

# BEELDEN



*van zorg in 2025*

# BEELDEN

*van zorg in 2025*

Een toekomstbeeld van zorg en welzijn volgens  
bestuurders en stakeholders in Friesland

*Heerenveen, 2013*  
*Klaus Boonstra*

# totstandkoming



De zorg- en welzijnssector staat voor een cruciale periode. In allerlei gremia wordt betoogd dat het huidige systeem onhaalbaar is geworden. Met name financiering van de zorg, een blijvende toename van de zorgvraag en de arbeidsmarktproblematiek zijn factoren die in de komende jaren diepgaande aanpassingen in het zorgsysteem zullen afdwingen.

In het project Friese Zorgacademie, dat tot doel heeft medewerkers beter op te leiden en toe te rusten op de zorgvraag van vandaag en morgen, is de wens uitgesproken een beeld te schetsen van die zorg van de nabije toekomst. Dit proces is gestart met een bestuurdersconferentie in het voorjaar van 2012 en vervolgd met een interviewserie met bestuurders en stakeholders uit de care sector in Friesland. Zij zijn bevraagd over hun opvattingen en ideeën over de zorg- en welzijnssector in het jaar 2025.

De datum 2025 is gekozen omdat met deze tijdfasering voldoende distantie gecreëerd wordt ten opzichte van de dagelijkse problematiek en sturing. Tegelijkertijd ligt dit moment nog binnen het beleidsperspectief en is bepaald geen verre toekomst.

Hoewel de interviews een semigestructureerde vorm kenden, hebben de 21 geïnterviewden allen een eigen perspectief beschreven. Ieder interview is samengevat en ter verificatie bij de geïnterviewde neergelegd. Vervolgens is aan iedere zin een samenvattend label gegeven, waaronder de afzonderlijke zinnen opnieuw zijn gerubriceerd. Als gevolg hiervan kwamen zij los van de oorspronkelijke interviewtekst en konden uit-

spraken van verschillende mensen over eenzelfde onderwerp aan elkaar worden gekoppeld.

Op basis van deze herindeling zijn op vier hoofdlijnen twaalf beelden van zorg anno 2025 geschetst en wordt er in de tekst teruggekeken vanuit het perspectief 2025.

Aan de totstandkoming van deze beelden is meegewerkt door Anneke Aldenkamp, Kees van Anken, Hette Blanksma, Margo Brouns, Simeon Bruinsma, Katy Dikker, Paul Felix, Oebele Herder, Anke Huizena, Arjen de Jong, Roelof Jonkers, Tim Koelman, Hans Konst, Erik Kuik, Klaas Kuilman, Henk Laros, Jet van Leeuwen, Johan Lettink, Han Morshuis, Alie Schokker, Remy Teunissen en Sjouke Tuinier. Zonder hun openheid en creativiteit had het beeld niet kunnen ontstaan.

Om de leesbaarheid te vergroten heb ik er voor gekozen de hij-vorm te gebruiken en voor de cliënt/patiënt het woord hulpvrager. Artsen, verpleegkundigen, sociaal werkers etc. worden, als zij als groep worden benoemd, aangeduid met het woord hulpverlener.

# bereid om voor anderen te zorgen



## 1.1. Bewust burgerschap

Door de vergaande individualisering in de Nederlandse samenleving zijn oude familie- en gemeenschapssystemen doorbroken of nog beperkt in stand. Naast deze ontwikkeling werd eind vorige eeuw de marktwerking in de zorg geïntroduceerd, hetgeen zorgaanbieders tegenover elkaar plaatste in plaats van naast elkaar. En zo zagen we in het eerste decennium van de 21ste eeuw steeds meer burgers die zich als consument in het zorgsysteem opstelden; consumenten die tegen een zo laag mogelijke premie een zo hoog mogelijke verstrekking vanuit het systeem wilden krijgen, op het moment dat zij dat nodig achten. Er is immers voor betaald, in de vorm van verzekeringspremie of belastingafdracht.

In 2025 is hierin een kentering te zien. Onder invloed van toenemende welvaart is ook de ontwikkelings- en opvoedingsfocus veranderd. Ondersteund door de overheid en het onderwijssysteem en door een maatschappelijk verantwoord positioneren door ouders zijn jong volwassenen al vroeg in hun leven in

staat financieel op eigen benen te staan. De schoolverlater anno 2025 is een burger die bereid is te sparen voor de oude dag en kapitaal in te zetten voor hun eigen leven en zorg. In dit perspectief is bijvoorbeeld een erfenis veel minder nodig als instrument om kinderen maatschappelijk te positioneren.

In 2025 heeft de burger een actieve rol in het zorgsysteem. Hij let op de eigen gezondheid en leefstijl en is zich bewust van het eigen gedrag en de daarmee verbonden risico's. Risicovol gedrag wordt afgewogen, ook omdat hij weet dat dit zal leiden tot hogere zorgpremies en eigen bijdragen. Hij is al of niet vanuit welbegrepen eigenbelang bereid om voor anderen te zorgen. Dit vindt deels in familieverbanden plaats, maar ook in burgercollectieven, en mogelijk zelfs in virtuele en door sociale media ondersteunde structuren. Deze laatste kunnen een heel hybride karakter hebben.

De generatie ouderen in 2025 is zich bewust van ervaren levenskwaliteit en heeft de behoefte om zelf over zijn leven en levenseinde te kunnen beschikken. Ouderen hechten meer aan toegevoegde waarde van de zorg in termen van levenskwaliteit, zoals reductie van pijn, van lijden en van eenzaamheid, dan aan discussies over de kosten. Het gesprek over het levenseinde is uit de taboesfeer gekomen.

## 1.2. Blijvend grote en diverse zorgvraag

De vraag naar zorg is groot en divers. De vergrijzing, maar ook de restanten van de consumentgestuurde cultuur draagt daaraan bij. Ook door technologische ontwikkelingen en aanhoudende uitbreiding van medische behandel mogelijkheden laat de groei van de zorgvraag zich moeilijk beteugelen.

De beschikbare intramurale capaciteit schiet tekort. Hulpvragers die voorheen in klinische settings werden opgevangen blijven nu in de oorspronkelijke woonomgeving. Dit betekent dat er nieuwe hulpvragen en -mogelijkheden in de thuissituatie zijn ontstaan.

# met behulp van relaties en familie



## 2.1. Eigen kracht en eigen regie

Zorgvragen worden tegemoet getreden volgens methodieken als het 'eigen kracht'- en het 'eigen regie'- model. Meer dan ooit wordt het vermogen van hulpvragers om eigen regie over hun leven te voeren aangesproken. Allereerst omdat de autonome burger dat zelf wil; het eigen kracht en eigen regie-denken sluit aan bij het autonome leven dat hij leidt of geleid heeft. Maar ook vanuit het hulpsysteem is deze benaderingswijze gewenst. Om overbodige zorgvraag te voorkomen, worden de eigen mogelijkheden van hulpvragers ten volle benut.

De burger met een hulpvraag wordt aldus eerst aangesproken op zijn eigen kracht en zijn eigen vermogen om in zijn hulpvraag te voorzien. Volgordelijk is hij eerst zelf aan zet, daarna regelt hij zijn zorg met behulp van relaties en familie, vervolgens zet hij informele zorg in, en uiteindelijk en in laatste instantie kan hij een beroep doen op professionele hulp.

Deze manier van denken en werken zet zich door binnen de instellingen. Als voorbeeld mag er van ouders verwacht worden dat zij een aanzienlijke bijdrage leveren aan de zorg en begeleiding van hun gehandicapte kind dat in een instelling woont. En andersom, van de bewoner van een instelling wordt gevraagd naar vermogen bij te dragen aan de samenleving in de vorm van arbeid.

## 2.2. Maatschappelijk mededogen

Naast het eigen kracht model staat de nadrukkelijke overtuiging dat gezondheid niet altijd een verdienste is en dat mensen getroffen kunnen worden door langdurige beperkingen en handicaps. Voor deze groepen mensen is een goed functionerend en hartelijk zorg- en welzijnssysteem noodzakelijk, dat hen een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven biedt en hen met hun beperkingen toch in staat stelt een zo persoonlijk mogelijk vormgegeven leven te leiden. Dit mededogen is zichtbaar in het verzekeringsstelsel dat goede en continue

voorzieningen biedt en mogelijkheden voor persoonlijke keuzes in zich herbergt. De instellingen waar mensen opgevangen worden zijn kleinschalig georganiseerd, bieden mogelijkheden voor maatschappelijke participatie, zowel voor de hulpvragers als voor de samenleving.

## 2.3. Technologische toepassingen

Als gevolg van verbeterde ontsluiting van kennis en kennisbronnen, het gemeengoed geworden gebruik van smartphones en tablets en de doorontwikkelde beeldschermtechniek, is innovatie niet langer een proces van koplopers en early adapters maar een hybride beweging geworden. Innovatie vindt plaats in de dagelijkse realiteit, in de instellingen en de praktische zorgsituaties, en vindt zijn weg op geleide van de mogelijkheden die individuele gebruikers zien. Dit heeft de professionals en organisaties in de zorg voor nieuwe uitdagingen gesteld rondom betrouwbaarheid van informatie, gebruik van elkaar tegensprekende bronnen en privacy.

**KENNIS** Anno 2025 maken professionals volop en ad hoc gebruik van diverse kennisbronnen. Deze komen tot hen via diverse media. Kennisinstituten, ook commerciële zoals uitgeverij, verlenen meerwaarde aan de diversiteit van bronnen door deze te rubriceren en te kwalificeren, onder andere aan de hand van de levels of evidence. Binnen de instellingen zijn de opleidingsafdelingen getransformeerd van bijscholing verzorgende en organiserende afdelingen naar voorwaardenscheppende die richtlijnen en criteria voor de diverse kennisbronnen en toepassing geven.

**SOCIALE MEDIA** In de zorg- en welzijnssector wordt volop en intensief gewerkt met social media. Het gebruik hiervan is doorgedrongen tot de oudere generaties hulpvragers, voor wie de nieuwe media een portaal naar de hulpverlening vormen. Maar ook de traditionele kanalen zijn nog geopend.

**ZORGTECHNOLOGIE EN DOMOTICA** In alle sectoren van de zorg wordt intensief gebruik gemaakt van technologische toepassingen.

Deze liggen op drie gebieden:

- technische mogelijkheden in en aan het lichaam, waarbij in toenemende mate vitale functies kunnen worden overgenomen, robotica hebben hun intrede gedaan,
- communicatie, waardoor hulpverlening minder tijd- en plaatsafhankelijk is geworden, als gevolg waarvan begrippen als keuzevrijheid in de zorg een geheel ander perspectief hebben gekregen,
- toepassingen in en om huis (domotica), zoals op afstand bedienbare deuren, toegangscontrole persoonsidentificatie en toezicht op afstand.

#### **2.4. Generalistische eerste lijn met differentiatie en preventie**

In 2025 ligt het primaat van het zorgsysteem in de eerste lijn. In organisaties die ten behoeve van plm. 10.000 mensen werken wordt de eerstelijns zorg wijk-, dorps- of gebiedsgericht georganiseerd. In gezondheidscentra kan de burger terecht voor alle vragen op het gebied van zorg en welzijn. De geconcentreerde zorgvoorzieningen zijn niet alleen op medische zorg gericht, maar omvatten het hele palet van

begeleiding, ondersteuning, hulp bij opvoeding etc. De diverse hulpverleners werken samen met de hulpvragers vanuit het eigen kracht- en eigen regiemodel. Hulpverleners kunnen vrij en zonder externe indicatiestelling naar elkaar verwijzen.

De burger wendt zich voor alle vragen rondom gezondheid en welzijn tot dit centrum, waarbinnen derhalve meerdere entrees zijn. De hulpverlener start met vraagverheldering en gaat na of de hulpvrager over eigen bronnen en oplossend vermogen beschikt. Vervolgens stelt hij zich de vraag of hij de meest passende hulpverlener is of dat verwijzing naar een ander binnen het centrum wenselijk is. De eerste lijn heeft in deze opvatting dus ook een om-/meitinkersfunctie. De hulpverlener is gewend om vanuit het eigen kracht perspectief te werken. Hij kent de sociale kaart, kan verwijzen of terugvallen op voorzieningen en collega's, zonder dat daar bureaucratische belemmeringen voor bestaan.

Ook de thuiszorg en -begeleiding worden vanuit dit centrum georganiseerd. De in het

centrum werkzame hulpverleners onderhouden nauwe contacten met elkaar, waarbij zij ondersteund worden door gebruik van sociale media en inzet van domotica. Goede communicatietechnologie en professionele intervisie voorkomen dat een nieuwe carrousel voor de veeleisende hulpvrager ontstaat. Bovendien hebben hulpverleners geleerd om “nee” te zeggen tegen cliënten die het zorgsysteem overvragen.

Gegeven de schaalgrootte en doelstelling om voor plm. 10.000 mensen de eerstelijns zorg te verrichten, kan binnen de voorziening aan differentiatie worden vormgegeven. Er zullen minimaal vijf huisartsen per gezondheidscentrum beschikbaar zijn, ook zij kunnen naar elkaar verwijzen op basis van gedifferentieerde expertise.

Het eerstelijns gezondheidscentrum werkt nadrukkelijk samen met in de buurt aanwezige voorzieningen, met name verzorgingshuizen. Een huisarts kan hier hulpvragers vanuit ‘de wijk’ kortstondig opnemen om te observeren, te behandelen of het mantelzorgsysteem

te ontlasten. Door een geïntegreerde benadering met wijkteams beschikt de hulpverlener over oren en ogen in de wijk en kan al preventief worden gehandeld. Maar ook met andere tweedelijns voorzieningen wordt veel samengewerkt, bijvoorbeeld door expertise in te brengen of consulterende eenmalige face to face contacten met hulpvragers. Vanuit het eerstelijns gezondheidscentrum bestaan korte lijnen met tweedelijns centra en wordt vormgegeven aan medebehandeling in geval van opname.

Het gezondheidscentrum is om aan de opdracht te voldoen 24/7 geopend, al of niet met bereikbaarheidsvoorzieningen. Burgers houden keuzevrijheid qua hulpverlener, maar verwacht wordt dat het overgrote deel van de mensen zich tot het centrum in de nabijheid zal wenden.

#### **2.5. Specialistische tweede lijn**

In de tweede lijn worden alleen hulpvragers behandeld of verzorgd als blijkt dat dit met behulp van het eigen kracht model niet kan. De tweede lijn zijn voorzieningen als zieken-

huizen, instellingen voor GGZ of VGZ of gespecialiseerde centra voor gedragsproblematiek. De toegang tot deze centra verloopt uitsluitend via de eerste lijn, tenzij sprake is van evidente spoed.

De tweede lijn behandelt alleen de aandoening waarvoor verwezen is, andere aandoeningen blijven onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn, tenzij ook voor deze aandoening behandeling nodig is. In situaties waarbij terugkeer naar de eerste lijn is uitgesloten als gevolg van de ernst van de aandoening of het verwachte beloop van de ziekte, neemt de tweede lijn de zorg geheel over.

Vanuit de tweede lijn wordt expertise en waar nodig medebehandeling aangeboden in de eerste lijn.

Om een effectieve en efficiënte tweede lijn te organiseren is een vergaande vorm van specialisatie gerealiseerd in combinatie met mobiele hulpverleners die in geval van hoger volume ook elders dan in hun oorspronkelijke instelling behandelen.

# Iedereen hoopt ooit oud te worden

## 3.1. High trust, high penalty

De marktwerking, waarvan rond de eeuwwisseling veel van werd verwacht, heeft niet het gewenste resultaat gehad en is als prevalent middel tot beheersing ter zijde geschoven. De zorg en het welzijn zijn geïntegreerd georganiseerd in basisgezondheidscentra, aangevuld met gespecialiseerde voorzieningen, die vanuit drie bronnen worden gefinancierd (WMO, ZVW en een kern-AWBZ).

In de eerste lijn is sprake van een vaste vergoeding op basis van bevolkingsaantal en kenmerken van de buurt of wijk. In de tweede lijn is een productiegebonden financiering van toepassing.

Jaarlijks worden aan de hand van richtlijnen met de organisaties in eerste en tweede lijn af-

spraken gemaakt over bereikbaarheid en kwaliteit. Het begrip 'passende zorg' is in dit kader vergaand geoperationaliseerd. De afspraken worden gemaakt op basis van het high trust, high penalty principe. Het toezicht op de kwaliteit is gebaseerd op deze principes, waarvoor een nationaal georganiseerde toezichthouder is ingericht. Bureaucratische organisaties als NIAZ, HKZ en CiZ zijn afgebouwd en opgegaan in het nieuwe afgeslankte orgaan. De instellingen verantwoorden hun zorg aan de hand van cijfers en spiegeling ten opzichte van landelijke waarden. Hiervoor zijn criteria ontwikkeld gebaseerd op toegevoegde waarde, welzijn en gezondheidswinst, die onderdeel uitmaken van de contractering en verantwoordingsplicht. De toezichthouder kan hoge boetes uitdelen en

eventueel instellingen sluiten op het moment dat niet voldaan wordt aan de geformuleerde criteria.

Hierdoor is de groei van de zorgkosten tot het jaarlijkse inflatieniveau gereduceerd en door vergaande debureaucratisering is de administratieve druk verminderd. Vrijgekomen middelen worden aangewend in de sector en komen ten goede van innovatieve ontwikkelingen.

## 3.2. Verzekering

Er bestaan in 2025 drie gekoppelde verzekeringsystemen: de WMO, de Zorgverzekering en een kern-AWBZ.

**1. EERSTE LIJN** De eerste lijn wordt gefinancierd vanuit de WMO en de zorgverzekeringswet (ZVW). Vanuit deze verzekeringen/voorzieningen wordt een vast bedrag, gebaseerd op bevolkingsaantal en een aantal criteria, zoals SES, leeftijdsopbouw en/of specifieke bevolkingskenmerken, ter beschikking gesteld aan de eerstelijns gezondheidscentra. Voor het beschikbare bedrag moet het gezondheidscentrum alle hulpvragen aanvaarden en met behulp van het eigen kracht model oplossen. De middelen zijn taakstellend. Het systeem is ontdaan van perverse prikkels die leiden tot overbehandeling of –verwijzing. Daarom bestaat de mogelijkheid voor extra financiering, indien meer dan de gebruikelijke problematiek in de eerste lijn wordt opge-

vangen. De kwaliteit van deze hulp dient het niveau van de tweede lijn te evenaren en wordt als zodanig gemonitord. Het vergoedingsbedrag is productiegebonden, maar ligt lager dan de vergoeding die voor behandeling in de tweede lijn zou worden gegeven.

**2. TWEDE LIJN** De tweede lijn wordt geheel gefinancierd vanuit de ZVW, inclusief de ouderenzorg. Iedereen hoopt ooit oud te worden, en de hieraan verbonden gezondheidsproblemen zijn dus te voorzien en verzekeraar. Naast de zorgverzekering wordt een eigen verantwoordelijkheid bij burgers neergelegd in de vorm van zorgsparen en/of het verpanden van onroerend goed aan de overheid. De gespecialiseerde centra maken jaarlijks

financieringsafspraken met de zorgverzekeraars op basis van productie en kwaliteit. Kwaliteit wordt o.a. uitgedrukt in toegenomen gezondheid en welbevinden en wordt vastgesteld op basis van steekproeven.

**3. ONVERZEKERBARE ZORG** Tenslotte bestaat een kleine kern-AWBZ van waaruit de echt onverzekerbare risico's worden gefinancierd, bedoeld voor groepen als diep verstandelijk beperkte mensen, mensen met chronische en ernstige psychiatrische problematiek, ernstig geïnvalideerde traumaslachtoffers etc.

# alle hulpverleners zijn gericht op zelfredzaamheid

## 4.1. Beroepenstructuur: generiek, gedifferentieerd, geclusterd

Voor het zorgsysteem is een beroepenstructuur ontwikkeld waarin in de eerste lijn vooral generalisten werken, maar waarbij ook sprake is van differentiatie. De gespecialiseerde functies zijn vooral in de tweede lijn aanwezig.

In de eerste lijn zijn naast de huisarts, wijkverpleegkundige, verzorgende en paramedici als fysiotherapeut en diëtist ook disciplines aanwezig die anno 2012 tot de welzijnssector gerekend werden, zoals maatschappelijk werkers, pedagogen, opvoedingsadviseurs etc. Burgers kunnen zich met alle hulp- of adviesvragen tot het eerstelijns gezondheidscentrum wenden. Omdat van de burger niet gevergd kan worden dat de exacte hulpvraag vooraf duidelijk is, kent een eerstelijns centrum meerdere entrees en wordt op basis van een goede vraaganalyse bepaald of en door welke hulpverlener het probleem ter hand wordt genomen. Uitgangspunt hierbij is zelfredzaamheid en zo veel mogelijk complementair han-

delen door de hulpverlener. In hoog complexe zorgsituaties kan casemanagement worden aangeboden.

Vanuit een generalistische benaderingswijze heeft met name in de eerste lijn een herclustering van beroepen plaatsgevonden.

Er bestaan drie beroepenclusters:

- gezondheid,
- bewegen en leefstijl,
- sociaal werk.

In het cluster gezondheid werkt de huisarts, maar lang niet alle medische vragen hoeven door een huisarts beantwoord te worden, wijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners hebben een deel overgenomen. In dit cluster treffen we ook de verzorgenden. In het cluster bewegen en leefstijl worden alle vragen op het gebied van voeding, bewegen, conditie, gezond gedrag, leefstijl etc. beantwoord. In het cluster sociaal werk kan de hulpvrager terecht voor alle vragen waarbij psychosociale

begeleiding voorop staat door clustering van maatschappelijk werk, sociale begeleiding en opvoedingsondersteuning.

Binnen deze clusters van functies zien we vormen van differentiatie en incidentele specialisatie, die een relatie hebben met bijzondere doelgroepen en/of de opbouw van de wijk of buurt waarvoor wordt gewerkt. Alle hulpverleners zijn gericht op zelfredzaamheid, zijn excellent op de hoogte van de sociale kaart, zijn communicatief zeer vaardig, kunnen onderhandelen, maar zijn tegelijkertijd laagdrempelig en toegankelijk. In zijn rol als werknemer/professional investeert de hulpverlener voortdurend in nieuwe kennis en vaardigheden. Werkgevers ondersteunen deze continue leerweg door het beschikbaar stellen van bronnen en media, waarbij selectiecriteria zijn ontwikkeld om kwalitatief verantwoorde bronnen op basis van level of evidence aan te wenden.







#### 4.2. Innovatie

**ZORGINNOVATIE** De dynamiek van innovatie start in de directe zorgsituatie en bij nieuwe toepassingsmogelijkheden die breed beschikbaar zijn. Innovatie is hiermee een continu en hybride proces geworden. Het onderwijs heeft een meer volgende rol. Om te voorkomen dat het onderwijs de zorginhoudelijke ontwikkelingen onvoldoende kan volgen hebben zorginstellingen leermogelijkheden voor studenten gecreëerd die midden in de innovatieve ontwikkelingen staan. Door studenten niet alleen op klassiek functionerende afdelingen ervaring te laten opdoen en te laten leren, maar ook op ontwikkelende afdelingen of binnen innovatieve processen wordt innovatie van meet af aan in het leerproces meegenomen. Het klassikale onderwijs is vervangen door leren in de praktijk en leren aan de hand van actuele leervragen. De digitale leersystemen die dit mogelijk maken zijn niet langer alleen aanbod- of module georiënteerd, maar ook leervraag gericht. Via geavanceerde interactieve zoekmachines kunnen deze leervragen adequaat en snel worden beantwoord.

**ONDERWIJSINNOVATIE** Als gevolg van diverse digitale ontwikkelingen is het digitale klaslokaal ontstaan. Onderwijsinstellingen hebben zich de rol van leermoderator toegeëigend en leggen in het initiële onderwijs de basis voor een (leer)loopbaan van de student, later werknemer. Didactisch ligt het accent steeds sterker op leren te leren en gebruik van beschikbare kennis en bronnen. Dit wordt bereikt door een intensieve dialoog met studenten, die in de werksituatie wordt voortgezet. Dit proces wordt ondersteund door leer- en volgsystemen die de grenzen van de school overstijgen en student-medewerker gebonden zijn.

#### 4.3. Opleiden als gezamenlijke verantwoordelijkheid

De verdeling van taken over de beroepenclusters heeft geleid tot een daarop geënt systeem van opleidingen. Het onderwijssysteem leidt zowel generalisten als specialisten op en alles wat daar tussen zit.

Voor aanvang van de opleiding wordt gekozen voor een van de drie clusters. Vervolgens start de opleiding binnen deze cluster met een brede

basis, waarbij de student tevens de mogelijkheid wordt geboden om zich breed te oriënteren. Pas in de loop van de opleiding wordt voor een uitstroomprofiel gekozen, dat past bij de keuze voor een generalistisch of een gespecialiseerd profiel. Vooral aan het einde van de opleiding neemt het belang van praktijkvorming toe. Het uitstroomdeel van de opleiding wordt geheel in het werkveld gevolgd, inclusief het theoretische deel.

Indien de hulpverlener later wil overstappen naar een ander cluster of een aanvullende differentiatie wil volgen, sluiten de systemen zodanig op elkaar aan en kan snel en gebaseerd op wat eerder is geleerd een vervolgopleiding worden genoten.

Organisatorisch en bestuurlijk zijn opleidingen en werkveld zich bewust van en volwassen geworden in hun interdependentie en dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de opleidingen. Grote delen van het onderwijs worden verzorgd door docenten en medewerkers die zowel vak- als didactisch bekwaam zijn.

# willen we ondergaan of (bij)sturen?

Diverse bestuurders en stakeholders vinden dat exploratief en handelend optreden gewenst is, er bestaat een sterk gevoel van urgentie. De vergrijzing en bevolkingskrimp zijn begonnen, de zorgsector staat voor grote uitdagingen. Lijdzaam afwachten betekent kostbaar verlies van tijd die besteed kan worden aan het vinden van oplossingen. 2025 is dichterbij dan we denken, de tijdgeest verandert bijzonder snel.

Er is sprake van een samenhangend patroon van complexe ontwikkelingen met sterke interdependenties in tijden van steeds beperkter wordende houdbaarheidsdata van kennis en middelen. Alleen door handelend op te treden kan deze trend beïnvloed worden en nemen we regie in het proces. Dit zal echter een proces met grote onzekerheden zijn. Immers, hoe zit het met onvoorziene ontwikkelingen? Wat voor effect heeft de economische en culturele crisis? Willen we ondergaan of (bij)sturen? Controleren of loslaten?

Een aantal bestuurders en stakeholders is van mening dat de situatie in Friesland anno 2012 in vergelijking met andere regio's relatief gunstig is. De regio is overzichtelijk, de bestuurscultuur is coöperatief, er is een regionale zorgverzekeraar die innovatief is ingesteld en nagenoeg alle functies in zorg en welzijn zijn op regionaal niveau aanwezig. Dit maakt dat Friesland de regio zou kunnen zijn, waar mogelijk met vallen en opstaan een duurzaam en betaalbaar zorg- en welzijnssysteem kan worden gerealiseerd en een hierop aansluitend systeem van onderwijs. De bestuurders opteren dan ook voor Friesland als ontwikkelregio voor het zorgsysteem 2025 en willen dit proces in gang zetten door het vormen van een initiatiefgroep, die de noodzakelijke verkenning en voorbereiding van een dergelijke ontwikkeling doet.





*werkt voor zorg en welzijn*

Beelden: Talant en Shutterstock.

Dalhuysenstraat 35, 8448 EW Heerenveen  
(0513) 62 29 79  
[info@venturaplus.nl](mailto:info@venturaplus.nl)  
[www.venturaplus.nl](http://www.venturaplus.nl)