwikkelen de komende tien jaar. De vier scenario's laten hierbij zien dat het heel verschillende kanten kan opgaan. Hoe bereid je je als hoogopgeleide professional, opleider, werkgever of beleidsmaker voor op die veranderde wereld?**

Deze prikkelende vraag zouden we aanvankelijk niet in dit boek beantwoorden. Het grote enthousiasme van alle bij dit boek betrokken mensen maakt dat we toch een eerste aanzet hebben gedaan. Die aanzet staat in dit hoofdstuk.

De vraag 'Hoe nu verder?' hebben we gesteld aan ongeveer dertig deskundigen, te weten: hoofden van opleidingsinstituten, artsen in opleiding, hoogleraren, vertegenwoordigers van brancheorganisaties en bestuurders van zorginstellingen. We hebben hen in grote stappen meegenomen in het proces dat vooraf is gegaan aan de vier scenario's. Vervolgens hebben we hun gevraagd om – kijkend naar de scenario's – adviezen te geven waar partijen die betrokken zijn bij de opleiding en het werk in de zorg hun voordeel mee kunnen doen. We vroegen hun niet per scenario advies te geven, maar generieke adviezen die voor alle vier scenario's van pas kunnen komen. Hun adviezen zijn bedoeld als eerste aanzet. Geïnteresseerden kunnen met dit boek in de hand hiermee verder en ook nadenken over adviezen die specifiek voor een of meer scenario's nuttig zijn.

De Advieskaart in afbeelding 17 toont de uitkomst van de drie bijeenkomsten met deskundigen. De drie groepen hebben elkaars denkwerk verrijkt en aangevuld, waarbij De Argumentenfabriek de logica en consistentie van de adviezen heeft bewaakt.

De adviezen zijn gericht aan opleiders, professionals, werkgevers en beleidsmakers, maar nog niet bij hen getoetst. De Advieskaart is met name bedoeld om partijen met elkaar in gesprek te laten gaan, zodat zij gezamenlijk richting bepalen om klaar te zijn voor de toekomst.



Afbeelding 17

#### Maak preventie onderdeel van alle opleidingen

- Geef preventie een belangrijke plek in alle opleidingen, zoals in stages en nascholing.
- Bied professionals kennis en leer ze vaardigheden voor persoonsgerichte preventie, zoals vanuit gedragswetenschap.
- Leer professionals maatschappelijke problemen te signaleren en patiënten door te verwijzen naar passende hulpverlening.

#### Richt de opleiding zo in dat professionals sneller zelfstandig aan de slag kunnen

- Laat professionals de vervolgopleiding sneller doorlopen als zij bepaalde competenties bij de start al hebben.
- Vergroot de zelfstandigheid van professionals door hun in de praktijkopleiding meer vertrouwen te geven.
- Maximeer het aantal sollicitaties van professionals voor dezelfde vervolgopleiding, zodat ze eerder kiezen voor een andere.

#### Leer professionals samenwerken met professionals uit andere disciplines en met patiënten

- Leer professionals interprofessionele vaardigheden ontwikkelen zodat ze goed samenwerken rond de patiënt.
- Creëer uitwisseling tussen de diverse disciplines zodat professionals over elkaars vakgebied leren.
- Leer professionals vaardigheden om met patiënten te spreken over wat zij belangrijk vinden in hun zorg.

#### Betrek professionals meer bij het invullen van hun opleidingsprogramma

- Laat professionals een persoonlijk opleidingsplan maken waarin zij wensen opnemen, zoals over inhoud of randvoorwaarden.
- Leer professionals hoe ze hun werkplezier behouden en niet overwerkt raken.

#### Vergroot de kennis van professionals over hun rol in maatschappelijke vraagstukken

- Besteed in de opleiding en nascholing aandacht aan de schaarste van (collectief) geld en menskracht in de zorg.
- Verwerk 'duurzaam dokters' in de opleiding en nascholing, zoals bewust omgaan met materialen en geneesmiddelen.

#### Benut jouw rol in maatschappelijke vraagstukken en draag bij aan (noodzakelijke) verandering

- Neem actief deel aan het maatschappelijke debat over jouw werkveld.
- Verdiep je in de ontwikkelingen in het zorgveld en denk erover mee hoe je hier in je werk op kunt inspelen.
- Stel je op als een 'duurzame dokter', zoals door bewust om te gaan met gebruik van materialen en geneesmiddelen.
- Neem initiatief om je ideeën voor verbetering uit te voeren, in samenwerking met anderen.

#### Neem regie bij het inrichten en ontwikkelen van je loopbaan

- Zorg dat je de vereiste nascholing tijdig volgt om je kennis en vaardigheden op peil te houden.
- Sta open voor de mogelijkheid je om- of bij te scholen, wanneer de arbeidsmarkt of je organisatie hierom vraagt.
- Neem tijd om te ontdekken wat jou plezier en energie geeft in je werk.

#### Betrek professionals bij het ontwikkelen van beleid

- Betrek professionals bij het ontwikkelen van het zorgbeleid van de organisatie.
- Zorg voor verbinding met de praktijk door professionals een plek te geven in de leiding van de organisatie.
- Geef professionals ruimte voor vernieuwen en anticiperen op veranderingen in de zorg.

#### Maak langetermijnbeleid voor voldoende en gekwalificeerd personeel

- Betrek professionals bij het maken van een strategisch personeelsplan dat aansluit bij het zorgbeleid.
- Stimuleer professionals zich tijdig om- of bij te scholen zodat zij over de juiste kwaliteiten beschikken.
- Leg vast welke praktijkvaardigheden professionals beheersen om de doorstroom van personeel te bevorderen.

#### Schep randvoorwaarden waardoor professionals duurzaam inzetbaar blijven

- Stel kaders op voor verantwoorde arbeidstijden voor professionals om uitval te voorkomen.
- Schrap onnodige regels en administratie zodat professionals werkplezier en minder werkdruk ervaren.



# Tot besluit

**“Laat zien in welke richtingen leren en werken van hoogopgeleide zorgprofessionals zich de komende tien jaar kunnen ontwikkelen. En help partijen in kaart te brengen hoe zij zich op die toekomst kunnen voorbereiden, zodat in 2032 niet alleen de juiste maar ook voldoende van deze zorgprofessionals beschikbaar zijn.” Met deze opdracht stuurde de SBOH ons op weg.**

Gedurende dit hele project speelde de begeleidingscommissie vanuit de SBOH een belangrijke rol (zie pagina 45). Met de leden van deze commissie bespraken we het denkontwerp, de afbakening van de opdracht, de beoogde deskundigen voor de diverse denksessies en de tussentijdse resultaten. Ook legden we de inhoud van dit boek voor aan de commissie ter controle op feitelijke onjuistheden.

Om tot een toekomstbeeld te komen, moet eerst helder zijn hoe Nederland er op het gebied van leren en werken in de zorg voor staat anno 2022 en wat de prognoses zijn bij ongewijzigd beleid.

**Stap 1** in dit denkproces was dan ook het in kaart brengen van relevante trends en factoren (de ‘analyse’). Hiervoor hebben we vragen beantwoord als: Wat zijn ontwikkelingen in de samenleving die invloed hebben op de zorg? Hoeveel zorgprofessionals zijn er op bepaalde gebieden nodig en wat weten we over de instroom in hun opleiding? Wat is bekend over wensen van zorgprofessionals in spe op het gebied van specialisatie, werktijd en werkplek? We putten hiervoor uit tal van onderzoeksrapporten (zie pagina 47).

De relevante trends en factoren hebben we gebundeld in thematische overzichtskaarten. Deze hebben we met deskundigen tijdens een denksessie aangescherpt. Hun namen staan op pagina 45. Ook vroegen we hun waarom een bepaalde trend of factor relevant is voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. Hierdoor konden we onderbouwd selecteren welke informatie wel en niet in dit boek thuishoort en hoe we deze zo scherp mogelijk konden formuleren. De trends- en factorenkaarten in hoofdstuk 1 zijn de uitkomst van deze analysefase. Samen vormen zij het ‘basispad’ en geven antwoord op de vraag: hoe ontwikkelen leren en werken zich richting 2032 op basis van prognoses bij ongewijzigd beleid?

## In welke stappen ontwikkelen we scenario’s?



**Stap 2** bestond uit het selecteren van de variabelen voor het assenkruis en het doordenken hiervan voor vier scenario's voor leren en werken in 2032. Speciaal voor deze stap stelden we een denktank samen van elf mensen uit de brede zorgwereld. Hun namen staan op pagina 45. De denktank kwam twee keer online en een keer fysiek bijeen. Ter voorbereiding op de eerste bijeenkomst ontving de denktank de thematische trends- en factorenkaarten en een digitaal invulformulier. We vroegen hun aan te geven welke trends en factoren zij het meest of het minst spannend vinden bij het verkennen van de toekomst van leren en werken door hoogopgeleide zorgprofessionals. Ook wilden we weten wat volgens hen de grootste onzekerheden zijn in de trendsanalyse. De opbrengst van deze uitvraag was het vertrekpunt voor het nadenken over scenario's.

Met de denktank hebben we de uitwerking van het scenario-denkmodel doordacht.

1. Welke twee impactvolle trends combineren we in het assenstelsel?
2. Wat gebeurt er feitelijk in elk kwadrant op basis van logisch redeneren? (Zie hoofdstuk 2).

Controlevraag in dit denkwerk was: levert het assenkruis vier realistische scenario's op die onderscheidend en relevant zijn en los van elkaar kunnen bestaan? Zo ja, dan hebben we de contouren van de toekomst van leren en werken in de zorg in beeld. De meeste voor de toekomst relevante ontwikkelingen zullen binnen dit assenkruis liggen.

In **stap 3** vroegen we de denktank de vier verschillende scenario's te verrijken aan de hand van dezelfde vragen: Hoe leren hoogopgeleide zorgprofessionals in dit scenario? Hoe werken ze? Welke rol vervult technologie? Met als uitsmijter: welke maatschappelijke vragen spelen hier? Uitdaging was dit voor ieder scenario zo beeldend mogelijk te beschrijven, als ware het een fotomoment in 2032.

Na iedere denksessie verwerkten we de opbrengst tot aangescherpte kaarten en controleerden we deze op onderlinge consistentie, begrijpelijkheid en logica (aan de hand van de tabel op pagina 28-29). Onduidelijkheden en aanscherpingen legden we weer voor aan de denktank (**stap 4**).

Met de begeleidingscommissie spraken we tussentijds over het verloop van het denkwerk en poetsten we de uitkomst af.

Ten slotte nodigden we hoogleraren, jonge specialisten, vertegenwoordigers van branche-organisaties, hoofden van opleidingsinstituten en aios, onderzoekers en bestuurders uit om advies te geven op basis van de vier scenario's: hoe kunnen opleiders en werkgevers zich voorbereiden op de toekomst? We vroegen hun om overkoepelende adviezen die voor alle scenario's nuttig zijn. De adviezen hebben we als bloemlezing in dit boek opgenomen. We hebben ze niet getoetst onder de partijen op wie de adviezen betrekking hebben. Ze zijn bedoeld voor discussie en inspiratie.

Dankzij de inzet van de vele deskundigen en het prikkelende denkwerk tijdens de denksessies, ligt er nu een mooi boek met een schat aan informatie en beelden voor de toekomst. Zoals gezegd is het maken van een scenarioanalyse geen wetenschap maar een hulpmiddel om – zo goed mogelijk onderbouwd – te verkennen hoe de toekomst er uit kan komen te zien. Aan welk toekomstbeeld wij als samenleving de voorkeur geven en wat hiervoor nodig is, zijn interessante vervolgvragen.

We hopen dat een ieder die betrokken is bij leren en werken in de zorg aan de slag gaat met de scenario's, de adviezen en de vervolgvragen. We danken de deskundigen voor hun enthousiaste en creatieve bijdrage. Dankzij jullie ligt er nu een prachtige basis om de juiste en voldoende hoogopgeleide zorgprofessionals op te leiden voor 2032 en hen voor te bereiden op een werkomgeving die bij hen past, zodat de zorg in Nederland en patiënten in het bijzonder hier de vruchten van plukken.

Gertrude van Driesten en Kees Wessels  
*De Argumentenfabriek*

## Wie hebben meegedacht?

### Denksessie Trends en factoren

Ellen Dankers, *Capaciteitsorgaan*

Erik Dierink, *VS VPH*

Mike Rozijn, *CGS/KNMG*

Pauline van den Broek, *RvC SBOH*

Ronald Batenburg, *Nivel*

Victor Slenter

### Denktank scenario's

Angelique Schuitemaker, *Bestuurder/adviseur*

Anita Wydoodt, *Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis*

Arno Timmermans, *RvC SBOH*

Bernard Leenstra, *Aios huisartsgeneeskunde*

Clara van Maanen, *UMC Utrecht*

Fedde Scheele, *AMC*

Freek Gillissen, *Aios chirurgie*

Janna Goijaerts, *PhD LUMC/Universiteit Leiden*

Karine van 't Land, *arts m+g, Menzis,*  
*Rijksuniversiteit Groningen*

Marith Volp, *RIVM*

Paul Schnabel

### Adviesgroep

Conny van Velden, *VvAA*

Marcel Kerkhoven, *Huisartsenpraktijk De Meidoorn*

Menno Reijneveld, *UMC Groningen/IOSG*

Olle ten Cate, *UMC Utrecht*

René Stumpel, *GGD Gooi & Vechtstreek*

Roger Damoiseaux, *UMC Utrecht*

Aiosverenigingen SBOH-opleidingen

Hoofden opleidingsinstituten SBOH-opleidingen

### Begeleidingscommissie

Anita Bouwman, *SBOH*

Hilke van Bergen, *SBOH*

## Begrippenlijst

Hieronder lichten we enkele lastige begrippen uit de publicatie toe.

### **Aios**

Arts(en) in opleiding tot specialist.

### **Basisarts**

Arts die de zesjarige academische geneeskundeopleiding heeft voltooid.

### **Arts voor verstandelijk gehandicapten (avg)**

Arts die gezondheidsproblemen van mensen met een verstandelijke beperking onderzoekt en behandelt. Heeft de driejarige gelijknamige postacademische opleiding gevolgd, als specialisatie na het basisartsdiploma. Gedurende deze vervolgopleiding is de aios in dienst van de SBOH.

### **Arts maatschappij + gezondheid (arts m + g)**

Arts werkzaam in de publieke gezondheidszorg (bijvoorbeeld bij de GGD op het gebied van jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding of medische milieukunde). Heeft boven op het basisartsdiploma de tweejarige beroepsgerichte opleiding tot profielarts gevolgd en zich hierna in twee jaar gespecialiseerd in management, beleid en onderzoek. Gedurende deze vervolgopleiding is de aios in dienst van de SBOH.

### **Generalist**

Zorgprofessional met brede kennis over het vakgebied. De generalist levert basiszorg en richt zijn kennis en vaardigheden meer op de mens achter de patiënt en minder op een specifieke aandoening of lichaamsdeel.

### **Hoogopgeleide zorgprofessionals**

In dit boek bedoelen we hiermee: artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants (en allen die hiertoe in opleiding zijn). Met artsen bedoelen we hier expliciet de medisch specialisten, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten en artsen maatschappij + gezondheid.

### **Huisarts**

Eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen over hun gezondheid. De huisarts heeft de gelijknamige driejarige postacademische opleiding gevolgd, als specialisatie na het basisartsdiploma. Gedurende deze vervolgopleiding is de aios in dienst van de SBOH.

### **Interdisciplinaire samenwerking**

Samenwerking tussen verschillende (zorg)-professionals, die niet alleen vanuit hun eigen vakgebied maar ook vanuit elkaars perspectief werken aan een gezamenlijk doel of probleem.

### **Medisch specialist**

Gespecialiseerde arts werkzaam in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (focuskliniek). Denk aan chirurg, cardioloog, internist, oogarts, revalidatiearts of een subspecialisatie hiervan. De medisch specialist heeft een postacademische opleiding (van vier tot zes jaar) gevolgd, boven op de basisopleiding geneeskunde en soms een interne vooropleiding in het ziekenhuis. Gedurende deze vervolgopleiding is de aios in dienst van een ziekenhuis.

### **Physician assistant**

Zorgprofessional die zelfstandig geneeskundige zorg verleent onder supervisie van een arts. Heeft de post-hbo-opleiding Master Physician assistant voltooid, in aanvulling op een andere hbo-opleiding in de gezondheidszorg. Gedurende deze vervolgopleiding is de professional in dienst van een ziekenhuis of zorginstelling.

### **Specialist ouderengeneeskunde**

Arts die gespecialiseerd is in de zorg voor kwetsbare ouderen en ouderen met chronische ziekten. Heeft de driejarige gelijknamige postacademische opleiding gevolgd, als specialisatie na het basisartsdiploma. Gedurende deze vervolgopleiding is de aios in dienst van de SBOH.

### **Specialist**

Zorgprofessional met veel kennis en vaardigheden binnen een specifiek onderdeel van zijn vakgebied.



## Vios

Verpleegkundig specialist in opleiding.

### Verpleegkundig specialist

Zorgprofessional met expertise binnen een deelgebied van de verpleegkunde. Werkt in het grensgebied van geneeskundige en verpleegkundige zorg onder supervisie van een arts. Heeft de post-hbo-opleiding Master Advanced Nursing Practice voltooid, boven op de opleiding hbo-verpleegkunde. Gedurende deze vervolgopleiding is de verpleegkundige in dienst van een ziekenhuis of zorginstelling.

## Bronvermelding

Bij de trends- en factorenanalyse hebben we gebruikgemaakt van de volgende bronnen en literatuur:

- ActiZ (2020). *Witboek Ouderen, zorg en wonen*.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2023 Deelrapport 1, 5, 9a en 9b*.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024 Hoofdrapport*.
- CBS Statline (2021). *Zorguitgaven; kerncijfers*.
- CBS Statline (2021). *Bevolking*.
- CBS Statline (2021). *Prognose bevolking*.
- De Argumentenfabriek (2019). *Toekomst huisartsenzorg*.
- De medisch specialist (2022). *Medische vervolgopleidingen* (Webpagina).
- FMS (2025). *Visiedocument Medisch Specialist 2025*.
- IGJ en AP (2021). *Factsheet e-health*.
- NAPA (2022). *Wat is en wat doet een physician assistant* (Webpagina).
- Nictiz en het Nivel (2020) *Ehealth-monitor*.
- NVZ (2021). *Factsheet Digitale zorg*.
- Prismant (2019). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen*.
- Regioplan (2018). *Toekomstige vraag naar medisch specialisten*.
- Rijksoverheid (2022). *Bijdragen en subsidies voor zorgopleidingen* (Webpagina).
- RIVM (2021). *Volksgesondheid toekomst verkenning* (Webpagina).
- SBOH (2021). *Data over toegestane en ingevulde opleidingsplekken*.
- SEO (2019). *Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel*.
- SER (2019). *Effecten van technologisering op de arbeidsmarkt*.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen*.
- Stichting lezen en schrijven (2018). *Factsheet digitale vaardigheden*.
- Verkiezingsprogramma's (2021).
- WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*.
- V&VN (2022) *Over de verpleegkundig specialist* (Webpagina)

## Over de auteurs



### **Gertrude van Driesten**

Gertrude is plaatsvervangend Chef zorg en welzijn bij De Argumentenfabriek, het denkbedrijf voor heldere argumentatie en strategie. Ze begeleidt opdrachtgevers met hun denkwerk over tal van complexe vragen en is samen met Kees Wessels verantwoordelijk voor het werk van team Zorg en welzijn. Gertrude schreef meerdere boeken in de serie van *Platform Zó werkt de zorg* en verzorgt gastonderwijs over het zorgstelsel aan zorgprofessionals (in spe).



### **Kees Wessels**

Kees is Chef zorg en welzijn bij De Argumentenfabriek. Hij geeft leiding aan het team Zorg en welzijn en is eindverantwoordelijk voor de ontwikkeling van de boeken en kennisproducten van *Platform Zó werkt de zorg*. Kees begeleidt denkwerk op tal van zorgterreinen en heeft als oud-journalist een neus voor feitelijke informatie over de zorg. Kees schreef meerdere boeken in de serie van *Platform Zó werkt de zorg* en verzorgt hierover trainingen.

Verder werkten mee: Sanne Roessingh, kwantitatief onderzoeker (voor het onderdeel Trends en factoren), Nina van Wezel, kaartenmaker en Frank Kalshoven, econoom en oprichter van De Argumentenfabriek. Leonie Lous zorgde voor de prachtige vormgeving. De eindredactie was in handen van Henk Bovekerk.



