



## **Trendsurvey Thuiszorg**

**Juni 2003**

**Mr. R.F. Schreuder  
P.W.E. van Rijn, arts**

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
2.	Demografische ontwikkelingen	2
2.1	Algemeen; toename aantal ouderen	2
2.2	Sociaal-demografische trends	3
2.3	Levensverwachting, gezondheidstoestand en ziektelast	3
2.4	Epidemiologische ontwikkelingen	5
3.	Technologische ontwikkelingen	8
3.1	Algemeen	8
3.2	(Zelf)diagnose thuis	8
3.3	Toepassingen voor zelfbehandeling/zelfmanagement	9
3.4	Robotica, domotica en nieuwe medische hulpmiddelen	9
3.5	Telemedicine-toepassingen	9
4.	Trends in preventie, cure en care	12
4.1	Preventie	12
4.2	Cure	13
4.3	Care	14
4.4	Informele zorg, mantelzorg, vrijwilligerszorg	15
5.	Beroepskrachtenvoorziening	16
5.1	Algemeen; feiten, trends en ramingen over vraag en aanbod beroepskrachten	16
5.2	Trends in de beroepsuitoefening	18
6.	Financieel-economische ontwikkelingen	20
6.1	Algemeen	20
6.2	Nieuwe verhoudingen tussen collectief en privaat gefinancierde zorg	21
7.	Organisatie van zorg	22
7.1	Algemeen	22
7.2	Schaalvergroting en branchevervaging	22
7.3	Opkomen van marktwerking, vraagsturing en ondernemerschap in de zorgsector	22
7.4	Outcomes-management en prestatiesturing	23

8.	Sociaal-maatschappelijke trends	24
8.1	Globalisering	24
8.2	Individualisering	24
8.3	Toename culturele diversiteit	25
8.4	Feminisering	26
8.5	Intensivering	27
8.6	Informalisering	27
8.7	Informatisering	27
9.	Tot slot	29

Selectie geraadpleegde literatuur

## 1. Inleiding

Op verzoek van STOOM is door de Stichting STG een beknopte *trendsurvey* thuiszorg opgesteld. Door STOOM is geconstateerd is dat voor cliënten meer keuzemogelijkheden ontstaan in de thuiszorg en dat de introductie van marktwerking en concurrentie grote consequenties heeft voor de inhoud en de levering van zorg. Er ontstaan nieuwe doelgroepen voor thuiszorginstellingen. Tegelijkertijd gaan intramurale instellingen thuiszorg leveren en zetten verzekeraars 'vliegende' zusters in. Er is een stijgende vraag naar thuiszorg. Tegelijkertijd poogt met name de rijksoverheid de stijging van collectieve uitgaven aan zorg te beperken. Om de toegankelijkheid tot thuiszorg en de kwaliteit van de thuiszorg te waarborgen is innovatie noodzakelijk. Hiervoor moeten 'beelden' voor toekomstige situaties in de thuiszorg worden ontwikkeld. Deze beelden kunnen o.a. gebaseerd worden op een analyse van de huidige trends in de samenleving. Deze trendanalyse wil een bijdrage leveren aan de bewustwording van soms lastig te duiden gebeurtenissen en processen. Dit overzicht van voor de thuiszorg relevante trends is bedoeld voor de 'spelers' op de thuiszorgmarkt. Deze analyse is de eerste fase van het STOOM-project 'Trends in de thuiszorg: Toekomstverkenning vanuit ondernemersoptiek'.

In dit rapport wordt achtereenvolgens ingegaan op demografische en epidemiologische trends, technologische en financieel-economische ontwikkelingen. Vervolgens wordt aandacht besteed aan beroepsuitoefening, de organisatie van de zorg en een aantal sociaal-maatschappelijke en culturele ontwikkelingen.

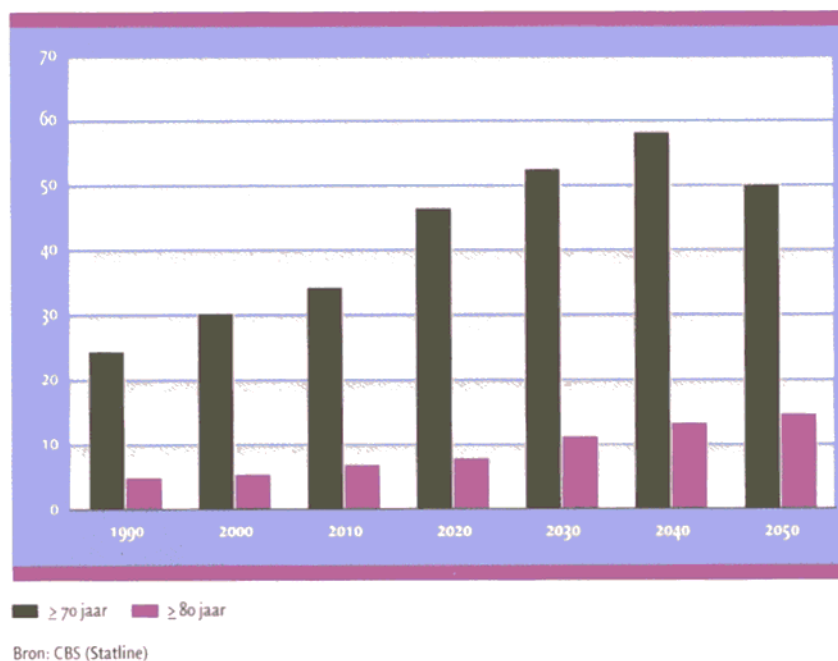
## 2. Demografische ontwikkelingen

### 2.1 Algemeen; toename aantal ouderen

De demografische opbouw van Nederland zal in de komende decennia aanzienlijke wijzigingen ondergaan. In 2010 zal de Nederlandse bevolking uit  $\pm$  16,8 miljoen mensen bestaan. De *baby boom* van na de Tweede Wereldoorlog bereikt vanaf 2010 de leeftijd van 65 jaar. Dit gegeven gekoppeld aan de scherpe daling van het geboortecijfer in de jaren '70 (de zogenaamde *baby bust*) als gevolg van een sterke afname van het aantal kinderen per vrouw en de stijging van de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen kregen, is de belangrijkste reden dat het percentage ouderen in Nederland procentueel en absoluut sterk toeneemt. Nederland telt nu ruim 2 miljoen 65-plussers (een op de zeven personen is 65 jaar of ouder). In 2020 zal dat aantal oplopen naar een op de vijf personen. De top van de vergrijzingsgolf zal zich voordoen tussen 2030 en 2040. In 2035 zal het aantal 65+-ers verdubbeld zijn ten opzichte van de huidige situatie (ruim vier miljoen)

De demografische opbouw van 70-plussers en 80-plussers zal er in de toekomst als volgt uit zien.

Figuur S4 De bevolking van 70+ en van 80+ als percentage van de bevolking van 20-59 jaar



**Figuur 1. De bevolking van 70+ en van 80+ als percentage van de bevolking van 20-59 jaar. Uit: SCP-rapport De kwaliteit van de quataire sector (2002)**

De effecten van migratiepatronen zijn op dit moment nog moeilijk in te schatten. Gelet op de relatief nog steeds grote gezinnen van immigranten zou het relatieve aantal ouderen in de samenleving in de toekomst iets lager kunnen liggen dan tot voor kort werd aangenomen. Ook is er een einde gekomen aan de trend om het krijgen van kinderen uit te stellen.

Per provincie zijn de verschillen in het percentage 65+-ers aanzienlijk. Verwacht wordt dat de provinciale verschillen in de komende jaren grotendeels blijven bestaan.

% 65+	2000	2025
Limburg	14,5	24,43
Noord-Brabant	12,8	22,12
Zeeland	16,4	25,10
Zuid-Holland	13,8	20,00
Noord-Holland	13,5	19,43
Utrecht	12,4	19,99
Flevoland	8,9	19,28
Gelderland	13,6	22,06
Overijssel	13,6	20,74
Drenthe	15,3	24,81
Friesland	14,3	23,69
Groningen	14,5	20,77
Nederland	13,6	21,22

Bron: Maandstatistiek van de bevolking (1999) Eurostat (2025)

**Figuur 2. Percentage 65-plussers per provincie in 2000 en 2025**

## 2.2 Sociaal-demografische trends

In 2020 zal een kwart van de bevolking bestaan uit allochtonen (westers en niet-westers). In 2000 was dat iets minder dan een zesde deel. Het aantal niet-westerse allochtonen stijgt van 1,4 miljoen in 2000 tot 2,6 miljoen in 2020. Daarmee stijgt het aandeel niet-westerse allochtonen in de bevolking van 1,4 miljoen (9%) in 2000 naar 2,6 miljoen (15%) in 2020 (CBS-allochtonenprognose uit 2000). (zie ook paragraaf 8.3.)

Van groot belang voor de thuiszorg is de stijging van het aantal huishoudens in de komende twintig jaar. Het CBS verwacht dat dit aantal in de periode 2000-2020 zal toenemen met een miljoen. Het aantal alleenstaanden neemt toe van 15 naar 18% (CBS-huishoudensprognose uit 2000).

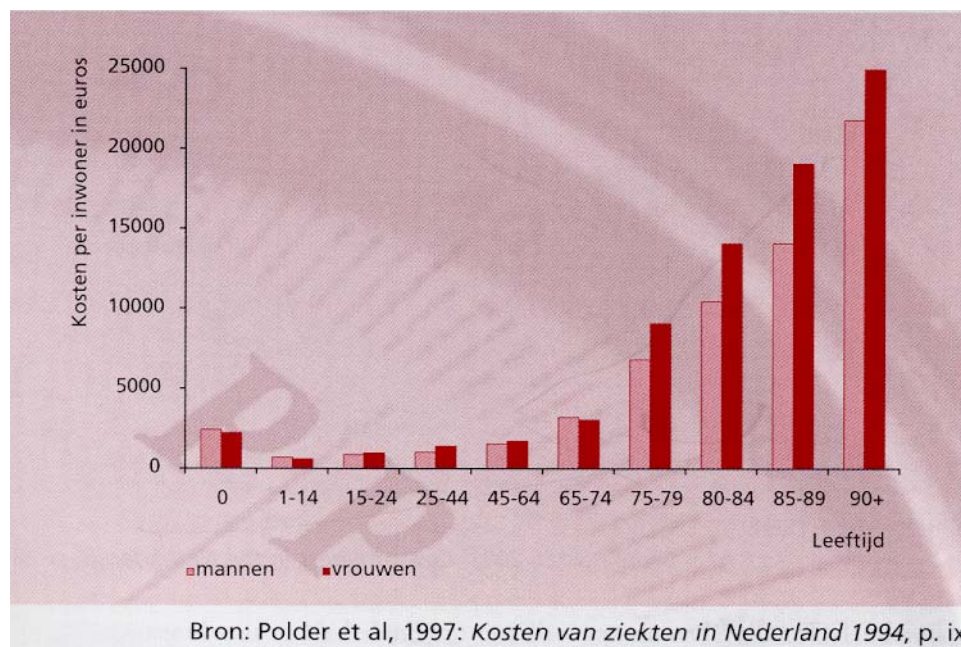
## 2.3 Levensverwachting, gezondheidstoestand en ziektelast

De kernboodschap van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 van het RIVM is, dat we in Nederland steeds langer in goede gezondheid leven (RIVM, 2002). Sinds 1980 is de levensverwachting voor mannen met 3,1 en voor vrouwen met 1,4 jaar toegenomen. Bij de geboorte is de levensverwachting van mannen 75,5 jaar en 80,6 jaar voor vrouwen. Het CBS voorspelt dat ook in de komende 20 jaar de levensverwachting nog zal stijgen. De stijging van de levensverwachting is minder snel dan in de ons omringende landen. Bij vrouwen stagneert de toename in levensverwachting zelfs zodanig, dat Nederland onder het EU-gemiddelde is uitgekomen. Verondersteld wordt dat het rookgedrag hiervan een van de belangrijkste oorzaken is. Het RIVM is van oordeel dat er op basis van de gunstigste sterftcijfers in de EU voor de 14 belangrijkste doodsoorzaken in Nederland nog veel mogelijkheden zijn voor verbetering van de levensverwachting, in de orde van zes jaar voor mannen en vier jaar voor vrouwen. Rond 2000 is het aantal gezonde jaren voor mannen en vrouwen nagenoeg gelijk: gedurende ongeveer 61 jaar ervaart men de gezondheid als goed, ruim 70 jaar brengt men door zonder lichamelijke beperkingen en 68 jaar in goede geestelijke gezondheid. Het aantal ongezonde jaren is voor vrouwen dus aanzienlijk hoger dan voor mannen.

	Mannen	Vrouwen
<b>Bij geboorte:</b>		
Levensverwachting	75,5	80,6
Gezonde levensverwachting		
• levensverwachting in goed ervaren gezondheid	61,3	60,8
• levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen	70,2	70,6
• levensverwachting in goede geestelijke gezondheid	67,4	68,1
<b>65-jarige leeftijd:</b>		
Levensverwachting	15,3	19,2
Gezonde levensverwachting		
• levensverwachting in goed ervaren gezondheid	9,3	9,9
• levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen	12,1	12,8
• levensverwachting in goede geestelijke gezondheid	14,0	16,4

**Figuur 3. (Gezonde) levensverwachting bij mannen en vrouwen (in jaren)**

Opvallend is dat gezondheid ongelijk is verdeeld over de verschillende bevolkingscategorieën. De laagst opgeleide mannen leven 5,0 jaar korter dan de hoogst opgeleide mannen. Bij vrouwen is dat verschil 2,6 jaar. Bovendien zijn mannen en vrouwen met de hoogste opleiding gemiddeld bijna 10 jaar langer vrij van lichamelijke beperkingen. Deze verschillen blijken in de afgelopen jaren niet af te nemen. Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van stagnerende levensverwachting. Vooral onder jongeren zijn de trends in ongezond gedrag ongunstig. Zij kunnen, aldus het RIVM, beschouwd worden als lange termijn-investeringen in gezondheid. Vooral preventie zou het tij moeten keren.



**Figuur 4. De zorgconsumptie per leeftijdscategorie. Uit: *Zorg voor het ziekenhuis, NYFER, 2002.***

Het RIVM verwacht dat door de groei en het ouder worden van de bevolking het aantal ziektegevallen nog aanzienlijk zal toenemen, vooral van chronische aandoeningen. Dit heeft grote gevolgen voor de te verwachten “zorgconsumptie” indien de zorgconsumptie in de verschillende leeftijdscategorieën stabiel zou blijven.

Indien de trend van de afgelopen jaren zich voortzet, zou het totale volume van de gezondheidszorg tot 2006 volgens NYFER jaarlijks met 2,4% moeten toenemen om de zorg op het huidige niveau te handhaven. Hierbij is nog geen rekening gehouden met onderbehandeling, wachttijden, verborgen vraag en capaciteitstekorten. Deze zijn in de care-sector inmiddels aanzienlijk. Volgens Jaarbeeld Zorg 2002 van het ministerie van VWS bedroeg het aantal wachtenden in de sector verpleging en verzorging vorig jaar ruim 74.000. Ook is geen rekening gehouden met nieuwe technologische mogelijkheden, stijgende inkomens en wijzigingen in verzekeringsstructuren. Hetzelfde geldt voor eventuele “besparingen” als gevolg van nieuwe medische technologie en herinrichting van zorgprocessen. In de volgende paragrafen wordt aan deze thema’s aandacht besteed.

## 2.4 Epidemiologische ontwikkelingen

In de vorige paragraaf zijn enkele belangrijke trends rondom levensverwachting en ziektelast gepresenteerd. Om enige aangrijpingspunten te krijgen voor de (thuis)zorg is het ook van belang in kaart te brengen welke ziekten en aandoeningen in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de jaren dat men niet in gezondheid doorbrengt.

Door het RIVM is een demografische projectie gemaakt van ziekten en aandoeningen in de periode 2000 – 2020. In deze projectie is ervan uitgegaan dat de relatieve incidentie- en prevalentiecijfers voor de genoemde aandoeningen in 2020 onveranderd blijven. Van een aantal ziekten is daarbij tevens een projectie gegeven van het aantal “ziektejaarequivalenten” in dezelfde periode. Een ziektejaarequivalent is het voor kwaliteit van leven gecorrigeerde aantal jaren, dat met een bepaalde ziekte wordt doorgebracht in de totale bevolking. Nieuwe geneesmiddelen kunnen de ziektelast in de bevolking reduceren en daarbij de gevolgen van groei en vergrijzing geheel of gedeeltelijk compenseren.

Ziekte	Absolute prevalentie in 2000 (m+v)	Verandering in 2020 t.o.v. 2000 (in %)	Absolute prevalentie in 2020 (m+v)	Ziektejaar-equivalenten in 2000	Ziektejaar-equivalenten in 2020
Diabetes mellitus	414.000	35,7	561.800	54.200	74.400
Hartfalen	136.400	42,5	194.400	16.000	22.700
Beroerte	129.400	43,6	185.800	64.400	91.600
Astma	444.900	6,7	474.200	14.100	14.700
COPD	289.500	39,7	404.400	90.000	133.000
Reumatoïde artritis	132.700	27,1	168.700	45.500	56.000
Kanker	252.000	54,1	388.300		
Dementie	57.500	41,4	81.300		
Depressie	233.100	14,9	267.800		
Visusstoornissen	438.400	46,8	643.600		
Lawaai- en ouderdoms-slechthorendheid	571.600	37,0	783.100		
Coronaire hartziekten	556.600	44,1	802.100		
Osteoporose	64.300	33,4	85.800		
<b>Totaal</b>	<b>3.720.400</b>	<b>35,5</b>	<b>5.041.300</b>		

**Figuur 5: demografische projectie van enkele (aan ouderdom gerelateerde) ziekten en aandoeningen in 2000 en 2020**

De belangrijkste conclusie uit de meest recente VTV-rapportage is, dat coronaire hartziekten, beroerte en longkanker het meest voorkomen. De ziekten waar mensen het meest aan lijden zijn nek- en rugklachten, en gehoor- en angststoornissen. Vooral psychische stoornissen en chronische ziekten zoals COPD leiden tot veel verlies aan kwaliteit van leven. Belangrijkste “stijgers” in incidentie zijn privé-ongevallen, dementie, depressie, COPD en gezichtsstoornissen. De toename van gezondheidsproblematiek is ten dele het gevolg van veranderend ge-



drag. Een voorbeeld hiervan is de incidentie van COPD en longkanker bij vrouwen. De stijgende trend bij privé-ongevallen is waarschijnlijk het gevolg van het feit, dat mensen meer vrije tijd hebben en deze ook steeds actiever besteden. De sterftedaling van belangrijke doodsoorzaken wordt voornamelijk veroorzaakt door verbeterde behandeling.

De stijging van de incidentie van sommige aandoeningen zal een aanzienlijk beslag op zorg veroorzaken. In vele verkenningen is dit beslag op zorg nader uitgewerkt. Illustratief in dit verband is de verwachte stijging van het aantal dementiepatiënten.

#### *Voorbeeld dementie*

*Dementie is een combinatie van symptomen (syndroom), die vooral zeer oude mensen treft. Op basis van een recent adviesrapport van de Gezondheidsraad (Dementie, maart 2002) lijdt één procent van de 65-jarigen aan dementie. Dit percentage loopt op tot 40% bij 90-jarigen. De Gezondheidsraad gaat er vanuit dat de prevalentiecijfers op afzienbare termijn niet zullen veranderen. Dit betekent dat het aantal mensen met dementie, dat nu ruim 175.000 bedraagt, in 2010 zal zijn opgelopen tot ruim 207.000. In 2050 zullen er naar verwachting ruim 400.000 dementiepatiënten zijn.*

*Kenmerkend voor dementiepatiënten is het ontstaan van een situatie waarin zij in toenemende mate afhankelijk worden van familie en professionele zorgverleners. De patiënt verliest het contact met de werkelijkheid en het vermogen om dingen, situaties en mensen te herkennen. Het vermogen om taal te gebruiken en te begrijpen gaat verloren. Er treedt incontinentie op, lopen wordt moeilijker en er treedt een algehele verzwakking op. Mensen kunnen na de diagnose nog vele jaren leven en doen daarbij een groot beslag op zorg.*

*De Gezondheidsraad constateert dat er nog weinig aangrijpingspunten zijn voor preventie. Ook acht de Gezondheidsraad het weinig waarschijnlijk dat er op korte termijn succesvolle antidementiemiddelen op de markt komen.*

*Dit betekent dat alle interventies gericht moeten worden op verbetering van het welbevinden van de cliënt. De kwaliteit en de organisatie voor dementiepatiënten kunnen nog sterk verbeterd worden.*

*De capaciteit van voorzieningen zal nog sterk moeten toenemen. In 2000 was 35% van de patiënten opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Indien dit percentage constant zou blijven, zouden er in 2010 bijna 13.000 plaatsen bij moeten komen. Per jaar zijn dat 1300 plaatsen, overeenkomend met 6 verpleeghuizen. Dit zou ook een aanzienlijke uitbreiding van personeel vergen. Illustratief in dit verband is de verhouding tussen de potentiële beroepsbevolking en het aantal dementerenden. In 2000 stonden tegenover elke dementerende bejaarde nog 63 potentiële werknemers, in 2010 zijn dat er 55 en in 2050 naar het zich nu laat aanzien 27.*

Vergelijkbare berekeningen over de verhouding tussen groeiende aantallen patiënten, benodigde zorgvoorzieningen en benodigde aantallen professionele zorgverleners kunnen gemaakt worden voor de andere ziektecategorieën, zoals die hierboven zijn aangeduid.

Bij een aantal van de genoemde trends dient er rekening mee gehouden te worden dat een stijging of daling van de ziektelast in een aantal gevallen mede moet worden toegeschreven aan veranderingen in diagnostiek en zorgvraag. Dit geldt o.a. voor angststoornissen en depressie. Deze aandoeningen worden beter herkend, de behandelingsmogelijkheden zijn toenomen en nieuwe standaarden zijn geïntroduceerd.

Verwacht wordt dat betere en vroegtijdige diagnostiek een belangrijke impact zal krijgen op de zorgsector. In dit verband wordt wel gesproken over een trend als gevolg waarvan pre-

ventie relatief in belang zou kunnen toenemen ten opzichte van de cure. De gevolgen daarvan voor de care-sector zijn vooralsnog moeilijk te overzien (*zie paragraaf 4*).

### 3. Technologische ontwikkelingen

#### 3.1 Algemeen

Verwacht mag worden dat technologische ontwikkelingen de thuiszorg aanzienlijk zullen veranderen. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende ontwikkelingen:

- Uitbreiding van thuisdiagnosemogelijkheden (controle van allerlei lichaamsfuncties, al dan niet in relatie met telemedicine-toepassingen);
- Uitbreiding van thuisbehandelingsmogelijkheden (bijv. thuisdialyse, intraveneuze voedingssystemen, nieuwe vormen van zelfmedicatie);
- Toepassing van nieuwe technologieën die gebruikt kunnen worden bij ondersteuning van het dagelijks functioneren (domotica, monitoring, geavanceerde medische hulpmiddelen);
- Informatietechnologie in combinatie met telemedicine-toepassingen.

Het is onmogelijk binnen het kader van deze trendsurvey een uitvoerig overzicht te geven van de ontwikkelingen die hierboven kort zijn getypeerd. In het onderstaande overzicht worden een aantal illustratieve voorbeelden genoemd.

#### 3.2 (Zelf)diagnose thuis

In ontwikkeling zijn een aantal diagnostische kits waarbij de cliënt/patiënt zelf bepaalde diagnoses kan stellen. Daarnaast is geautomatiseerde, al dan niet geminiaturiseerde diagnostische apparatuur in ontwikkeling, waarvan nu een deel exclusief in het ziekenhuis beschikbaar is. Eind 20<sup>ste</sup> eeuw waren de thermometer en de zwangerschapstest feitelijk de enige methoden voor zelfdiagnose. In 2020 zal dit arsenaal aanzienlijk zijn uitgebreid. Voorbeelden hiervan zijn de recent geïntroduceerde bloeddrukmeters, bewegingsmeters etc.



**Figuur 6. Bloeddrukmeter**



**Figuur 7. Bewegingsmeter**

*Dit apparaatje geeft exact aan hoeveel men gedurende de dag beweegt.*



**Figuur 8. Met de Health Buddy staan patiënten met chronische aandoeningen direct in contact met hun behandelend arts of gespecialiseerde verpleegkundige.**

Verder kan gedacht worden aan apparatuur voor echografie, controle van oren en ogen, electrocardiograaf, 'lab on chip'-diagnostiek en 'hospital on the wrist'.

Verwacht mag worden dat (gespecialiseerde) thuiszorgwerkers van het bestaan van deze apparatuur op de hoogte zijn en voor zover mogelijk kunnen assisteren bij het gebruik ervan.

### **3.3 Toepassingen voor zelfbehandeling/zelfmanagement**

Met name voor een aantal chronische ziekten kunnen de thuisbehandelingsmogelijkheden aanzienlijk worden verruimd. Illustratief is in dit verband de behandeling van suikerziekte. Tot voor kort was hiervoor nog veel hulp nodig van een professional. Bloedsuikerspiegels kunnen nu via simpele apparatuur zelf door de patiënt worden bepaald. Een koppeling met een automatische injectie bij afwijkingen is mogelijk. In ontwikkeling zijn implanteerbare insulinepompen. Ook thuisdialyse is enige jaren geleden mogelijk geworden. Denkbaar is dat ook chemotherapie in een thuissituatie mogelijk zal worden. Sondevoeding, die tot voor kort gebonden was aan een intramurale setting, wordt thans ook in thuissituaties toegepast. Hetzelfde geldt voor beademingsapparatuur.

### **3.4 Robotica, domotica en nieuwe medische hulpmiddelen**

Een breed arsenaal van nieuwe hulpmiddelen is in ontwikkeling om ondersteuning te bieden aan mensen die als gevolg van functieverlies beperkingen ervaren. Verwacht wordt, dat robots, apparaten die taken uitvoeren die "normaal" toegeschreven worden aan mensen of die bijna met menselijke intelligentie taken uitvoeren, kunnen worden ingezet bij diverse huishoudelijke taken. Domotica zullen meer dan tot nu toe worden ingezet in huishoudens waarin personen met lichamelijke beperkingen voorkomen. Hierbij kan gedacht worden aan op afstand bedienbare deursloten, gordijnen, huishoudelijke apparatuur, kranen etc. Verwacht mag worden dat thuiszorgmedewerkers met dit soort toepassingen op de hoogte zijn, daarover in meer algemene zin kunnen adviseren en wellicht ook lichte storingen kunnen verhelpen.

### **3.5 Telemedicine-toepassingen**

Van telemedicine zijn verschillende definities in omloop. Voor een eenvoudige omschrijving sluiten wij aan bij de omschrijving in de publicatie "De Telemedicine Monitor 2000-2002" van Health Management Forum en EPN. Telemedicine wordt daarin omschreven als "het op afstand toepassen van zorgdiensten met gebruikmaking van informatie- en communicatietechnologie, gericht op het primaire zorgproces". Bij telemedicine kan een onderscheid gemaakt worden naar functies en toepassingsgebieden.

Funcities:	Teleconsultatie	Telediagnostiek	Teletriage	Telescreening	Telebehandeling	Telemonitoring	Telecare	Telemetrie	Teeleren	...	...
<b>Toepassingsgebieden:</b>											
Telecardiologie											
Telechirurgie											
Teledermatologie											
Teledermoscopie											
Telegenetics											
Telemammografie											
Teleneurologie											
Telepediatrie											
Telepsychiatrie											
Teleradiologie											
...											
...											

**Figuur 9. Onderscheid telemedicine naar functie en toepassingsgebied. Uit: De Telemedicine Monitor 2000-2002, HMF/EPN 2002**

Op een groot aantal terreinen worden de mogelijkheden voor telemedicine-toepassingen onderzocht. Verwacht wordt dat telemedicine-toepassingen echt goed van de grond komen als aan een aantal voorwaarden is voldaan. Eén van de belangrijkste is dat zorgverleners onderling gemakkelijk patiëntengegevens kunnen uitwisselen. In “De Telemedicine Monitor 2000-2002” worden de patiëntengroepen aangegeven waarbij telemedicine kan worden toegepast. Vooral voor chronische patiënten, die thuis ‘gemonitord’ kunnen worden, hebben verschillende toepassingen een grote kans van slagen. Ondersteuning kan bijvoorbeeld worden geboden bij diabetes type II, COPD, cardiovasculaire aandoeningen, overgewicht, depressie, nierziekten (bijv. bij thuisdialyse) en huidafwijkingen. Daarnaast kan gedacht worden aan toepassingen in de chirurgie, bij diagnosestelling (bijv. collegiale consultaties) en ‘*problem checking*’ (teletriage) (vaak in combinatie met een *call-center*).

Bij al deze aandoeningen is een zorgvuldige procesanalyse noodzakelijk. Teleradiologie en telecardiologie zijn kansrijke toepassingsgebieden. Verder wordt gedacht aan de toepassing van interactieve video, bijvoorbeeld binnen de geestelijke gezondheidszorg. De thuiszorg is een sector waar met telemedicine, zowel in termen van kwaliteit als doelmatigheid, veel winst valt te behalen.

Het vertrekpunt van telemedicine-toepassingen ligt meestal in het ziekenhuis. De behandeling wordt verlegd naar elders waarbij de fysieke aanwezigheid van een hulpverlener niet per se noodzakelijk is. Wanneer de patiënt verder thuis wordt behandeld, is dat het terrein van de eerste lijn. Op den duur zou de eerste lijn het “digitale estafettestokje” over kunnen nemen. Nu reeds zijn er voorbeelden die het mogelijk maken, dat patiënten met behulp van technische oplossingen thuis “gemonitord” worden, waarbij men bepaalde gegevens over de eigen gezondheidssituatie doorstuurt naar een centrale plaats. De patiënt is zelf de verzamelaar van zijn (vitale) gegevens en stuurt deze direct of via het ‘*store-and-forward*’-principe door (gegevens worden lokaal opgeslagen en op bepaalde al of niet vastgestelde tijden verzonden naar een centrale plaats). Ook binnen de thuiszorg kunnen patiënten met deze monitortechnieken worden ondersteund, waardoor verpleegkundigen of verzorgenden minder vaak een bezoek hoeven af te leggen.

Telecare-toepassingen komen meestal voor in relatie met alarmcentrales. Toepassingen in dit verband zijn automatische valdetectie, lifestyle-monitoring (wanneer iemand bijvoorbeeld te lang in een stoel zit), gasdetectie, rook- of vuurdetectie, medicatiecontrole, monitoring van fysieke variabelen (meer bedoeld als preventie dan als behandeling), kamertemperatuuranalyse en eventuele waarschuwing zoals intelligente inbraakalarmering. Sommige van deze toepassingen (domotica) zijn in toenemende mate standaard in nieuwe seniorenwoningen ingebouwd.

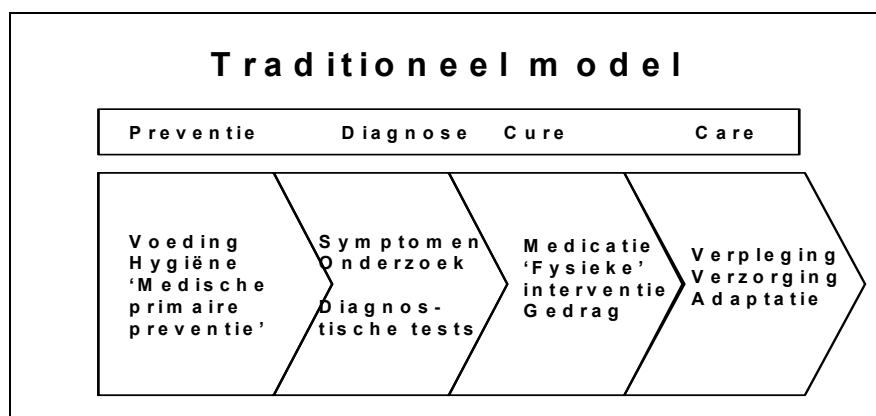
De toepassing van telemedicine-technologie zal vooral afhangen van de ontwikkeling van een passende ICT-infrastructuur, ondernemerschap in de zorgsector en de financiële vergoedingssystemen die daarbij passen.

## 4. Trends in preventie, cure en care

### 4.1 Preventie

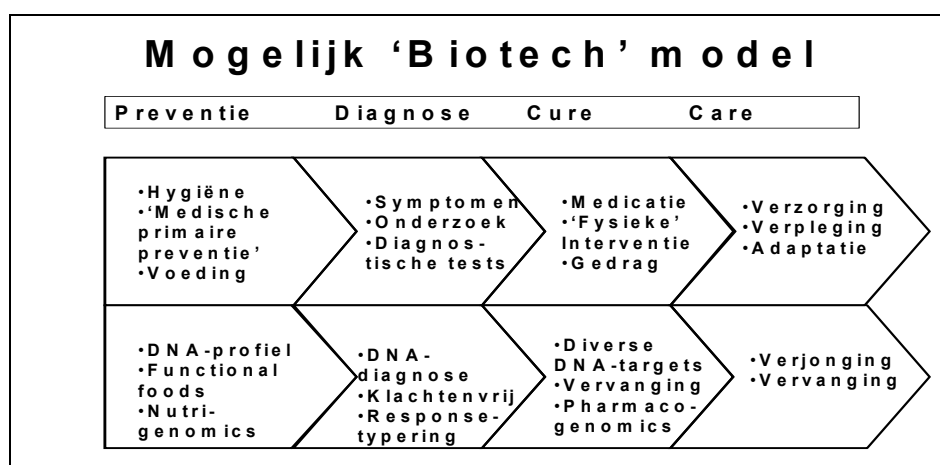
Preventie, cure en care kunnen ruwweg als opeenvolgende stadia in een ziekteproces worden gezien. Van belang blijft het onderscheid tussen collectieve en individuele preventie. Veel preventie is tot op heden ingebed in het zorgsysteem in collectieve zin (bijv. borstkankerscreening) of individueel in leefstijladviezen. Voor de thuiszorg zou de individuele preventie belangrijker kunnen worden, zeker wanneer er meer financiële prikkels worden ingebouwd in het gezondheidszorgsysteem. De traditionele scheidslijnen tussen preventie, cure en care zullen minder worden, mede door de druk om te komen tot ketenzorg, managed care en disease management programma's voor specifieke patiëntencategorieën. De verdere ontwikkeling van preventie- en zorgprotocollen zou deze trend kunnen ondersteunen.

Het traditionele model van de zorg kan als volgt worden weergegeven:



**Figuur 10. Traditioneel model van de zorg. Uit: Schetsen en etsen, STG 2002.**

Het is niet ondenkbaar, dat deze traditionele fasen op den duur door ontwikkelingen op het terrein van de biotechnologie op een radicaal andere wijze zullen worden ingevuld. Het op de vorderingen binnen de biotechnologie gebaseerde model zou er dan als volgt uit kunnen komen te zien.



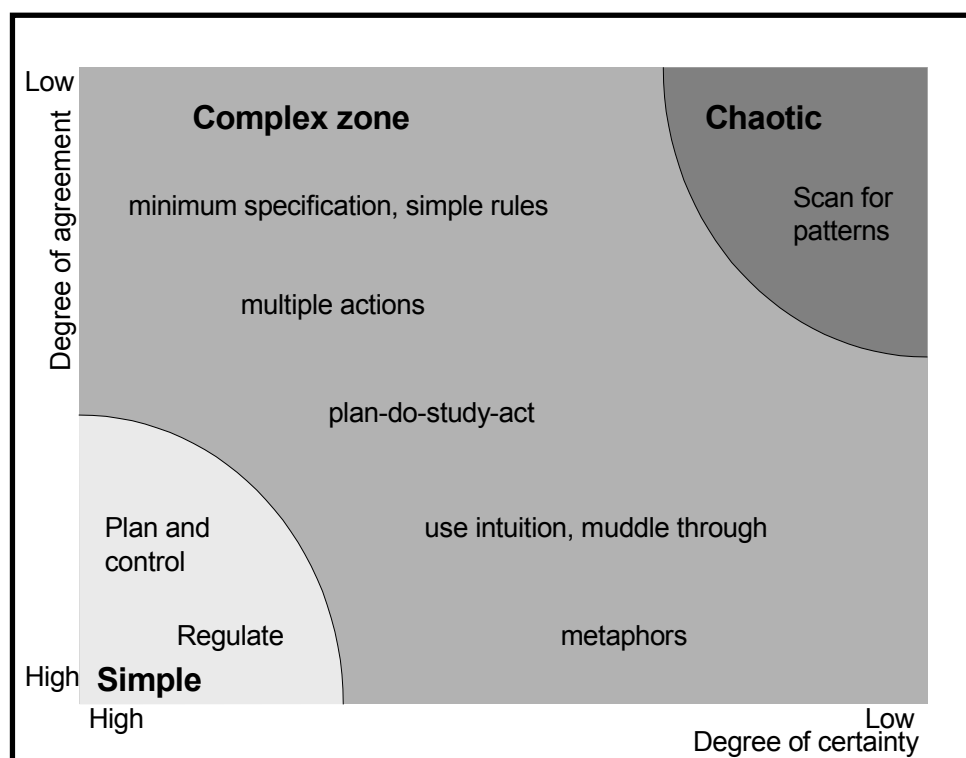
**Figuur 11. Mogelijk 'Biotech'-model van de zorg. Uit: Schetsen en etsen, STG 2002.**

Verondersteld wordt hierbij, dat er veel meer kennis zal ontstaan over de oorzaken van ziekten. De vraag is of deze kennis zal leiden tot meer actie of “slechts” tot wetenschap. Denkbaar is dat steeds meer vroegdiagnostiek gebruikt wordt ter voorkoming van ziekten, door gerichte voedingspatronen, ‘*functional foods*’ en het preventief slikken van medicijnen. Voor deze vroegdiagnostiek zou in de toekomst een beroep op de thuiszorg kunnen worden gedaan, met name voor wat betreft de voorlichting over de mogelijkheden op dit terrein. Ook is denkbaar dat op een groot aantal terreinen ‘*disease managers*’ ontstaan (vgl. de huidige diabetesverpleegkundigen), die mogelijk organisatorisch zijn opgenomen in thuiszorgorganisaties. Deze disease managers zullen goed op de hoogte (moeten) zijn van de nieuwste technologische ontwikkelingen.

Door de verschuiving van aanbod- naar vraagsturing zullen bij preventieve gezondheidszorg de patiënten/consumenten centraler komen te staan. Verwacht mag worden, dat meer nog dan in het verleden de beoogde resultaten van preventie beschreven zullen worden en de uitkomsten zichtbaar worden gemaakt.

#### 4.2 Cure

Verwacht wordt dat de mogelijkheden voor het behandelen van bepaalde ziekten en aandoeningen en handicaps nog sterk zullen toenemen. Een belangrijke trend daarbij is dat patiënten/cliënten sneller en beter geïnformeerd zijn over de mogelijkheden van nieuwe behandelingen, over de effectiviteit van bepaalde ingrepen en over de organisaties en professionals bij wie de meeste kans op succes bestaat.



**Figuur 12. Verhouding tussen standaardisatie en complexiteit van de zorg binnen een cure-instelling. Uit: Ziekenhuiszorg in 2015, STG 2002**



Een andere trend is de standaardisatie van relatief weinig complexe ingrepen. Dit type zorg zal steeds meer routinematig, planbaar en controleerbaar worden geleverd. Deze trend wordt ondersteund door het gedrag van overheden en zorgverzekeraars, die hiermee greep willen krijgen op de kwaliteit en de (collectieve) uitgaven aan zorg. Tegelijkertijd wordt de zorg aan een aantal patiënten steeds complexer. Men moet hierbij met name denken aan oudere patiënten, bij voorbeeld een dame van 80 jaar die lijdt aan suikerziekte, COPD, overgewicht en psychiatrische problematiek en die zojuist na een derde ziekenhuisopname weer thuis in zorg moet worden genomen. Beide ontwikkelingen, meer standaardisatie en tegelijkertijd ook een toenemende complexiteit van zorgsituaties, worden in figuur 11 in beeld gebracht. Denkbaar is dat de minder complexe, meer voorspelbare zorg op termijn door zorgverleners met een ander opleidings- en beroepsprofiel worden uitgevoerd (zie paragraaf 5).

Verwacht mag worden dat de trend om zoveel mogelijk in een thuissetting gediagnosticeerd en behandeld te worden, zich zal doorzetten. Het streven naar een goede organisatie van de 'transmurale' zorg is daarvan een uiting. Er zullen informatieve 'zenuwcentra' voor de zorg ontstaan. Deze zullen gelokaliseerd worden in een ziekenhuis, bij een thuiszorgorganisatie of een voorziening voor geïntegreerde eerstelijnszorg. Om in een marktgerichte cultuur kwalitatief goede zorg te kunnen leveren, zullen deze centra niet alleen (moeten) beschikken over veel informatie, ook moeten zij over deze informatie op een passende wijze kunnen communiceren met de klant/patiënt. Hoewel het directe, persoonlijke contact een noodzakelijke voorwaarde blijft voor goede zorg, zullen delen van de informatiestromen ook op andere manieren worden verzorgd. Het Institute of Medicine heeft in het rapport '*Crossing the Quality Chasm*' (2001) als één van de sleutelvoorwaarden voor 'de nieuwe zorg' geformuleerd: '*Care based on continuous healing relationships*'.

#### **Care based on continuous healing relationships**

Patients should receive care whenever they need it and in many forms, not just face-to-face visits. This rule implies that the healthcare system should be responsive at all times (24 hours a day, every day) and that access to care should be provided over the Internet, by telephone, and by other means in addition to face-to-face visits.

Uit: *Crossing the Quality Chasm*. Institute of Medicine (2001), p. 61

### **4.3 Care**

Een aantal ontwikkelingen die bij de cure zijn aangeduid, gaan ook op voor de care. Een dominante kracht die de care-sector beïnvloedt, is het ontstaan van een kritische, mondige groep van ouderen die hoge kwaliteitseisen stelt aan care-voorzieningen. Hun inkomen (vermogen) is relatief hoog. Verwacht wordt dat deze groep in een meer marktgeoriënteerd systeem in staat zal zijn al dan niet door tussenkomst van verzekeraars kwalitatief goede zorg in te kopen.

Dit heeft grote gevolgen voor de oudere bevolkingsgroepen met vaak ook een laag inkomen, die hiertoe niet in staat zijn en die aangewezen blijven op collectief gefinancierde voorzieningen. Verwacht wordt dat er daardoor een grote (politieke) opwaartse druk zal ontstaan om het kwaliteitsniveau van alle care-voorzieningen inclusief de thuiszorg te verhogen.

Evenals in de cure-sector zal in een meer marktgeoriënteerde omgeving de druk op innovatie van zorgdiensten aanzienlijk toenemen. Het zal daarbij wat betreft de thuiszorg vooral gaan om het verlenen van alle mogelijke vormen van zorg in comfortabele woningen, waarin fysieke en sociale veiligheid voor ouderen centraal staat. De meeste van deze woningen zul-

len een goede technologische infrastructuur hebben, die garandeert dat er 24-uurszorg bereikbaar is en die borg staat voor toezicht en veiligheid.

De zorg zal worden aangevuld met verschillende vormen van dienstverlening die van huis uit kunnen worden geregeld. Thuiszorginstellingen zullen naast vragen over traditionele hulpmiddelen geconfronteerd worden met vragen over de beschikbaarheid en vergoedingsmogelijkheid van een veelheid aan meer geavanceerde hulpmiddelen. De behoefte aan ondersteuning bij het gebruik van deze middelen zal naar aller waarschijnlijkheid sterk toenemen.

Care en preventie zouden meer naar elkaar toe kunnen groeien indien met name thuiszorginstellingen in staat zouden zijn een substantiële bijdrage te leveren aan “gezond ouder worden”. Dit zou o.a. tot uiting kunnen komen in het regelen van niet-traditionele thuiszorgdiensten (vervoer, gemaksdiensten, thuiszorgdiensten tijdens vakanties etc.). Het aangaan van verbindingen met buitenlandse zorgaanbieders en/of het zelf opzetten van diensten ligt daarbij in de rede.

#### **4.4 Informele zorg, mantelzorg, vrijwilligerszorg**

Veel zorg wordt verleend door mensen, die daar niet of nauwelijks voor worden betaald. Zij worden aangeduid als vrijwilligers, mantelzorgers, informele zorgverleners. In de notitie “Mantelzorgondersteuning” (VWS, 2001) wordt aangegeven dat in Nederland  $\pm$  1 miljoen mensen mantelzorg verlenen. Door deze groep worden ruim 4 maal zoveel mensen geholpen dan door de professionele zorginstellingen. Circa 40% van de mantelzorgverleners is 60 jaar of ouder. 20% is zelfs ouder dan 70 jaar. Er is een trend dat een steeds groter deel van de mantelzorg door steeds oudere mensen wordt geboden. Onderzoek wijst uit dat 36% van deze personen zich ook zelf niet volledig gezond voelt. Trendstudies naar de mogelijke ontwikkelingen in mantelzorg, informele zorg en vrijwilligerswerk zijn schaars. In de studie van de RMO, “Alert op vrijwilligers” (RMO, 2000) zijn geen kwantitatieve gegevens opgenomen. In het SCP-rapport “Vrij om te zorgen” (SCP, 2001) wordt aangegeven dat de omvang van de informele zorg ongeveer gelijk zal blijven. Het SCP verwacht geen negatief effect van demografische factoren (leeftijd, samenstelling huishoudens, sociale netwerken) op de omvang van de mantelzorg. Het NIZW verwacht dat vanuit het sociale netwerk er minder hulp verstrekt zal worden doordat vrouwen (nog) meer gaan werken en doordat de fysieke afstand tussen ouders en kinderen verder toeneemt (NIZW, Toekomstverkenning mantelzorg, 2000). Daar staat tegenover dat ouders in mindere mate afhankelijk willen zijn van hun kinderen. Door de groei van de bevolking zal naar het oordeel van het NIZW het aanbod min of meer gelijk blijven. Ook de WRR verwacht dat er geen sprake zal zijn van een verdringing van zorg door arbeid (WRR, Doorgroei van arbeidsparticipatie, 2000). De afname van de beschikbare uren voor mantelzorg per hoofd van de bevolking zal gecompenseerd worden door de groei van de bevolking. In een recent advies van de SCP over de mantelzorg (SCP, 2003) wordt geconstateerd dat bij mantelzorgers een grote behoefte bestaat aan de inzet van de reguliere thuiszorg. Ruim 25% van degenen die nu iemand verzorgen, vinden dat er wel thuiszorg nodig is, terwijl zij dit nu niet ontvangen. Hierbij wordt aangegeven dat er (gemiddeld) 12 uur thuiszorg noodzakelijk is. Als er al thuiszorg is, vindt meer dan 40% dit onvoldoende. Deze categorie mantelzorgers wil acht uur extra hulp per week. Als aan deze eisen voldaan zou worden, zou het jaarcijfer in de thuiszorg met 60% moeten stijgen. Voor een vooruitberekening zouden deze cijfers gerelateerd kunnen worden aan de cijfers over de demografische ontwikkeling zoals geschetst in *paragraaf 2.1*.

## 5. Beroepskrachtenvoorziening

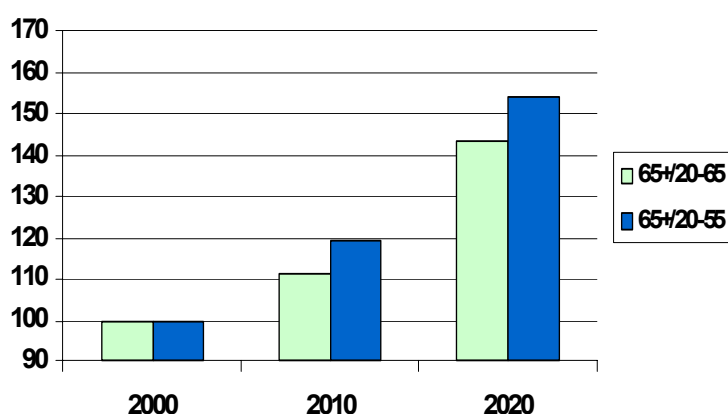
### 5.1 Algemeen; feiten, trends en ramingen over vraag en aanbod beroepskrachten

Er zijn vele verkenningen uitgevoerd naar de toekomst van de beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg o.a. door het Capaciteitsorgaan, NIVEL, Prismant, OSA en STG. Afhankelijk van de wijze van telling zijn er tussen 875.000 en 900.000 mensen werkzaam in verschillende functies en beroepen in de gezondheidszorg (STG, 2002). Volgens het Jaarbeeld Zorg 2002 (VWS) waren er in 2002 1.053.000 banen in de sector Zorg & Welzijn. Circa 45% is werkzaam in de verplegende en verzorgende beroepen. De beroepsgroep artsen is met circa 37.000 (5,5%) beduidend kleiner.

Door een combinatie van factoren zal de vraag naar beroepskrachten in de toekomst nog aanzienlijk toenemen. Een ruwe schatting in 2002 wees uit dat in de komende 10 jaar de vraag naar arbeidskrachten nog met  $\pm$  300.000 personen zal toenemen (STG, 2002).

Op zich hoeft een stijgende zorgvraag geen probleem te zijn als er voldoende zorgpersoneel beschikbaar is om hieraan te voldoen. Doordat de beroepsbevolking eveneens aan het verouderen is, zal de spanning tussen de vraag naar en het aanbod van personeel in komende jaren oplopen. Deze spanning kan tot uiting worden gebracht in de "afhankelijkheidsratio". Hieronder wordt verstaan: het aantal 65<sup>+</sup>-ers gedeeld door het aantal personen in de werkzame leeftijd. Hoe groter deze ratio is, hoe moeilijker het wordt om – bij gelijkblijvende arbeidsverhoudingen – personeel voor de zorg van ouderen te vinden (zie ook par. 2.4: Voorbeeld dementie).

Onderstaande figuur laat zien dat de afhankelijkheidsratio in 2010 met 20% zal toenemen als de Nederlandse beroepsbevolking gemiddeld tot het 55<sup>e</sup> levensjaar blijft doorwerken. In 2020 loopt dit percentage op met meer dan 55%. Als men gemiddeld tot het 65<sup>e</sup> levensjaar blijft doorwerken, zullen deze effecten minder groot zijn. Desondanks zal dit ook dan tot grote problemen in de beschikbaarheid van personeel aanleiding geven.



Bron: Branger, P., Vries, Th. de. Zorg om zorg voor ouderen, 11 mei 2001

**Figuur 13. Schatting afhankelijkheidsratio's periode 2000 – 2020 (2000 = 100)**

De vergrijzing onder verpleegkundigen en verzorgenden zal zich in de komende jaren blijven voortzetten. De gemiddelde leeftijd onder deze beroepsgroepen neemt toe van 36,0 (2000)

via 37,5 (2005) naar 37,9 (2010). Ook het aandeel 50<sup>+</sup>-ers neemt drastisch toe: van nog geen 10% in 2000 tot ruim 18% in 2010. Gemeten naar het aandeel werk dat 50<sup>+</sup>-ers gemeeten in fte's voor hun rekening nemen, stijgt hun aandeel van 9,5% naar 17% in 2010. Dit houdt in dat in 2010 één op de vijf verpleegkundigen en verzorgenden ouder zal zijn dan 50 jaar.

Ter illustratie van de toename van het zorggebruik wordt in figuur 13 een vergelijking weergegeven van de relatieve groei van de sectoren zorg, onderwijs en openbaar vervoer.

	1990	2000	2010	2020	2030
Zorg	100	112	122	133	148
Onderwijs	100	106	111	109	108
Openbaar vervoer	100	120	125	129	131

**Figuur 14. Gebruik van zorg, onderwijs en openbaar vervoer op grond van demografische ontwikkelingen, 1990-2030 (indexcijfer 1990 = 100). Uit: Sociaal Cultureel Rapport 2002.**

De groei van de arbeidsmarkt zal na 2010 geleidelijk afnemen tot een niveau 40.000 per jaar. Tot die tijd kan nog gerekend worden op een groei van 75.000 per jaar.

	1995-2010	2010-2020
<b>Demografie</b>	-90.000	-190.000
groei bevolkingsomvang		+400.000
veroudering		-410.000
allochtonen (lagere part)		-80.000
<b>Opleiding</b>	+100.000	+20.000
hoger opleidingsniveau		+200.000
langer studeren		-100.000
<b>Participatie</b>	+1.000.000	+580.000
vrouwen		+800.000
mannen		+300.000
<b>Totaal</b>	+1.100.000 (= 75.000 per jaar)	+410.000 (= 40.000 per jaar)

**Figuur 15. Ontwikkeling arbeidsaanbod. Uit: Doorgroei van arbeidsparticipatie, WRR 2000.**

Het demografisch effect valt uiteen in drie componenten:

Het arbeidsaanbod neemt toe door de groei van de bevolking in de beroepsgeschikte leeftijd. De beroepsbevolking daalt door effecten van veroudering (ziekte, pensionering, etc.) Het aandeel allochtonen onder de bevolking groeit, maar daardoor daalt ook het gemiddelde arbeidsaanbod, omdat allochtonen (vooral snog) een lagere participatiegraad kennen.

Gemeten aan de verwachte groei van het arbeidsaanbod groeide de collectieve sector afgelopen jaren hard. Tussen 1997 en 2000 groeide het aantal banen in de collectieve sector met 2,1% ofwel 155.000 personen (de marktsector groeide met 411.000 banen), waarvan 113.000 in de zorgsector. Dat is gemiddeld een toename van 40.000 per jaar. Opvallend is de trend van uitbreiding van de gemiddelde arbeidsduur in de thuiszorg. Het aandeel van werknemers dat tussen 24-34 uur per week werkt, neemt relatief sterk toe. Het verloop in de thuiszorg ligt boven het landelijk gemiddelde (11,2% in 2000). Ondanks de teruglopende economie stijgt de vacaturegraad en moeilijk vervulbare vacatures in de zorg nog licht. Op-

vallend is dat in thuiszorgorganisaties ten opzichte van andere zorgorganisaties het kleinste aantal allochtone werkers in dienst is. Naast de bovengenoemde kwantitatieve trends zijn er ook veel kwalitatieve ontwikkelingen in de beroepsuitoefening.

In veel studies wordt betwijfeld of de arbeidsmarkt in de toenemende zorgvraag kan voorzien, mede gelet op het reeds relatief hoge percentage parttime werkende vrouwen, de veroudering van het personeelsbestand en de tot voor kort overspannen arbeidsmarkt. Het aandeel 50+-ers steeg met 7%. Vooral in de thuiszorg is de oudere werknemer relatief sterk vertegenwoordigd. (Bron: Trendrapport “Vraag naar arbeid in zorg en welzijn 2002”)

De vraag naar arbeid wordt ook vergroot, omdat de behoefte aan gezondheidszorg en persoonlijke dienstverlening toeneemt. De dienstverlenende sectoren kennen een relatief lagere productiviteitsgroei vanwege de arbeidsintensiteit (Wet van Baumol). Door de vergrijzing in de zorgsector wordt de productiviteitsgroei verder afgeremd.

## 5.2 Trends in de beroepsuitoefening

In het kader van deze trendsurvey wordt onder deze noemer een globaal overzicht gegeven van ontwikkelingen met betrekking tot taakdifferentiatie, taaksubstitutie en het doorbreken van beroepsdomeinen.

Er is een beweging gaande in de richting van meer generalistische functies binnen de medische disciplines en in de richting van (nieuwe) functies op de overgang tussen medische en verpleegkundige disciplines. Er ontstaan nieuwe (brug)functies tussen cure en care en niet-medische functies met bevoegdheden voor enkele traditioneel medische of voorbehouden handelingen. ‘Nurse practitioners’ gaan bijvoorbeeld optreden als case-managers voor verbetering van de continuïteit van zorg.

### Typologie functiedifferentiatie:

(Uit: CVZ-rapport “Inventarisatie van functiedifferentiatie”, 2002)

#### **C: Functies op de grens van medisch en (meestal) verpleegkundig handelen**

*Het gaat om integratie van een deel van het medisch handelen en het handelen van een andere beroepsgroep in de zorg. Verpleegkundige of paramedische taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden blijven behouden, maar er komen medische taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij.*

**C I** Brugfunctie tussen care en cure, of tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg, zoals nurse practitioner en zorgmanagersfunctie.

**C II** Smallere functies met enkele medische taken, zoals doktersassistente met enkele medische bekwaaamheden.

#### **D: Meer gespecialiseerde functies binnen de verpleegkunde**

*Een functie gericht op een deskundigheidsdomein, al dan niet voor bepaalde patiënten (horizontale functiedifferentiatie).*

**D I** Specialisatie in een domein van directe patiëntenzorg, zoals gespecialiseerd verpleegkundige of telemetrieverpleegkundige.

**D II** Gespecialiseerd in coördinatie en/of communicatie op bepaald terrein, zoals liaisonverpleegkundige en transferverpleegkundige.

**D III** Gespecialiseerd in uitvoering onderzoek, zoals researchverpleegkundige.

**D IV** Gespecialiseerd in consultatie verpleegkundige staf op een deskundigheidsdomein, zoals verpleegkundig consulent en technologieverpleegkundige.

#### **DE: Hogere functies op de grens van verpleeg- en staforganisatie**

*Functies waardoor specialisatie ontstaat richting advisering, onderzoek, onderwijs en/of innovatie. Een deel van de verpleegkundige taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden blijft behouden en daar komen niet-medische taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij. Men heeft een hogere hiërarchische positie of deskundigheidsniveau dan de verpleegkundige.*

**DE I** Gespecialiseerd in zowel directe zorg, als advisering, onderzoek, onderwijs en innovatie voor een patiëntendomein, de verpleegkundig specialist

<b>DE II</b>	Adviserend-coördinerend op de beroepsgroep of op de interne organisatie gericht, zoals verpleegkundig innovator
<b>DE III</b>	Adviserend-coördinerend op de patiënt gericht, zoals zorgcoördinator (transmuraal)
<b>E:</b>	<b>Verticale differentiatie binnen de verpleegkunde</b>
	<i>Het onderscheiden van deskundigheids- en/of leidinggevende niveaus binnen de verpleegkunde</i>
<b>E I</b>	Lagere deskundigheid, een aanloopfunctie zoals traineeverpleegkundige
<b>E II</b>	Hoger deskundigheidsniveau, zoals seniorverpleegkundige
<b>E III</b>	Leidinggevend niveau, zoals regieverpleegkundige en zorgcoördinator (lees: coach)
<b>F:</b>	<b>Assisterende functies binnen de verpleegorganisatie</b>
	<i>Dit is ook verticale differentiatie, maar om een assisterende functie te creëren die bestaat uit taken die worden afgesplitst van de verpleegkundige discipline in het ziekenhuis. Als deze functie zich niet op de lichamelijke verzorging van de gehele patiënt richt, maar op een deelgebied is er ook sprake van horizontale differentiatie (F II).</i>
<b>F I</b>	Generalistisch assisterend op kwalificatieniveau 2, zoals polikliniekassistent
<b>F II</b>	Specialistisch assisterend, zoals medewerker patiëntenvervoer en voedingsassistent
<b>F III</b>	Generalistisch assisterend op kwalificatieniveau 3, zoals verzorgende IG.

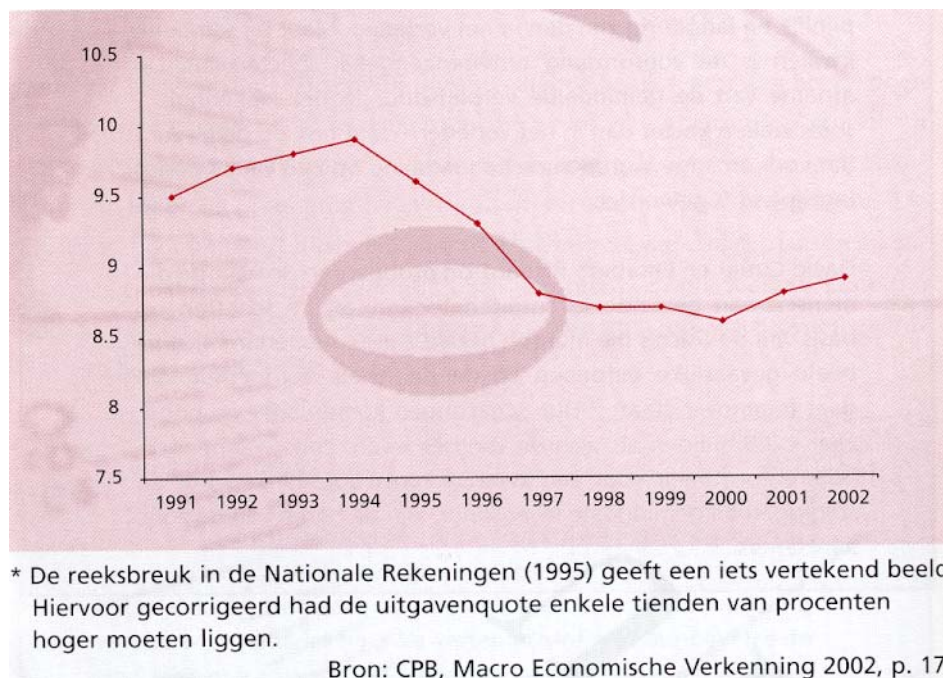
Onzeker is de mate waarin en de wijze waarop de hierboven geschetste mogelijkheden voor functiedifferentiatie en –substitutie zullen worden ingevuld. Er zijn inmiddels vele rapportages over dit onderwerp verschenen. Er lijkt een zekere overeenstemming te ontstaan over de noodzaak om eenvoudige en routinematige handelingen, met name van artsen, over te dragen aan paramedici en verpleegkundigen. O.a. door de STG in het rapport “Beroep op flexibiliteit – Een toekomstverkenning voor de beroepskrachtenvoorziening in de zorgsector” (STG 2002) is erop gewezen, dat onnodige domeinafscherming moet worden voorkomen. Er ontstaat een meer kritische houding van VWS en OC&W ten aanzien van een verdere aanscherping van (wettelijke) kwaliteits- en opleidingseisen van zorgberoepen.

## 6. Financieel-economische trends

### 6.1 Algemeen

Met het onderkennen van trends in financieel-economische ontwikkelingen moet de nodige terughoudendheid worden betracht. In vele recente analyses van ontwikkeling van de Nederlandse economie wordt uitgegaan van een beperkte groei van het BNP in de orde van 1-2% op jaarbasis (CPB, 2002). Het nieuwe kabinet heeft zich tot doel gesteld het aandeel van de collectieve uitgaven aan zorg te beheersen door een versobering van het basispakket en een toename van eigen bijdragen.

De zorg wordt tot op heden voor het overgrote deel collectief gefinancierd. In 2002 bedroeg dit percentage  $\pm 9\%$  van het BNP. Dit percentage is in de jaren 1994-1997 gedaald en recent weer enigszins gestegen.



**Figuur 16. Uitgaven aan zorg in Nederland als percentage van BNP. Uit: Zorg voor ziekenhuis, NYFER 2002.**

De stijgingen en dalingen worden voor een deel bepaald door beslissingen over het basispakket. Zo werd bijvoorbeeld in 1995 de tandheelkundige zorg voor volwassenen uit het Ziekenfondspakket gehaald. Over de wenselijkheid en de noodzaak om de collectieve uitgaven aan zorg te koppelen aan de groei van het BNP is de afgelopen jaren veel gediscussieerd. Verwacht mag worden dat deze discussie in de komende jaren in hevigheid zal toenemen. De toename van het aantal 65-plussers ten opzichte van het aantal werkenden betekent dat het financiële draagvlak voor belangrijke verzorgingsstaatarrangementen afneemt. De financiële positie van lagere inkomensgroepen zal in de komende jaren nauwelijks verbeteren.

De vraag naar zorg zal echter onverminderd blijven stijgen. Recente berekeningen<sup>1</sup> komen tot een stijgingspercentage van 2-2,5% op jaarbasis, nog afgezien van eventuele prijsstijgingen (zie paragraaf 2.3). De combinatie van deze ontwikkelingen heeft grote gevolgen voor

<sup>1</sup> Polder, 2001, The cost of illness in the Netherlands.

de zorgsector. Terwijl de wachtlijsten in het collectief gefinancierde deel van de zorg oplopen, zal de vraag naar niet collectief gefinancierde voorzieningen toenemen.

## **6.2 Nieuwe verhoudingen tussen collectief en privaat gefinancierde zorg**

In de nabije toekomst zullen veel zorgdiensten niet langer vrijwel volledig collectief gefinancierd blijven worden. Zowel “reguliere” zorgaanbieders als nieuwe toetreders zullen inspelen op de toenemende vraag naar zorg. Dit zou kunnen leiden tot een zekere “commercialisering” van de zorg in die zin, dat vooral ook diensten worden aangeboden waarvoor een koopkrachtige vraag is.

Bij het aantrekken van “privaat” kapitaal zullen zowel reguliere instellingen als nieuwe toetreders rekening gaan houden met de eisen van kapitaalverschaffers (banken, institutionele beleggers) zoals degelijk onderbouwde ondernemingsplannen, de inbreng van eigen vermogen, de aanwezigheid van financiële reserves van instellingen, etc. (zie HMF-tijdschrift 2003/3 “Toekomst ondernemerschap zorgsector”).



## **7. Organisatie van zorg**

### **7.1 Algemeen**

Ten aanzien van de organisatie van de zorg is een groot aantal trends en ontwikkelingen gaande, die ten dele reeds beschreven zijn in andere paragrafen van deze trendsurvey. Een aantal nog niet besproken thema's worden hieronder kort aangeduid.

### **7.2 Schaalvergroting en branchevervaging**

In de afgelopen jaren heeft een ongekeerde schaalvergroting plaatsgevonden in de zorgsector. Hierbij kan zowel gedacht worden aan horizontale integratie (verschillende thuiszorgorganisaties, die met elkaar fuseren) als verticale integratie (het ontstaan van (regionale) zorgconcerns, waarbij cure en care ineen geschoven worden). Daarnaast worden op grote schaal traditionele scheidslijnen tussen verschillende zorgorganisaties doorbroken. Verpleeghuizen richten zich op de markt van de thuiszorg. Een aantal ziekenhuizen gaat zich bewegen op het terrein van de eerstelijnszorg. Kortom, cure en care, intramuraal en extramuraal schuiven in elkaar.

Naast deze beweging van schaalvergroting en branchevervaging is er ook sprake van schaalverkleining door de opkomst van meer wijkgerichte zorg- en welzijnsstructuren. Een overzicht van deze ontwikkelingen is te vinden in de STG-rapporten "Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers – Op weg naar 2020" (STG 2002) en "Duizend bloemen in één kleurrijk boeket – Op weg naar een georganiseerde eerste lijn" (STG 2003). Sommige grote zorgorganisaties reorganiseren zich in kleine, zelfsturende eenheden. Nieuwe groepen van ondernemende professionals richten zich op nichemarkten.

### **7.3 Opkomen van marktwerking, vraagsturing en ondernemerschap in de zorgsector**

In de afgelopen jaren heeft de overheid de beheersing van de collectieve uitgaven centraal gesteld in de zorgsector. Dit is met name gerealiseerd door de introductie van een ingewikkeld stelsel van wet- en regelgeving voor aanbod- en prijsbeheersing. Uit het oogpunt van een beperking van de collectieve uitgaven is dit redelijk succesvol geweest. Het heeft echter ook een groot aantal knelpunten opgeleverd, zoals een sterke toename van wachtlijsten en wachttijden, inefficiënte zorgprocessen, beperkte keuzevrijheid van de patiënt, een geringe transparantie van de werkelijke kosten en kwaliteit van zorg, een uitbreiding van de bureaucratie, een grote administratieve lastendruk en een zekere demotivatie van bestuurders en professionals bij het tot stand brengen van innovatie in de zorg.

Een reactie hierop kon niet uitblijven. Er is in de afgelopen jaren veel gediscussieerd over de introductie van meer marktwerking in de gezondheidszorg, het bewerkstelligen van een overgang van aanbod- naar vraagsturing en meer recent het stimuleren van ondernemerschap in de zorg. Velen veronderstellen dat een combinatie van maatregelen in deze richting een aantal van de eerder geschetste problemen kan verminderen.

#### Vraagsturing

De ontwikkeling naar een meer vraaggestuurde zorg kan op steun rekenen van vrijwel alle partijen in de gezondheidszorg. Vraagsturing uit zich o.a. in de verdere invoering van Persoonsgebonden Budgetten (PGB's) en Persoonsvolgende Budgetten (PVB's). Deze budgetten zijn thans ingevoerd in de care-sector (gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg). Overwogen wordt ook dergelijke faciliteiten te creëren voor bepaalde chronische patiënten. Vraagsturing uit zich ook in het streven naar een vermindering van de aanbod- en

prijsregulering en vergroten van de transparantie van prijs/kwaliteitsverhouding van zorgdiensten voor consumenten/patiënten en zorgverzekeraars.

#### Marktwerving

Met meer marktwerving in de zorg wordt beoogd de keuzevrijheid van zorgvragers te vergroten, prijs/kwaliteitsverhoudingen in de zorg meer inzichtelijk te maken en innovatie van zorgarrangementen te bevorderen. Hoewel de discussie over de invoering van marktwerving nog lang niet is afgerond, lijkt de ontwikkeling naar een model met meer concurrentie tussen zorgaanbieders niet meer te stuiten. Een belangrijke impuls voor meer marktgeoriënteerde zorg wordt verwacht van nieuwe zorgaanbieders en kleine groepen ondernemende professionals die een concurrerend dienstenpakket creëren naast de “reguliere” zorgaanbieders. Na de afschaffing van de contracteerplicht blijkt ook bij de zorgverzekeraars meer belangstelling te ontstaan voor deze nieuwe categorie zorgaanbieders. Het lijkt waarschijnlijk dat vooral meer koopkrachtige zorgvragers rechtstreeks, zonder tussenkomst van RIO's, van hun diensten gebruik zullen gaan maken. Deze trend zou versterkt kunnen worden door een verdere versmalling van het basispakket, zoals in het onlangs afgesloten regeerakkoord is vastgelegd.

#### Ondernemerschap

Reeds in 1998 werd door de WRR in het rapport “De ondernemende samenleving” (WRR, 1998) een trend gesignaleerd richting een verzorgingsstaat waarin traditionele overheidsdiensten en non-profit dienstverlening in meer marktachtige verhoudingen worden geplaatst. Als oorzaken worden genoemd de snelle welvaartsontwikkeling van grote delen van de bevolking, de technologische ontwikkeling, informatisering en het stijgende opleidingsniveau van de afnemers/ontvangers van diensten.

Door de RVZ zijn recent een aantal adviezen uitgebracht (o.a. “Winst in de zorg”, RVZ, 2001), waarin een meer ondernemende zorgsector wordt bepleit. Veelal wordt in nota's en adviezen gesproken in termen van de wenselijkheid van “maatschappelijk” ondernemerschap, om daarmee o.a. tot uitdrukking te brengen dat de “opbrengsten” van ondernemerschap ten goede moeten komen aan de zorg.

Er is een duidelijke trend te signaleren van budgetbeheersing naar ondernemerschap. Veel zorginstellingen trachten op enigerlei wijze ondernemend gedrag te vertonen. Recent zijn door o.a. MKB-Nederland en Health Management Forum initiatieven ontwikkeld om ondernemerschap in de zorg te stimuleren. Het initiatief van MKB-Nederland wordt ondersteund door LVT en Arcares. De ministeries van EZ en VWS en VNO-NCW ondersteunen het initiatief van Health Management Forum.

In diverse rapportages over dit onderwerp (MKB-Nederland 2003, HMF 2003) wordt gesignaleerd dat er nog veel wettelijke belemmeringen zijn voor een meer ondernemende instelling in de zorgsector. Verwacht wordt dat in de komende regeerperiode een aantal van deze belemmeringen in het kader van dereguleringsoperaties zullen worden opgeruimd.

#### **7.4 Outcomes-management en prestatie-sturing**

Onder verschillende titels kunnen een aantal ontwikkelingen worden aangeduid die te maken hebben met een verschuiving van input-sturing naar prestatie-sturing. Instellingen, afdelingen en medewerkers worden steeds meer afgerekend (bekostigd) op basis van hun daadwerkelijk geleverde diensten. Zij worden zelf verantwoordelijk gesteld voor het verbruik van de daarvoor benodigde middelen. Budgetten worden beschikbaar gesteld voor vooraf gespecificeerde prestaties. Veel nadruk wordt gelegd op intern en extern toezicht en verantwoording.

## 8. Sociaal-maatschappelijke trends

In deze notitie zijn reeds vele trends genoemd die als “sociaal-maatschappelijk” zouden kunnen worden aangeduid. Een aantal trends zijn daarbij nog onderbelicht gebleven. Deze kunnen als volgt worden aangeduid:

1. Globalisering
2. Individualisering (en de reacties daarop)
3. Toename culturele diversiteit
4. Feminisering
5. Intensivering
6. Informalisering
7. Informatisering.

Deze trends worden hieronder kort toegelicht.

### 8.1 Globalisering

Voor de zorg heeft men niet langer in eigen land te blijven. Zorg halen uit het buitenland neemt toe. In het kader van de EU is er een vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal. Dit heeft ook een grote impact op de gezondheidszorg (zie o.a. “Zorg voor Europa”, HMF 2001, en “Luiken open naar Europa”, HMF 2002). Zeer recent is door het Europese Hof bepaald dat op de extramurale zorg de Europese wetgeving van vrij verkeer van toepassing is. De omvang van thuiszorg voor Nederlanders in het buitenland zal toenemen. Ook buitenlandse zorgaanbieders kunnen en zullen zich op de Nederlandse markt gaan begeven.

Een van de aspecten van globalisering is het ontstaan van wereldmerken. Hieraan wordt veel waarde gehecht (“Branding”). Denkbaar is dat de (thuis)zorg hierdoor ook beïnvloed wordt. Grote concerns proberen via een algemene naamsbekendheid een kwaliteitsimago op te bouwen. Bij zorgverzekeraars is dit proces reeds lange tijd gaande (bijv. “Achmea ontzorgt”). Globalisering en informatisering versterken elkaar. Consumenten kunnen via het Internet inzicht krijgen in hulpmiddelen die in de Verenigde Staten in de thuiszorg worden ingezet. Globalisering heeft ook tot gevolg dat bepaalde categorieën patiënten/consumenten uit verschillende landen informatie bundelen en elkaar versterken.

### 8.2 Individualisering

Dit begrip is niet eenduidig, het kan op verschillende zaken wijzen. Het staat in het algemeen voor bepaalde opvattingen van het burgerschap, het nastreven van eigenbelang, het ontbreken van solidariteit met de medemens, voor politieke onverschilligheid, voor het teloorgaan van het gezin, voor individuele ontplooiing, etc.

Het Sociaal Cultureel Rapport uit 1994 vat individualisering op als de overgang van het gezin naar het individu als basiseenheid van de samenleving. Deze overgang houdt een grotere diversiteit van primaire leefvormen in, een toenemende frequentie van het alleen staan en een toenemende symmetrie van rollen tussen man en vrouw binnen het gezin. Dit is de individualisering in de sfeer van de primaire relaties. Individualisering kent ook een institutionele component. Dan slaat het op de overgang van het huishouden naar het individu als beleidsobject. De verlening van gelijke rechten aan mannen en vrouwen, de individualisering van bepaalde uitkeringen en de totstandkoming van kinderdagverblijven zijn voorbeelden van deze institutionele individualisering (SCP, 1994).

Individualisering als onomkeerbare sociaal-culturele trend heeft belangrijke gevolgen voor diverse beleidsterreinen (economie, zorg, welzijn, verkeer en vervoer, volkshuisvesting). Op

het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg is bekend dat sterfte onder alleenstaanden hoger is, dat alleenstaanden meer medicijnen gebruiken en meer kans hebben op een ziekenhuisopname. De toename van het aantal alleenstaanden wordt ook in verband gebracht met de toename van het aantal dak- en thuislozen. Wat de zorgverlening betreft lijkt de individualisering van belang voor de thuiszorg, omdat deze aanvullend is op de informele zorg. Individualisering betekent niet – zoals wel vaak wordt verondersteld – een automatische afname van de bereidheid tot het verlenen van informele zorg, aldus het SCP.

Individualisering komt ook tot uiting in de verdere “huishoudverdunding”:

- Steeds meer mensen wonen alleen en voeren zelfstandig een huishouden. 1,8 miljoen in 1990, 2,3 miljoen in 2002 en naar verwachting 2,8 miljoen in 2010.
- Het aantal huishoudens stijgt met bijna 9% tot ongeveer 7,5 miljoen in 2010. Het aantal kleine huishoudens neemt hierin toe. Het gemiddelde aantal personen per gezin daalt.
- Het aantal huishoudens is in 2010 gestegen tot 7,4 miljoen (2002: 6,8 miljoen).

De impact van individualisering op de thuiszorg is moeilijk in te schatten. Oudere alleenstaanden doen een groter beroep op thuiszorg. Denkbaar is dat een nieuwe generatie oudere alleenstaanden via vriendennetwerken beter in staat is informele zorg te realiseren. Ook zal de nieuwe meer vermogende generatie alleenstaanden een groter beroep doen op meer commerciële thuiszorgarrangementen.

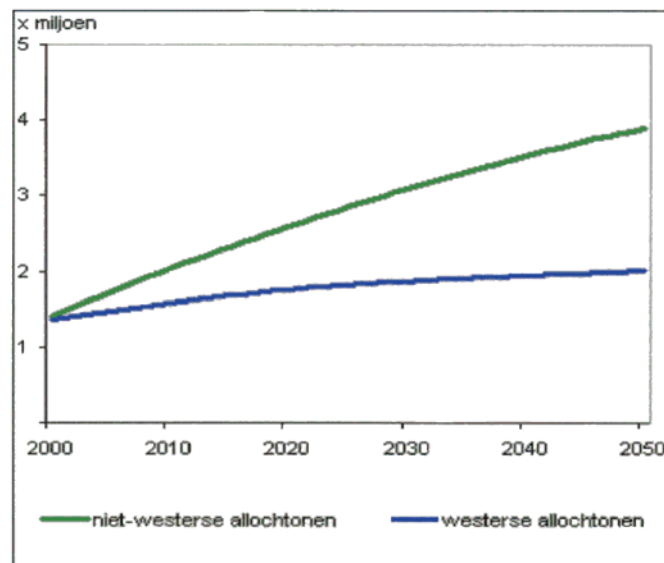
### 8.3 Toename culturele diversiteit

De allochtone bevolking in Nederland groeit sterker dan de autochtone. In 2001 telde Nederland 2,9 miljoen allochtonen: rond 1,5 miljoen personen die vanuit het buitenland naar Nederland zijn gekomen (1<sup>e</sup> generatie) en 1,4 miljoen personen van wie één of beide ouders in het buitenland zijn geboren (2<sup>e</sup> generatie). Dit betekent dat bijna een op de vijf mensen in Nederland allochtoon is. Tot voor kort was het migratiesaldo 30.000 per jaar. Het gaat hierbij meer om arbeidsimmigranten dan asielimmigranten. De eerste groep komt met name uit Europa, VS en India. De tweede groep met name uit Azië (Afghanistan, Irak, Iran). Het verwachte aantal nieuwe Nederlanders in 2010 is  $\pm$  2 miljoen niet-westerse allochtonen en  $\pm$  1,6 miljoen westerse allochtonen. Het aantal allochtonen dat in het buitenland is geboren (1<sup>e</sup> generatie) stijgt tussen 2000 en 2010 van 0,9 miljoen naar 1,2 miljoen. Het aantal dat in Nederland is geboren (2<sup>e</sup> generatie) stijgt in deze periode van 0,5 naar 0,8 miljoen. Eind 2001 is 9,3% van de bevolking niet-westers allochtoon. In 2015 zal dit 14% zijn en 20% in 2030.

Binnen de verschillende groepen allochtonen zijn grote verschillen. De voornaamste kenmerken van de migranten van dit moment zijn: jong, ongehuwd, overwegend van mannelijk geslacht.

Bevolkingsgroepen naar etnische achtergrond	Groeipercentage periode 1998 – 2016
Turken	35%
Marokkanen	54%
Antillianen	36%
Surinamers	43%
Overige allochtonen	193%
Autochtone bevolking	8%

In de grote steden woont ruim 40% van de niet-westerse allochtonen. (CBS). In de vier grote steden is in 2015 de helft van de beroepsbevolking “nieuwe Nederlander”. De bovengenoemde ontwikkelingen zijn in de onderstaande schema’s nog eens samengevat.



**Aantal niet-westerse allochtonen op 1 januari 2000**

	Eerste generatie <sup>1)</sup>	Tweede generatie <sup>2)</sup>	Totaal	
<b>2000</b>	X 1 000			
Turkije	178	131	309	
Suriname	183	119	303	
Marokko	153	110	262	
Azië <sup>3)</sup>	169	57	151	
Afrika <sup>4)</sup>	102	50	107	
Ned. Antillen en Aruba	69	38	51	1) In het buitenland geboren personen met ten minste één in het buitenland geboren ouder
Latijns Amerika <sup>5)</sup>	33	18		2) In Nederland geboren personen met ten minste één in het buitenland geboren ouder
<b>Totaal niet-westers</b>	<b>886</b>	<b>523</b>	<b>1409</b>	3) Exclusief Indonesië, voormalig Nederlands-Indië en Japan
<b>2010</b>				4) Exclusief Marokko
Turkije	195	186	381	5) Exclusief Nederlandse Antillen, Aruba en Suriname
Suriname	189	155	344	
Marokko	182	176	359	
Azië <sup>3)</sup>	301	124	425	
Afrika <sup>4)</sup>	159	104	263	
Ned. Antillen en Aruba	112	65	176	
Latijns Amerika <sup>5)</sup>	52	34	86	
<b>Totaal niet-westers</b>	<b>1190</b>	<b>844</b>	<b>2034</b>	

Bron: CBS

**Figuur 17. Toename allochtonen in Nederland (Bron: CBS, 2002)**

Genoemde ontwikkelingen kunnen een grote impact hebben op thuiszorg. Mantelzorg komt relatief vaker voor. Daardoor wordt minder gebruik gemaakt van kraamzorg en ouderenzorg. Naarmate jongere allochtonen zich meer aanpassen aan Nederlandse normen en waarden, zal bereidheid tot mantelzorg en huisvesting van bejaarde ouders waarschijnlijk afnemen. In de toekomst zal er een grote toename zijn van allochtonen in verzorgingshuizen en thuiszorg. Grote problemen zijn te verwachten in communicatie en voorlichting aan deze hulpbehoevende groep.

#### 8.4 Feminisering

Feminisering zou kort omschreven kunnen worden als de toenemende maatschappelijke invloed van vrouwen in de samenleving en de hogere waardering van kwaliteiten, die traditi-

oneel als vrouwelijk worden bestempeld (luistervaardigheden, zorgzaamheid, empathie, anticiperend vermogen, spiritualiteit, etc.).

Feminisering wordt sterker door het hoger opleidingsniveau van vrouwen en de toenemende arbeidsparticipatie. Feminisering wordt nog geremd door ontoereikende kinderopvang en door bepaalde bedrijfsculturen waarin mannen de toon zetten. Verwacht mag worden dat mede door een toename van het aantal vrouwen in hogere managementposities vrouwelijke waarden meer normbepalend zullen worden (HMF, Womangers in healthcare, 2001).

Tot op heden zijn vrouwen nog steeds voor het overgrote deel verantwoordelijk voor gezin en huishouden. Mannen kiezen vaak exclusief voor hun carrière. Tot op heden is 80% van de moeders niet economisch zelfstandig. Van de vrouwen tussen de 25 en 49 jaar is 67% in het arbeidsproces opgenomen (SMO, 2001). Van deze vrouwen werkt ruim 70% parttime. Nederlandse vrouwen werken gemiddeld 20 uur per week tegenover 32 uur in de rest van de EU.

Verwacht wordt dat met name door een verdere toename van vrouwen in hogere managementposities in thuiszorgorganisaties een cultuurverandering in dit type organisaties zou kunnen optreden.

### **8.5 Intensivering**

Deze trend kan worden omschreven als het voortdurend in belang toenemen van de “belevingscomponent”. Er moet veel (meer) in het leven, het moet afwisselend en belonend zijn. Steeds meer mensen verlangen naar intense en intensieve belevingen en ervaringen.

Het gevoel van tijdsdruk neemt toe. Het gaat daarbij niet alleen om meer spanning, sensatie en “grote” belevingen, al dan niet collectief, maar ook om goede gesprekken met vrienden, collega's, hulpverleners. Voor de thuiszorg zou dit kunnen betekenen dat nieuwe generaties ouderen op dit punt ook hogere eisen zullen gaan stellen aan de dienstverlening. Over de consequenties voor de informele zorg is moeilijk een inschatting te maken. Wel kan geconstateerd worden dat de beschikbare vrije tijd is afgenomen en dat het percentage van personen die zich vrijwillig inzet voor maatschappelijke hulpverlening ongeveer gelijk is gebleven.

### **8.6 Informalisering**

Deze trend wijst op een steeds verdere “onthiërarchisering” van de samenleving, een grote gelijkheid in de menselijke verhoudingen en het ontstaan van een netwerkmaatschappij, waarbij op basis van afspraken vanuit een relatief autonome positie over en weer diensten worden geleverd. Mensen komen onafhankelijker en zelfstandiger ten opzichte van elkaar te staan. Als reactie hierop ontstaan gezagsproblemen. Macht en gezag moeten worden verdiend en kunnen niet langer alleen worden ontleend aan een bepaalde “beroepsstatus” of hiërarchische positie.

### **8.7 Informatisering**

Informatisering kan omschreven worden als een toenemende adoptie van ICT in het dagelijks leven, zowel thuis, op het werk als onderweg. Deze trend gaat nog onverminderd door. De technologie wordt goedkoper, makkelijker in de bediening en neemt steeds minder ruimte in beslag. Mensen worden steeds meer technologisch onderlegd en willen steeds meer informatie bij zich hebben en verbonden zijn met de rest van de wereld. ICT krijgt geleidelijk een plaats in alledaagse praktijken en routines. Voorlopig wordt ICT nog steeds ingepast in bestaande ritmes en aangepast aan de wensen en behoeften van mensen. Daar treedt het komende decennium een versnelling in op, onder invloed van een grotere bandbreedte en

afdoende veiligheid voor kritische toepassingen. Ingrijpende veranderingen leiden in het algemeen tot aanpassingsproblemen, maar leiden niet noodzakelijkerwijs tot maatschappelijke achterstanden. Toch is het mogelijk dat de aanpassingsproblemen aan de informatiesamenleving van specifieke groepen omslaan in structurele achterstanden. Niet iedereen voelt zich thuis in de snelle 'zap-cultuur' of is in staat tot multi-tasking, wat een vereiste is voor het succesvol participeren in de informatiesamenleving. De processen in de transformatie naar een informatiesamenleving kunnen zowel leiden tot meer gemeenschapsvorming als tot een versplintering en zijn van invloed op de positie die verschillende groepen in de samenleving innemen. Informatietechnologie (gekoppeld aan nanotechnologie) kan en zal gekoppeld worden aan vrijwel alle gebruiksvoorwerpen. Vele huishoudelijke toestellen zullen op afstand 'bediend' kunnen worden (zie ook *paragraaf 3*). (Potentiële) thuiszorggebruikers zullen via een scala van media kunnen beschikken over informatie over (potentieel) beschikbare thuiszorgdiensten, ondersteunende hulpmiddelen en apparatuur.

Thuiszorgdiensten zouden via nieuwe technieken veel beter zicht kunnen krijgen op de lichamelijke en psychische gesteldheid van hun klanten. Koppelingen van monitoring bewakingssystemen, *call centra* en thuiszorgdienstverleners worden nu reeds gerealiseerd en zullen in de toekomst aan belang winnen.

Het SCP beschrijft vier voorwaarden waaraan voldaan moet zijn alvorens informatisering daadwerkelijk ons dagelijks leven drastisch gaat veranderen: motivatie (een positieve houding), bezit (techniek op grote schaal aanwezig), gebruik (we passen het toe) en vaardigheden (we kunnen alle mogelijkheden optimaal en naar wens inzetten). Adviesbureau Deloitte&Touche verwacht dat in 2010 5-7% van het budget in de gezondheidszorg in Europa zal opgaan aan technologie. Nu is dit in Nederland 1,5%.

Verwacht wordt dat de trend dat ICT-toepassingen goedkoper zullen worden en dat het gebruikersgemak nog aanzienlijk zal toenemen, zal doorzetten. Wat nu nog gezien wordt als technologische hoogstandjes voor de *happy few*, zal over 10-15 jaar ook beschikbaar zijn voor een breed publiek. Voor de thuiszorg lijken daarbij met name de ontwikkelingen in '*tele-care*' en domotica relevant (zie par. 3).

Informatisering zal ook grote gevolgen hebben voor de relaties tussen zorgvragers en zorgverleners. Veel patiënten/cliënten zullen over meer en betere informatie beschikken, o.a. over hun (medisch/zorg) dossier. Zij zullen deze informatie ook gaan gebruiken om zelf mee te denken en keuzes te maken over behandeling en zorg. Wellicht leidt dit er toe dat zij ook sneller dan tot nu toe gebruikelijk is van zorgverlener zullen veranderen.

## 9. Tot slot

In voorgaande paragrafen is een poging gedaan om een aantal belangrijke trends te schetsen, die van invloed zijn op de vraag en het aanbod van thuiszorg. Lang niet alle trends, die mogelijk van invloed zijn, kunnen in beeld worden gebracht. Trends in aanpalende sectoren, zoals ruimtelijke ordening, wonen, vervoer, inkomensposities en sociale zekerheid zullen ook een grote impact hebben op thuiszorg. Ook is geen diepgaande analyse gemaakt van de onderlinge relaties tussen de verschillende trends. Niettemin biedt deze survey volgens de STG voldoende aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een toekomstverkenning voor de thuiszorg vanuit ondernemersperspectief. De STG hoopt ook aan het vervolgtraject een belangrijke bijdrage te kunnen leveren.

STG, juni 2003