

Ontwikkelingen die de zorg beïnvloeden en de rol van de medisch specialist in 2035

Verlag van twee discussiebijeenkomsten met huisartsen,
specialisten ouderengeneeskunde en verschillende groepen
verpleegkundigen.

Anne Brabers
Linda van Eikenhorst
Judith de Jong



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Juli 2024

ISBN 978-94-6122-859-8

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doel	5
2 Methode	7
2.1 De online discussiebijeenkomsten	7
2.2 De deelnemers aan de discussiebijeenkomsten	7
2.3 Programma van de discussiebijeenkomsten	8
2.4 Analyse van de discussiebijeenkomsten	9
3 Resultaten DESTEP-analyse	11
3.1 Demografische factoren	11
3.2 Ecologische factoren	12
3.3 Sociale factoren	13
3.4 Technologische factoren	14
3.5 Economische factoren	15
3.6 Politieke factoren	16
4 Resultaten Toekomstscenario	18
4.1 De rol van de medisch specialist	18
4.2 De rol van de zorgverlener en de samenwerking tussen medisch specialist en de zorgverlener	20
4.3 De rol van de patiënt	22
5 Samenvatting en conclusie	24
5.1 Factoren die de zorg in 2035 beïnvloeden volgens de deelnemers	24
5.2 Thema's die van belang zijn voor de rol van de medisch specialist in 2035 volgens de deelnemers	25
5.3 Beperkingen van de discussiebijeenkomsten	26
5.4 Tot slot	26
Bijlage A Topiclijst	27
A.1 Introductie en toelichting	27
A.2 DESTEP	28
A.3 Toekomstscenario 'gematigd' scenario	29
A.4 Afsluiting	30
Bijlage B Voorbeeld factoren DESTEP	32
Bijlage C Gematigd toekomstscenario	33
Bijlage D Opgehaalde factoren DESTEP	34

Samenvatting

De Federatie Medisch Specialisten (Federatie) is bezig met de ontwikkeling van een toekomstvisie op de rol van de medisch specialist in 2035. De medisch specialistische zorg staat echter niet op zichzelf, maar vindt plaats in een netwerk van zorg rondom patiënten. Op verzoek van de Federatie heeft het Nivel daarom met behulp van twee online discussiebijeenkomsten de meningen en ideeën van zorgverleners (niet zijnde medisch specialisten)¹ in kaart gebracht over ontwikkelingen die de zorg beïnvloeden en de rol van de medisch specialist in 2035. Dit is gedaan aan de hand van een DESTEP-analyse (Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch en Politiek) en het bespreken van een toekomstscenario.

De twee online discussiebijeenkomsten hebben ten eerste bij elke letter van de DESTEP-analyse veel verschillende associaties opgeleverd die volgens de deelnemers de zorg in 2035 kunnen beïnvloeden. Voorbeelden van associaties die genoemd zijn, zijn onder andere: een veranderende samenstelling van de bevolking, een veranderende zorgvraag (demografisch), andere ziektebeelden, natuur-, klimaat- en milieuverschijnselen (ecologisch), beschikbaarheid mantelzorgers, individualisering & vereenzaming (sociaal-cultureel), e-health, dossiervoering (technologie), gezondheidsverschillen, bekostiging van zorg (economisch), en de organisatie van zorg (politiek).

Daarnaast hebben de discussiebijeenkomsten een aantal thema's opgeleverd die van belang zijn voor de rol van medisch specialisten in 2035 volgens de deelnemers. Het gaat dan om samenwerking, meer generalistisch werken door medisch specialisten, het maken van keuzes en scheppen van verwachtingen, technologie, en toegankelijkheid.

De hierboven genoemde opbrengsten van de bijeenkomsten kunnen de Federatie ondersteunen bij het opstellen van hun toekomstvisie voor 2035. Het meenemen van de thema's die volgens de zorgverleners van belang zijn voor de rol van de medisch specialist in 2035 door de Federatie in de ontwikkeling van hun toekomstvisie draagt bij aan het tot stand komen van een zo breed mogelijk gedragen visie.

¹ De volgende zorgverleners hebben deelgenomen aan de discussiebijeenkomsten: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen uit het verpleeghuis, verpleegkundigen uit het ziekenhuis en verpleegkundig specialisten uit het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De gezondheidszorg in Nederland staat voor veranderingen, onder andere door demografische verschuivingen, sociaal-culturele veranderingen, technologische ontwikkelingen en een toenemende vraag naar zorg. Al deze ontwikkelingen beïnvloeden de rol en de werkwijze van de (toekomstig) medisch specialist. De Federatie Medisch Specialisten (Federatie) is daarom gestart met het visietraject 'Medisch Specialist 2035'². Het primaire doel van dit Federatie project is een gezamenlijke en breed gedragen visie te ontwikkelen op de rol van de (toekomstig) medisch specialist en diens werkwijze in het veranderende zorglandschap. Het streven van de Federatie is om de visie begin 2025 te presenteren.

Als eerste stap in de ontwikkeling van de visie is de Federatie gestart met een brede toekomstverkenning. Hoe ziet de wereld er in 2035 uit? Bijvoorbeeld met betrekking tot demografische, ecologische, sociaal-culturele, technologische en politieke ontwikkelingen. En wat betekenen deze ontwikkelingen voor de rol van de medisch specialist in 2035? Om hier inzicht in te krijgen heeft de Federatie verschillende bijeenkomsten met onder andere medisch specialisten en artsen (niet) in opleiding tot specialist (A(N)IOS) van diverse medisch specialismen en geneeskundestudenten georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten is de toekomst verkend aan de hand van een DESTEP-analyse³ (Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch en Politiek) en het bespreken van toekomstscenario's. Op deze manier kunnen verschillende factoren worden geïdentificeerd die van invloed zijn op de zorg en kunnen meningen en ideeën met betrekking tot de rol van medisch specialisten in 2035 worden opgehaald.

De medisch specialistische zorg staat echter niet op zichzelf, maar vindt plaats in een netwerk rondom de patiënt. Daarom is het perspectief van andere zorgverleners in dit netwerk, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in het ziekenhuis, op de rol, werkwijze en samenwerking met medisch specialisten in 2035 van belang. De Federatie heeft aan het Nivel gevraagd om het perspectief van een aantal van deze andere zorgverleners in kaart te brengen door middel van twee discussiebijeenkomsten.

1.2 Doel

Het doel van de gehouden discussiebijeenkomsten was het in kaart brengen van ontwikkelingen die de zorg beïnvloeden en het ophalen van meningen en ideeën met betrekking tot de rol van de medisch specialist in 2035 vanuit het perspectief van andere zorgverleners (niet zijnde medisch specialisten).

Het perspectief van de volgende zorgverleners is hierin meegenomen: *huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen werkzaam in het verpleeghuis, verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis en verpleegkundig specialisten werkzaam in het*

² [Medisch Specialist 2035 | Federatie Medisch Specialisten \(demedischspecialist.nl\)](https://www.demedischspecialist.nl)

³ [DESTEP voorbeelden - Managementmodellensite](#)

ziekenhuis en de huisartsenpraktijk. Deze groepen zijn in overleg met de Federatie gekozen, omdat zij in de praktijk relatief vaak samenwerken met medisch specialisten.

Vergelijkbaar met de hierboven genoemde bijeenkomsten van de Federatie, is tijdens de twee discussiebijeenkomsten in kaart gebracht welke factoren de zorg gaan beïnvloeden (aan de hand van een DESTEP-analyse) en welke thema's van belang zijn voor de rol van de medisch specialist (aan de hand van het bespreken van een toekomstscenario) in 2035.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode gebruikt in dit onderzoek. In Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 4 worden de resultaten beschreven met betrekking tot de DESTEP-analyse (hoofdstuk 3) en het toekomstscenario (hoofdstuk 4). Hoofdstuk 5 geeft tot slot een samenvatting van de resultaten.

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de voor dit onderzoek toegepaste methode.

2.1 De online discussiebijeenkomsten

Om in gesprek te gaan met zorgverleners (niet zijnde medisch specialisten) zijn twee online discussiebijeenkomsten georganiseerd via MS Teams. De volgende groepen zorgverleners zijn in overleg met de Federatie meegenomen in dit onderzoek: *huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen werkzaam in het verpleeghuis, verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis en verpleegkundig specialisten werkzaam in het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk*. Er is gekozen voor online discussiebijeenkomsten om deelname laagdrempelig te maken. De zorgverleners hadden geen reistijd en het was eenvoudiger om zorgverleners meer verspreid door het land te laten deelnemen. De bijeenkomsten vonden plaats op maandagavond 26 februari 2024 en dinsdagavond 27 februari 2024. Aan de eerste bijeenkomst namen acht zorgverleners deel. Bij deze eerste bijeenkomst was ook een toehoorder van de Federatie aanwezig. Aan de tweede bijeenkomst namen elf zorgverleners deel. De discussiebijeenkomsten duurden ongeveer 1 uur en 45 minuten (van 18.30-20.15 uur) en werden geleid door twee onderzoekers van het Nivel. Tijdens de discussiebijeenkomsten werd kort ingegaan op de aanleiding van het onderzoek. Daarna gingen we met de deelnemers in gesprek over ontwikkelingen die de zorg beïnvloeden en de rol van de medisch specialist in 2035. Daarbij was niet het streven om tot een consensus te komen, maar om de diversiteit in meningen en inzichten in kaart te brengen. Door het beperkte aantal deelnemers zijn de resultaten van het onderzoek niet te generaliseren naar de groep zorgverleners als geheel.

2.2 De deelnemers aan de discussiebijeenkomsten

De zorgverleners die deelnamen aan het onderzoek zijn geworven via het netwerk van de Nivel-onderzoekers en via een oproep op de sociale mediakanalen van het Nivel. Hiervoor was een oproeptekst gemaakt die kon worden toegestuurd aan zorgverleners in het netwerk en welke geplaatst is op de sociale mediakanalen van het Nivel. De specialisten ouderengeneeskunde zijn na contact tussen Nivel, de Federatie en Verenso geworven door Verenso uit hun eigen netwerk. Zorgverleners die wilden deelnemen aan een van de bijeenkomsten konden zich aanmelden via een online aanmeldformulier. Daarin werd gevraagd om hun beschikbaarheid (er waren vier datumopties) en professie aan te geven en om hun contactgegevens achter te laten voor vervolcontact. In totaal hadden 30 zorgverleners zich aangemeld. Op basis van de ingevulde beschikbaarheid zijn de twee data gekozen waarop de meeste zorgverleners konden. Uiteindelijk zijn negen deelnemers voor de eerste bijeenkomst en elf deelnemers voor de tweede bijeenkomst geselecteerd. Eén van de negen genodigden voor de eerste discussiebijeenkomst heeft niet deelgenomen, waardoor uiteindelijk acht zorgverleners hebben deelgenomen. Onder de acht deelnemers waren drie huisartsen, vier wijkverpleegkundigen en één verpleegkundig specialist uit de huisartsenpraktijk. Ook was één toehoorder van de Federatie aanwezig (zie Figuur 2.1). Aan de tweede bijeenkomst namen alle elf de genodigden deel. Dit waren drie specialisten ouderengeneeskunde, drie verpleegkundigen uit het verpleeghuis en vijf verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten uit het ziekenhuis (zie Figuur 2.1). Er was een goede geografische

spreiding van deelnemers over Nederland en een deel van hen was werkzaam in een achterstandswijk. Het merendeel van de deelnemers was vrouw, er was spreiding naar leeftijd onder de deelnemers.

Figuur 2.1 Overzicht van deelnemers aan de online discussiebijeenkomsten



Online discussiebijeenkomst 1:

- 3 huisartsen
- 1 verpleegkundig specialist uit de huisartsenpraktijk
- 4 wijkverpleegkundigen
- 1 toehoorder vanuit de Federatie



Online discussiebijeenkomst 2:

- 5 verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten uit het ziekenhuis
- 3 verpleegkundigen uit het verpleeghuis
- 3 specialisten ouderengeneeskunde

Voorafgaand aan de online discussiebijeenkomsten is aan alle deelnemers per e-mail een toestemmingsformulier opgestuurd en gevraagd dit door te lezen en ingevuld terug te sturen voor aanvang van de bijeenkomst. Daarmee gaven ze toestemming voor: deelname aan de discussiebijeenkomst en het opnemen van de discussiebijeenkomst en optioneel om in de toekomst nogmaals benaderd te worden door het Nivel en/of de Federatie voor vervolgonderzoek. Ook werd aan de deelnemers gevraagd of er sprake was van belangenverstremgeling door deelname aan de discussiebijeenkomst. Tijdens de online discussiebijeenkomsten is nogmaals door de deelnemers op de opname bevestigd dat zij toestemming gaven voor deelname en geen belangenverstremgeling hadden. Als dank voor hun deelname kregen de deelnemers aan de discussiebijeenkomsten een keuze cadeaukaart ter waarde van € 50.

2.3 Programma van de discussiebijeenkomsten

Het programma en de bijbehorende topiclijst zijn opgesteld door onderzoekers van het Nivel. Het programma van de online discussiebijeenkomsten is vergelijkbaar gehouden met de eerder door de Federatie georganiseerde bijeenkomsten met onder andere medisch specialisten en artsen (niet) in opleiding tot specialist (A(N)IOS) van diverse medisch specialismen en geneeskundestudenten.

We startten met een DESTEP-analyse (Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch en Politiek) om vanuit de verschillende invalshoeken inzicht te krijgen in ontwikkelingen die volgens de deelnemers de zorg beïnvloeden in 2035. Vervolgens is een toekomstscenario besproken om inzicht te krijgen in de thema's die volgens de deelnemers van belang zijn voor de rol van de medisch specialist in 2035. Gezien de beperkte tijd die er was tijdens de online discussiebijeenkomsten, is gekozen om één van de drie toekomstscenario's te bespreken die gebruikt zijn tijdens de bijeenkomsten die de Federatie heeft georganiseerd. Het Nivel en de Federatie hebben gezamenlijk gekozen voor het gematigd toekomstscenario (zie Bijlage C voor het scenario), omdat dit naar verwachting het meest realistische scenario voor 2035 is. Het fictieve gematigde toekomstscenario over de wereld in 2035 heeft het Nivel van de Federatie ontvangen, en is gebaseerd op input uit diverse DESTEP-sessies met toekomstig medisch specialisten en literatuur, en uiteindelijk verwoord met behulp van ChatGPT.

Een concept van de topiclijst is voorgelegd aan en besproken met de Federatie. Op basis hiervan zijn enkele aanpassingen gedaan in de topiclijst, zo is bijvoorbeeld gezien de tijd die beschikbaar was tijdens de bijeenkomsten besloten om een aantal vragen te laten vervallen. Het Nivel was eindverantwoordelijk voor het programma en de bijbehorende topiclijst. Een overzicht van het inhoudelijke programma van de discussiebijeenkomsten is te vinden in Box 2.1. De topiclijst is te vinden in Bijlage A.

Box 2.1 Programma discussiebijeenkomsten Medisch Specialist in 2035

18.30-18.45: Inloop

Deelnemers konden inloggen voor de bijeenkomst. Er werd kort kennisgemaakt en eventuele vragen van deelnemers werden beantwoord.

18.45-18.55: Introductie en toelichting

De deelnemers kregen een korte toelichting van de onderzoekers op het traject de Medisch Specialist 2035 van de Federatie. Ook is toegelicht waarom de online discussiebijeenkomsten worden georganiseerd, en is het programma van de avond doorgenomen.

18.55-19.30: DESTEP-analyse

In dit onderdeel is een DESTEP-analyse (Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch en Politiek) uitgevoerd. Eerst kregen de deelnemers een overzicht te zien waarin per letter van DESTEP-voorbeelden werden gegeven van factoren (zie Bijlage B). Vervolgens kregen de deelnemers per letter eerst tijd om associaties met de factor in de chat te zetten. Daarna zijn per letter een aantal van de genoemde associaties met de deelnemers besproken. Tijdens deze bespreking is aan deelnemers gevraagd om toe te lichten waarom zij een bepaalde associatie in de chat hadden genoemd en was er ruimte voor een korte onderlinge discussie.

19.30-20.10: Toekomstscenario

In dit onderdeel is het gematigd toekomstscenario (zie Bijlage C) met de deelnemers besproken. Met de deelnemers is in gesprek gegaan over wat dit scenario volgens hen betekent voor 1) de medisch specialist, 2) de zorgverlener zelf (d.w.z. de deelnemer aan de bijeenkomst), 3) de samenwerking tussen de medisch specialist en de zorgverlener en 4) de patiënt.

20.10-20.15: Afsluiting

Ruimte voor de deelnemers voor laatste toevoegingen en nog niet besproken punten. Daarnaast zijn de vervolgstappen toegelicht (o.a. met betrekking tot de membercheck en publicatie) en tot slot zijn de deelnemers bedankt voor hun deelname.

2.4 Analyse van de discussiebijeenkomsten

De twee online discussiebijeenkomsten zijn opgenomen en getranscribeerd met behulp van MS Teams. De transcripten, de chatgeschiedenis, en de aantekeningen gemaakt door de onderzoekers zijn gebruikt om van iedere discussiebijeenkomst een geanonimiseerd samenvattend verslag op te stellen ten behoeve van een zogeheten membercheck. Deze verslagen zijn ter aanvulling en akkoord voorgelegd aan de deelnemers. In de begeleidende e-mail is aangegeven dat als we geen reactie

ontvingen van een deelnemer binnen de gestelde termijn (ongeveer tien dagen), we ervan uitgingen dat de deelnemer akkoord gaat met het verslag. We hebben enkel een aantal positieve reacties ontvangen van deelnemers dat ze het verslag een goede weergave vonden van de bijeenkomst. De transcripten, de chatgeschiedenis en de verslagen voor de membercheck zijn door de onderzoekers van het Nivel geanalyseerd en gebruikt als input voor dit verslag. Ook zijn quotes voor dit verslag uit de transcripten gehaald.

Op 15 maart zijn de voorlopige resultaten van de discussiebijeenkomsten door twee onderzoekers van het Nivel gepresenteerd aan het kernteam van de Federatie dat zich bezighoudt met het opstellen van de visie. Na de presentatie was er ruimte voor vragen en discussie. Een concept van dit verslag is voorgelegd aan de Federatie. De Federatie heeft hierop schriftelijk gereageerd. Op basis hiervan zijn minimale tekstuele aanpassingen gedaan. Het Nivel is eindverantwoordelijk voor de inhoud van dit verslag.

3 Resultaten DESTEP-analyse

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de DESTEP-analyse (Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch en Politiek). Een overzicht van de DESTEP-analyse en voorbeelden is weergegeven in Figuur 3.1. De voorbeelden in deze figuur zijn gelijk aan de voorbeelden gegeven tijdens de bijeenkomsten georganiseerd door de Federatie zelf. De resultaten worden per letter beschreven (paragraaf 3.1 tot en met 3.6). Een overzicht van alle genoemde associaties is te vinden in Bijlage D. Uit beide bijeenkomsten zijn vergelijkbare resultaten opgehaald. Een samenvatting van de DESTEP-analyse is te vinden in Hoofdstuk 5.

Figuur 3.1: Overzicht onderwerpen DESTEP-analyse

Toekomstverkenning
DESTEP-analyse – Hoe ziet de wereld er uit in 2035?

1. **Demografische factoren**
betreffen onder meer vergrijzing, bevolkingsgroei, migratie, etniciteit en verstedelijking.
2. **Ecologische factoren**
verwijzen naar externe milieu- en ecologische omstandigheden, zoals klimaatverandering, natuurlijke hulpbronnen en milieuregelgeving.
3. **Sociale factoren**
betreffen onder meer onderlinge verhoudingen in de maatschappij, demografische ontwikkelingen en culturele/ethische aspecten, migratie.
4. **Technologische factoren**
betreffen onder meer onderzoek- en ontwikkelingsactiviteiten, digitalisering, robotisering, AI, gentechnologie en andere technologische mogelijkheden.
5. **Economische factoren**
betreffen onder meer financieel economische situatie, arbeidsmarkt, financiële draagkracht voor nieuwe ontwikkelingen, internationale economische veranderingen.
6. **Politieke factoren**
omvatten naast beleid en politiek, (de)regulering, (de)institutionaliseringen, veranderende percepties op instituties, geopolitieke situatie.

3.1 Demografische factoren

Onder **Demografische factoren** is een aantal categorieën aan associaties benoemd. De veranderende samenstelling van de bevolking werd als meest voor de hand liggende genoemd door de toenemende vergrijzing, het afnemend kindertal en migratie. Hierdoor zullen er volgens de deelnemers over het algemeen minder mensen beschikbaar zijn voor zorgverlening en kunnen de tekorten van het zorgpersoneel verder oplopen. Aan de andere kant verwachten de deelnemers een toename van de zorgvraag door de ouder wordende populatie, toenemende palliatieve zorg, maar ook door de toename van chronische ziekten en multimorbiditeit. Een specialist ouderengeneeskunde gaf aan dat de toename van morbiditeit niet alleen toe te schrijven is aan ouderdom, maar ook aan de huidige leefstijl. Mensen zorgen volgens haar niet goed voor zichzelf door onder andere te veel te zitten, overvoeding en middelengebruik. Ook tegenbewegingen komen voor in de maatschappij, een verpleegkundig specialist schetst het beeld van mensen die juist extreem bezig zijn met een gezonde leefstijl.

Vergrijzing van de populatie en migratie vragen eveneens om nuancering volgens de deelnemers. Ouderen zijn over het algemeen steeds langer vitaal en niet iedere 70+'er is direct hulpbehoevend. Migratie kan naast uitdagingen over het leveren van passende zorg ook bijdragen aan de kennisinfrastructuur volgens een specialist ouderengeneeskunde. Ze noemt als voorbeeld de migratie van hoogopgeleide jonge mensen die in de zorgsector aan het werk kunnen gaan. Hierdoor ontstaat volgens haar ook een nieuw potentieel voor (mantel)zorgcapaciteit.

Een andere genoemde factor is de veranderende zorgvraag van de populatie en de mate waarin deze in de toekomst beantwoord kan worden. Een huisarts en een wijkverpleegkundige gaven aan dat mensen langer thuis zullen blijven wonen, waardoor meer zorg terechtkomt en/of blijft in de eerste lijn. Volgens hen is het belangrijk dat zorgverleners onderling duidelijke afspraken maken over welke zorg door wie geleverd kan en moet worden. Bijvoorbeeld; "Wanneer moet een medisch specialist betrokken worden?" Echter, de andere kant op geldt hetzelfde. Een verpleegkundige uit de wijk vult aan dat patiënten vaker onnodig lang in het ziekenhuis moeten blijven, omdat er geen capaciteit is in de thuiszorg om mensen thuis de juiste zorg te kunnen geven. Een huisarts geeft ook aan dat meer basisartsen geen ANIOS-baan meer willen, wat zal leiden tot een andere verdeling van ziekenhuisdiensten en meer druk op de medisch specialisten. Een wijkverpleegkundige uit haar algemene zorg over de algehele toename van de zorgvraag en in hoeverre deze zorg geleverd kan worden in de toekomst.

"Demografisch is het van belang om in te zien dat de bevolking ouder wordt. Ouder worden is een mooi goed, echter wel een verhoogde belasting voor verzorgende, verpleegkundige en medisch specialisten. Het is dus van belang om goed scherp te krijgen vanaf wanneer komt de medisch specialist in beeld. Wat wordt er aan de voorkant al opgevangen door bijvoorbeeld wijkverpleging en wat stroomt door naar specialist." [wijkverpleegkundige]

Tot slot is er stilgestaan bij het sociale vangnet van mensen. De verwachting van de deelnemers is dat dit vangnet kleiner zal worden in de toekomst door het individualiseren van de maatschappij. Een huisarts beschrijft dit fenomeen als 'verbubbeling', waarbij verschillende groepen mensen minder met elkaar in aanraking zullen komen. Ook verwachten de deelnemers dat mantelzorgers vaker overbelast zullen zijn en dat er een tweedeling in de maatschappij kan ontstaan op basis van toegankelijkheid van zorg.

3.2 Ecologische factoren

Bij de **Ecologische factoren** zijn de genoemde associaties in een aantal hoofdcategorieën in te delen. Enerzijds werden zorggerelateerde factoren genoemd, zoals een toename van psychiatrische- en afhankelijkheidsproblematiek. In het verlengde hiervan werd het effect van het gebruik van sociale media op onder andere weerbaarheid van mensen genoemd door een specialist ouderengeneeskunde en het belang van aandacht voor sociale vaardigheden. Ook de toename van voormalig tropische infectieziekten die meer en meer in Nederland zullen oprukken door de opwarming van de aarde werd benoemd door een huisarts. Op het vlak van zorgverlening noemden de deelnemers dat zorgverleners bewuster moeten omgaan met de zorg die zij aan patiënten aanbieden. Niet alleen bewuster voorschrijven van medicatie en het voorkomen van verspilling, maar ook het beperken van het medicaliseren van klachten en meer aandacht hebben voor preventie. Dit werd door zowel verpleegkundigen uit de wijkverpleegkundigen, de verpleegkundigen uit het verpleeghuis genoemd als door aanwezige voorschrijvers.

“Noodzaak minder voorschrijven, minder medicaliseren.” [huisarts]

Anderzijds waren duurzaamheid en natuur-, klimaat- en milieoverschijnselen onderwerpen die op verschillende manieren ter sprake kwamen. Op het gebied van duurzaamheid zien de deelnemers veel potentie onder andere rondom het hergebruiken van materialen, minder weggooien en bewuster omgaan met materialen. Een wijkverpleegkundige geeft aan dat in de thuissituatie bij patiënten veel wegwerpmaterialen worden gebruikt met een grote ecologische voetafdruk. Ook het weggooien van de medicatie na overlijden of bij wisselen komt veel voor volgens de deelnemers. Dit brengt nog een andere kanttekening met zich mee dat voor veel medicatie een tekort is, het weggooien ervan bij een ander wordt dus als erg tegenstrijdig en onnodig ervaren door een verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk. Daarnaast zouden reisbewegingen verder beperkt kunnen worden door meer gebruik te maken van zorg op afstand.

“Verduurzaming is niet alleen wenselijk, maar lijkt ook noodzakelijk voor het onderhouden van onze planeet en het terugdringen van milieubelasting. Ik persoonlijk hecht veel waarde aan verduurzaming in de zorg: bijvoorbeeld zorg op afstand, minder kilometers maken.”
[verpleegkundige uit het ziekenhuis]

Tot slot werden thema's met betrekking tot natuur-, klimaat- en milieoverschijnselen genoemd. Een specialist ouderengeneeskunde geeft aan dat de opwarming van de aarde en warmere zomers kunnen leiden tot meer oversterfte. Daarnaast kan hitte ook leiden tot meer stress in de samenleving met alle gevolgen van dien op de ervaren gezondheid van mensen aldus een deelnemende huisarts. Hij licht toe dat deze toegenomen belasting niet onderschat moet worden en ook gevolgen kan hebben voor het zorggebruik van mensen en daarmee een toenemende druk op de zorgcapaciteit legt. De klimaatveranderingen kunnen ook impact hebben op de beschikbaarheid van water en energie met als gevolg tekorten voor ziekenhuizen. Een verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis geeft aan dat we daarom vooruit moeten denken over hoe we deze mogelijke problemen tijdig kunnen ondervangen, bijvoorbeeld door hergebruik van grijs water en opslag van energie.

3.3 Sociale factoren

Bij het bespreken van de **Sociale factoren** waren er veel associaties gericht op individualisering en vereenzaming van mensen door verschillende oorzaken. Veel mensen hebben een sociaal leven op internet en minder in het fysieke leven, maar ook de digitalisering van de zorg draagt bij aan de vereenzaming volgens zowel artsen als verpleegkundigen. Ook de huidige woonvormen van met name ouderen kunnen vereenzaming in de hand werken. Men woont langer thuis of heeft een eigen kamer in een verpleeghuis waardoor er weinig contact is met andere bewoners, gaf een verpleegkundige uit het verpleeghuis aan. Bij eenzaamheid moeten we niet vergeten dat ook jongeren door het digitale tijdperk steeds vaker eenzaam zijn vult een verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis aan. Een wijkverpleegkundige geeft aan dat er voorheen vaak goed contact was met mantelzorgers, maar dat dit steeds minder wordt, omdat mantelzorgers vaak minder tijd hebben door hun eigen (betaalde) banen. Daarnaast is er twijfel over de capaciteit van mantelzorgers in de toekomst. Enerzijds gaven deelnemers aan dat deze zal afnemen doordat meer mensen werken, anderzijds zien deelnemers potentie in de 'jonge' gepensioneerden die ook mantelzorg taken op zich kunnen nemen.

“Maar ik denk dat ook heel veel jongeren best wel heel eenzaam kunnen zijn. Juist in dit digitale tijdperk zie je ook wel verschillen tussen jongeren en jongeren die echt wel

eenzaamheid ervaren en met sociale media ook soms moeite hebben om daarmee om te gaan.” [verpleegkundig specialist ziekenhuis]

De toename van de multiculturele samenleving zorgt ook voor nieuwe ontwikkelingen volgens de deelnemers. Een wijkverpleegkundige geeft aan dat mensen met een andere achtergrond soms ook andere verwachtingen en wensen hebben van de zorg. Dit kan soms tot problemen leiden, bijvoorbeeld dat men verwacht dat er meer zorg geleverd wordt dan mogelijk is. Een verpleegkundige die werkzaam is in een achterstandswijk merkt op dat mensen met een andere achtergrond vaak hele hoge verwachtingen hebben van de zorg, er wordt veel verwacht van artsen en verpleegkundigen en men vraagt sneller een second opinion aan.

“De multiculturele samenleving groeit. Tegenstrijdige normen/waarden en geloofsovertuigingen leveren mogelijk in toenemende mate problemen op in het verlenen van (specialistische) zorg door andere verwachtingen van de zorg.” [wijkverpleegkundige]

De toegankelijkheid van de zorg staat volgens de deelnemers ook onder druk. Er zijn nu veel loketten voor aanvragen, ontvangen, vergoeden en verzekeren van zorg. Deze complexe systemen beperken de toegankelijkheid van de zorg en kunnen leiden tot zorgmijding en kansen ongelijkheid volgens de deelnemers. De samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns en het sociale domein zal verstevigd moeten worden om dit te kunnen verbeteren.

“Te veel verzuiling van gezondheidszorg waardoor er te veel loketten ontstaan om zorg aan te vragen, te ontvangen, te verzekeren, vergoed te krijgen. Men overziet het niet meer en dit vergroot risico op zorgmijding.” [specialist ouderengeneeskunde]

Tot slot zijn er nog een aantal andere associaties genoemd zoals de antiwetenschappelijke beweging, agressie tegen zorgverleners, aandacht voor aantrekkelijk werkgeverschap en het belang van een representatieve afspiegeling van de samenleving in zorgbesturen.

3.4 Technologische factoren

Bij de **Technologische factoren** werd het delen van data veelvuldig genoemd door de deelnemers. Een huisarts geeft aan dat het een groot probleem is dat ziekenhuizen, zorginstanties, huisartsen en huisartsenposten verschillende datasystemen hebben wat tot frustraties leidt bij zorgverleners, maar ook bij patiënten. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) zou onafhankelijk van tijd en locatie in te zien moeten zijn voor zorgverleners volgens verpleegkundig specialist in het ziekenhuis. Daarnaast gaven deelnemers aan dat het EPD zou moeten ondersteunen in goede communicatie tussen zorgverleners en patiënten.

“Een systeem wat voor elke zorgverlener toegankelijk is en te gebruiken is op elke locatie.” [verpleegkundige in het ziekenhuis]

Een andere door zorgverleners genoemde associatie is e-health en zorg op afstand voor patiënten. Dit kan zowel de efficiëntie van de zorg verhogen als de toegankelijkheid van de zorgverleners verhogen volgens een huisarts. Het zorgt ervoor dat patiënten meer partner in de zorg kunnen worden aldus een andere huisarts. Echter, een verpleegkundige uit het verpleeghuis geeft aan dat er tijdens COVID heel veel digitaal mogelijk was, maar dat nu veel dingen ook zijn teruggedraaid

vanwege de AVG. De wetgeving zou volgens haar hierin ondersteunend moeten zijn in plaats van beperkend.

“Thuismonitoring en eHealth gaat iets veranderen in de samenwerking tussen zorgverleners, patiënten worden meer partner.” [huisarts]

Overkoepelend werden ook het toenemende gebruik van domotica en artificial intelligence (AI) genoemd. AI zal meer gaan ondersteunen in de aansturing van domotica, het beantwoorden van de vragen van patiënten en in de diagnostiek aldus zowel verpleegkundigen uit het ziekenhuis als het verpleeghuis. Een belangrijke voorwaarde die een verpleegkundige uit het ziekenhuis geeft is dat AI kan escaleren naar een zorgverlener.

“AI om domotica aan te sturen zonder tussenkomst van een zorgverlener, maar die wel kan escaleren naar een zorgverlener.” [verpleegkundig specialist in het ziekenhuis]

Tot slot werd een aantal uitdagingen genoemd voor het toenemend gebruik van technologie, bijvoorbeeld het aan boord houden van minder technisch onderlegt personeel, de financiering van nieuwe ontwikkelingen en het behouden van de menselijke maat bij het leveren van zorg.

3.5 Economische factoren

Bij de **Economische** factoren kwam uitgebreid ter sprake dat er steeds beter nagedacht zal moeten worden over de verdeling van financiële middelen om de publieke gezondheidszorg te behouden. Een huisarts geeft aan dat het zorgpersoneel in de wijk en verpleeghuizen nauwelijks rond kunnen komen van hun huidige en toekomstige salarissen. Het contrast tussen inkomens van verschillende zorgverleners wordt te groot volgens haar.

Een verpleegkundige uit het verpleeghuis geeft aan dat ze nu soms artikelen niet kan bestellen, omdat er geen financiële middelen voor zijn. Als de financiële tekorten in verpleeghuizen en wijkverpleging verder oplopen, zal dit ook effect hebben op de huisartsenzorg vult een huisarts aan.

“Ik zie zelf ook de problemen om mij heen. In de verpleeghuizen is de situatie niet houdbaar en als ze in de wijkverpleging nog meer tekorten gaan krijgen. Dan kunnen we als huisarts ons werk ook niet meer goed doen. (...) Daar gaat dus de hele keten last van krijgen, want dan liggen ze (red. de patiënten) weer te lang in het ziekenhuis.” [huisarts]

Er zal in de toekomst volgens de deelnemers dus kritisch gekeken moeten worden naar op welke manier de gezondheidszorg bekostigd wordt. Een huisarts geeft aan dat de financiële middelen op een andere manier verdeeld moeten worden dan nu het geval is. Er moet rekening gehouden worden met stijgende zorgpremies en het eigen risico volgens een wijkverpleegkundige en een huisarts. Ook stipt een wijkverpleegkundige aan dat patiënten zorg kunnen gaan mijden als ze het eigen risico niet willen of kunnen betalen.

“Ik zie het ook wel bij patiënten die bepaalde zorg juist wel willen of juist niet of die (red. patiënten) langer wegblijven, omdat ze het eigen risico niet willen of kunnen betalen. Waardoor ze dus (...) langer de zorg ontlopen.” [wijkverpleegkundige]

Aan de andere kant moet er aandacht zijn voor de keuzes die in de zorg gemaakt moeten worden om de zorg betaalbaar te houden volgens de deelnemers. Er worden verschillende manieren genoemd

door de deelnemers hoe er slimmer met het budget omgegaan kan worden, bijvoorbeeld door advanced care planning, niet meer alle zorg in het ziekenhuis willen leveren en kritisch kijken naar hoe zinvol bepaalde behandelingen nog zijn. Verschillende deelnemers benadrukken het belang van passende zorg, wat wil iemand nog en wanneer stoppen we met behandelen? Een specialist ouderengeneeskunde geeft aan dat dit niet alleen speelt voor ouderen, maar ook voor prematuren waarbij veel mogelijk is, maar we ook moeten nadenken over de financiële impact voor de maatschappij.

“Ik denk, als we eerst met zijn allen heel goed gaan kijken wat we op basis van wensen van patiënten en doelmatigheid nog aan behandelingen doen, dat er al een heleboel te winnen is. Dat we dan misschien de beperkingen door financiële middelen of kunnen voorkomen of nog een heel eind kunnen uitstellen.” [specialist ouderengeneeskunde]

3.6 Politieke factoren

Onder **Politieke factoren** gaven meerdere zorgverleners aan dat zorgprofessionals zelf directer betrokken moeten worden bij het maken van beleid en dat ze het nemen van beslissingen meer naar zich toe moeten trekken. Daarnaast gaf een wijkverpleegkundige aan dat het belangrijk is dat politici die zorgbeleid maken ook zelf een achtergrond in de zorg hebben. Een andere verpleegkundige uit de wijk geeft aan dat de politiek meer zou moeten communiceren met de praktijk voordat er beslissingen genomen worden.

“Politiek zou meer inhoudsdeskundigen moeten betrekken. Politiek is nu echt politiek en ik mis daarin mensen met verstand van de inhoud om van daaruit goede keuzes/beleid te kunnen bepalen.” [verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis]

De zorgthema's die behandeld worden in de politiek werden ook genoemd door de deelnemers. Zo werd de organisatie van zorg met een verpleegkundig specialist als 'spin in het web' genoemd door een verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis, werd samenwerking tussen eerste en tweede lijn genoemd door een specialist ouderengeneeskunde en het leveren van zorg op maat door een verpleegkundige uit het verpleeghuis. Ook werd door verschillende deelnemers genoemd dat de politiek een belangrijke rol kan spelen in het aantrekkelijk maken van beroepen in de zorg.

“Op alle manieren wordt er hard gewerkt in de zorg, dus ik denk dat dat ook wel meer beloond mag worden. Zodat er ook minder uitval is en meer waardering.” [verpleegkundige in het ziekenhuis]

Tot slot werden een aantal associaties genoemd door de deelnemers met betrekking tot de organisatie van de zorg en de rol van de politiek hierin. Een wijkverpleegkundige geeft aan dat wetgeving moet ondersteunen in het leveren van goede zorg en geen belemmering moet vormen. De zorguitgaven worden veelal bepaald door de politieke kleur zo geeft een specialist ouderengeneeskunde aan. Ze vervolgt dat het naar de toekomst toe belangrijker wordt om burgers/cliënten meer regie te geven over de organisatie van hun eigen zorg.

“Wat betekent wetgeving voor ons en in hoeverre beperkt het ons ook tot het verlenen van zorg die we eigenlijk zouden willen verlenen? (...) Met name het kunnen delen van medische gegevens.” [wijkverpleegkundige]

Nadat alle zes de letters van de DESTEP-analyse waren besproken, is aan de deelnemers gevraagd of zij een top vijf van belangrijkste elementen konden maken die meegenomen moeten worden in de toekomstvisie. Hierop lieten de deelnemers weten dat een keuze maken bijna onmogelijk is, omdat alles op zijn eigen manier van groot belang is om in ogenschouw te nemen.

4 Resultaten Toekomstscenario

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de bespreking van het toekomstscenario. In Box 4.1 staat een aantal belangrijke punten uit het scenario, het volledige scenario is opgenomen in Bijlage C. We beschrijven wat volgens de deelnemers aan de online discussiebijeenkomsten het toekomstscenario betekent voor de rol van de medisch specialist (paragraaf 4.1), voor de rol van de zorgverlener (dat wil zeggen de deelnemer zelf) (paragraaf 4.2), voor de samenwerking tussen de medisch specialist en de zorgverlener (ook in paragraaf 4.2) en voor de patiënt (paragraaf 4.3). Uit beide bijeenkomsten zijn vergelijkbare resultaten opgehaald.

Box 4.1 Aantal belangrijke punten uit gematigd toekomstscenario, zie bijlage C voor het volledige scenario

- **Sociale ongelijkheid zorgpunt**
Verschil in toegankelijkheid van: zorg, onderwijs & werk.
- **Gezondheidsuitkomsten verschillen tussen sociale klassen**
- **Bevolkingsgroei**
Migratie: klimaat en oorlog
Dubbele vergrijzing
- **Gestegen zorgvraag**
Minder mantelzorgers
3x zoveel 85+'ers op SEH
Tekorten GGZ
Meer hitte gezondheidsproblemen
Nieuwe infectieziekten
Toename complexiteit
- **Technologie steeds meer geïntegreerd**
- **Politieke versnippering is uitdaging**
- **Succes en uitdagingen bij regionalisering**
- **Personeelsbehoud**
Tekort en behoud blijft punt van zorg
Belang werk/privé balans en tevredenheid

4.1 De rol van de medisch specialist

Als eerste is besproken wat het toekomstscenario betekent voor de **medisch specialist**, dat wil zeggen welke thema's volgens de deelnemers belangrijk zijn voor de specialist in dit scenario in 2035. Een eerste thema dat besproken is, is de (hyper)specialisatie van medisch specialisten vs. het meer generalistisch werken door medisch specialisten. Door een verpleegkundige uit het ziekenhuis werd genoemd dat dit scenario kan leiden tot dat je weer meer naar generalisatie gaat in plaats van specialisatie. Volgens de verpleegkundige zal er meer generalistisch gewerkt moeten worden. Een specialist ouderengeneeskunde sluit zich hierbij aan. De specialist ouderengeneeskunde denkt dat de patiënten die binnenkomen in een ziekenhuis in de toekomst steeds complexer zullen worden. Veel meer zorg zal in de toekomst op afstand gaan en/of in de eerste lijn worden verleend, wat er

overblijft zijn complexe opnames van mensen met meerdere ziektebeelden. Een medisch specialist zal volgens de specialist ouderengeneeskunde veel meer moeten kijken naar de mens dan naar de ziekte, en meer met anderen moeten samenwerken dan nu het geval is.

“Misschien wel meer zal moeten samenwerken dan dat nu het geval is, dat je je patiënt niet meer kan opknippen in diagnoses, maar [dat] alles met elkaar samenhangt” [specialist ouderengeneeskunde]

Een verpleegkundig specialist kijkt hier anders tegenaan. Zij denkt dat je in dit toekomstscenario meer generalisten (bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten) gaat krijgen voor de zorg en dat de medisch specialist juist degene is die mogelijk de hoog complexe zorg gaat doen, maar ook de verbinder moet zijn voor al die professionals die aan het bed staan. De verpleegkundig specialist verwacht dat de verpleegkundig specialist een groot deel van de zorg op zich kan nemen, en dat de medisch specialist juist bij die heel complexe situaties aan bod komt. Een specialist ouderengeneeskunde vraagt zich af of de medisch specialist die heel complexe zorg levert regiebehandelaar gaat worden. Ze is van mening dat medisch specialisten meer generalistisch moeten gaan werken, en verwoordt dit als volgt:

“Maar ik denk dat toch wel dat de meer generalist terug moet keren bij de medisch specialist, zodanig dat een nefroloog nog weet wat het hart doet en dat de cardioloog weet wat de nieren doen” [specialist ouderengeneeskunde]

Een huisarts noemt dat de hyperspecialisatie van de afgelopen jaren medisch specialisten in de problemen gaat brengen in het geschetste scenario. Door hyperspecialisatie mis je volgens de huisarts als medisch specialist een integrale blik die relevant is in verband met de multimorbiditeit. Wie houdt het overzicht in het ziekenhuis? Een ander probleem is volgens deze huisarts dat de hyperspecialisatie kan leiden tot organisatorische problemen in de dienst. Clusters van artsen worden kleiner, waardoor dienstroosters niet gevuld kunnen worden en er meer specialismen nodig zijn als een patiënt wordt opgenomen.

Een ander thema dat volgens de deelnemers van belang is voor medisch specialisten in het toekomstscenario is de vraag hoever je wilt gaan als medisch specialist met het leveren van zorg. Een wijkverpleegkundige benoemt dat, los van of het voor een specialist haalbaar is, ook gekeken moet worden of de nazorg en de zorg die de cliënt/patiënt daarna nodig heeft te realiseren is. Een huisarts vult aan dat bij corona een zwartboek werd geschreven. Zulke zwartboeken zou je ook moeten schrijven voor eigenlijk alle specialistische zorg. Dat mensen in de samenleving alvast mentaal worden voorbereid op de keuzes die mogelijk gemaakt gaan worden. Ook noemt de huisarts dat duidelijk moet worden wat in de tweede lijn wordt behandeld en wat niet, zodat huisartsen beter kunnen doorverwijzen.

Verder werd ook technologie als thema genoemd dat een rol gaat spelen voor de medisch specialist in 2035. Een wijkverpleegkundige geeft aan dat er op een andere manier zorg moet worden geleverd. Er moeten volgens de wijkverpleegkundige meer mensen worden geholpen in kortere tijd en zorg op afstand door middel van technologie is een vorm om dat te doen. De wijkverpleegkundige noemde het volgende voorbeeld met betrekking tot wondzorg:

“Ik verwacht dat er in de toekomst kijkend naar wondzorg steeds meer instructievideo's zullen komen voor mensen thuis die de medisch specialist dan maakt” [wijkverpleegkundige]

4.2 De rol van de zorgverlener en de samenwerking tussen medisch specialist en de zorgverlener

Vervolgens is besproken wat het toekomstscenario betekent voor de zorgverlener, dat wil zeggen voor de deelnemers aan de discussiebijeenkomsten. Tijdens de bespreking hiervan werd vaak gesproken over de samenwerking tussen de medisch specialist en de zorgverlener, vandaar dat beide onderwerpen in deze paragraaf worden besproken.

Het belang van anderhalvelijnszorg wordt genoemd als thema dat relevant is met betrekking tot het toekomstscenario. Een wijkverpleegkundige geeft aan dat ze merkt dat er lange wachtlijsten in het ziekenhuis zijn en dat er in de regio waar de wijkverpleegkundige werkt wordt gekeken naar tussenstadia (anderhalvelijnszorg) in de situatie van lange wachtlijsten en het niet meer kunnen bieden van passende zorg vanuit de thuiszorg. Een huisarts beaamt dat anderhalvelijnszorg heel fijn zou zijn, zodat je als eerste en tweede lijn samen voorziet in de zorg. De huisarts verwoordde dit als volgt:

“Misschien wel dat in de toekomst ook de cardioloog weer thuis moet gaan komen om een ECHO te gaan maken of een ECG en dat de radioloog in de huisartspraktijk spreekuur komt doen. Dat soort dingen zou heel erg bijdragen aan mij als huisarts om die zorg thuis te kunnen blijven leveren zonder iedereen naar het ziekenhuis te sturen” [huisarts]

Volgens een deelnemende huisarts zijn huisartsen bereid om een coördinerende rol hierin te spelen, maar is het volgens hem dan wel belangrijk dat de medisch specialist ook uit het ziekenhuis komt en meer de wijk in komt.

Ook het delen van het medisch dossier zodat iedereen tot dezelfde actuele informatie toegang heeft werd door de deelnemers genoemd als thema dat voor henzelf, maar ook voor de samenwerking, belangrijk is. Een wijkverpleegkundige zou graag een dossier hebben waar alle zorgverleners in kunnen communiceren. Het zou mooi zijn als je in elkaars dossier kan, in plaats van dat je via een soort van whatsapp moet communiceren. Een andere wijkverpleegkundige refereerde hier als volgt aan:

“Als ik hoor korte lijnen naar specialisten toe, behandelbeleid wat integraal wordt gedeeld met iedereen, zodat iedereen dezelfde informatie heeft op het moment dat er zorg dient te worden verleend in een situatie, lijkt me heel erg wenselijk” [wijkverpleegkundige]

Een verpleegkundig specialist lijkt een gezamenlijk dossier juist lastig, omdat het privacygevoelig is. In het kader hiervan zou het volgens een wijkverpleegkundige goed zijn dat je als patiënt kan aangeven dat je een bepaald stukje wil hebben afgeschermd voor een partij. Een huisarts geeft aan heel graag een real time overzicht te hebben van de wensen van patiënten en dat de medisch specialist die ook kan zien. Op deze manier kan je volgens de huisarts ook aan verwachtingsmanagement doen. In lijn hiermee noemt een specialist ouderengeneeskunde het belang van toekomstige zorgplanning, waarin vragen worden gesteld als wilt u in uw huis blijven wonen, hoe ziet u dat voor zich? Deze informatie zou volgens haar ook gedeeld moeten worden met iedereen die betrokken is.

Naast dat anderhalvelijnszorg en een gezamenlijk dossier kunnen bijdragen aan een betere samenwerking, zou volgens de deelnemers de samenwerking naar de toekomst toe ook kunnen worden uitgebreid. Een verpleegkundig specialist denkt dat de samenwerking kan worden uitgebreid

als er bijvoorbeeld een teleconsult of meekijkconsult kan worden aangevraagd bij de medisch specialist, zodat je niet per se iemand moet doorverwijzen:

“Maar dat dat [red: de samenwerking] nog verder uitgebreid wordt dat je een teleconsult kunt aanvragen of een meekijk consult met een specialist, dus dat je niet persé een patiënt hoeft te verwijzen die ergens naartoe moet met een lange wachtlijst, maar dat je ook binnen 3 dagen een antwoord kan krijgen van de medisch specialist.” [verpleegkundig specialist]

Een andere verpleegkundig specialist geeft aan dat bij haar in het ziekenhuis ze bezig zijn met het opleiden van verpleegkundig specialisten in de keten. Deze verpleegkundig specialisten zijn dan werkzaam op verschillende plekken in de keten. Je ziet dan volgens de verpleegkundig specialist veel meer van wat er gebeurt in het andere stukje van de lijn. Ze verwoordt dit als volgt:

“Waarbij eigenlijk de patiënt centraal staat en jij de patiënt volgt in de reis die hij maakt van thuis naar het ziekenhuis, maar ook weer terug.” [verpleegkundig specialist]

Ook geeft deze verpleegkundig specialist aan dat ze in een overleg over palliatieve netwerkzorg zit en dat ze daar bezig zijn met de introductie van een warme overdracht. Als een patiënt wordt ingestuurd voor een spoedopname wordt de volgende dag vanuit het ziekenhuis contact opgenomen met de huisarts om te vragen hoe die patiënt thuis zijn ziekte ziet, dat biedt waardevolle informatie om over na te denken hoe dan in het ziekenhuis verder met de behandeling kan worden gegaan. En als de patiënt weer teruggaat naar zijn thuissituatie, wordt de huisarts uitgenodigd bij het overleg van het ziekenhuis. In het begin was het wennen voor de medisch specialist, maar nu ziet iedereen de meerwaarde ervan in, ook de huisartsen.

In lijn hiermee geeft een specialist ouderengeneeskunde aan dat ze deelneemt aan het MDO traumatologie in het ziekenhuis. De advanced care planning wordt zo veel meer meegenomen volgens haar. De specialist ouderengeneeskunde merkt dat het vertrouwen groeit doordat je elkaar leert kennen. Ze denkt ook dat daardoor minder hoog complexe zorg vanuit het ziekenhuis meer gaat verschuiven naar de huisarts en verpleeghuizen. Verder denkt ze dat specialisten ouderengeneeskunde heel veel patiënten uit het ziekenhuis houden, en dat je daardoor niet drie keer zoveel (zoals geschetst in het toekomstscenario, zie Box 4.1), maar twee keer zoveel 85+’ers op de spoedeisende hulp krijgt.

Vanuit een verpleegkundige in het verpleeghuis wordt in het kader van een betere samenwerking nog het hebben van laagdrempelig contact met medisch specialisten genoemd. Het zou volgens haar fijn zijn als je advies kunt vragen en dan binnen het verpleeghuis optimaal kan behandelen. Een verpleegkundig specialist merkt op dat de drempel om te overleggen minder hoog ligt nu ze verpleegkundig specialist is dan toen ze verpleegkundige was. Ze denkt dat er nog wel verbetering valt te behalen in de hiërarchie in het ziekenhuis en dat zo de samenwerking kan worden verbeterd:

“Ik merk dat de drempel nu minder hoog ligt omdat je makkelijker dingen overlegt in deze functie [red: is verpleegkundig specialist] [...] denk ik ook nog wel een verbetering te halen valt in de hiërarchie van het ziekenhuis. Dat sommige jonge, net afgestudeerde verpleegkundigen bij sommige artsen dan nog de drempel voelen om dingen te overleggen, dus dat daarin ook de samenwerking zeker ook nog bevorderd kan worden.” [verpleegkundig specialist]

Bij de samenwerking werd nog wel een opmerking gemaakt over de rol van de zorgverzekeraar. Een huisarts noemde dat goede voorbeelden van samenwerkingsinitiatieven tussen de eerste en tweede

lijn sneuvelen, omdat er geen structurele financiering voor kan worden geregeld. Zorgverzekeraars spelen volgens deze huisarts ook een rol in of je de zorg anders kunt gaan organiseren in de toekomst.

Verder werd als thema door een verpleegkundige uit het ziekenhuis nog genoemd dat er in de toekomst meer mogelijkheden zullen ontstaan voor bijscholing en verdieping voor verpleegkundigen, bijvoorbeeld op het gebied van voorschrijven van complexe medicijnen. En dat doordat mensen bepaalde bijscholing krijgen verantwoordelijkheden verschuiven.

Tot slot noemde een verpleegkundige in het verpleeghuis dat voor 2035 het personeelsbehoud en de werk/privé tevredenheid ook belangrijke thema's zijn voor haar als zorgverlener. Ze gaf de volgende toelichting:

"[Met] die hoge werkdruk is het wel belangrijk om goed op jezelf te blijven letten. Want nou, het verpleeghuis is wel steeds meer puur palliatieve zorg en dus dat is ook zwaar."
[verpleegkundige verpleeghuis]

4.3 De rol van de patiënt

Op de vraag wat het toekomstscenario betekent voor de patiënt in 2035, kwam naar voren dat de beeldvorming over wat er in de zorg kan anders moet. Ook werd genoemd dat er realistische verwachtingen moeten worden geschept. Er werd aangegeven dat we in Nederland heel erg verwend zijn geweest met wat allemaal onder het kopje zorg is gevallen. Dat zal in de toekomst worden uitgekleed. Een verpleegkundige uit het verpleeghuis verwoordde dit als volgt:

"De beeldvorming met wat wij aan zorg allemaal krijgen en wat ons in de gouden jaren allemaal is toegezegd en gedaan. Ja, die beeldvorming moet anders..." [verpleegkundige verpleeghuis]

In lijn hiermee werd genoemd dat patiënten zich moeten gaan realiseren dat de zorg anders moet worden georganiseerd en dat je daardoor mogelijk ook minder snel geholpen wordt. Het zal volgens een verpleegkundige in het ziekenhuis iets vragen van patiënten om hier mee om te gaan, omdat patiënten op een andere manier zorg gaan ontvangen. Als voorbeeld noemde de verpleegkundige dat AI mogelijk heel goed vragen van patiënten kan beantwoorden, en indien nodig deze kan doorzetten naar zorgverleners.

"Ik denk dat het ook gaat over een hele andere manier omgaan met zorgvragen. En ja de manier van zorg ontvangen ook, vooral dus niet meer het klassieke model zoals we dat nu nog kennen." [verpleegkundige ziekenhuis]

Maar anderzijds werd ook genoemd dat zorgverleners realistische verwachtingen moeten scheppen voor patiënten. Als voorbeeld werd door een wijkverpleegkundige genoemd dat een arts belooft aan een patiënt die van het ziekenhuis naar huis komt dat er morgen thuiszorg op de stoep staat, terwijl dit niet altijd haalbaar is.

Verder werd genoemd dat mensen/patiënten ook meer voorbereid zouden moeten worden op de toekomst waarin mogelijk een zorgsituatie op hun pad komt. Een specialist ouderengeneeskunde noemt als voorbeeld dat je vroeger een soort exitgesprek kreeg als je met pensioen ging. Dat

voorbereiden is volgens haar niet per se iets voor het medisch domein, ook ouderenbonden en de gemeenten kunnen daarmee aan de slag.

“Er komt misschien wel een zorgsituatie op je pad. Hoe denk je dat te gaan regelen in plaats van dat we wachten tot dat het mensen overkomt.” [specialist ouderengeneeskunde]

Daarnaast werd de toegankelijkheid van zorg besproken tijdens de bijeenkomsten als thema dat een rol speelt voor de patiënt in het scenario. Zo gaf een huisarts aan dat erkend moet worden wat iemands situatie is om de zorg toegankelijk te maken. Volgens deze huisarts zou de medisch specialist hier al aandacht aan moeten besteden, bijvoorbeeld door te vragen naar de thuissituatie van de patiënt. Op deze manier kan het sprongetje naar maatschappelijk werk veel sneller gemaakt worden volgens deze huisarts.

Ook de financiële toegankelijkheid van zorg werd genoemd. Er werd door een wijkverpleegkundige genoemd dat mensen de zorg niet altijd willen of kunnen betalen:

“Omdat iemand het simpelweg niet kan betalen of omdat iemand denkt, ja, waarom zou ik dat doen? Ik betaal mijn verzekering en wij (de verpleegkundige) kan komen.”
[wijkverpleegkundige]

Als toelichting gaf de wijkverpleegkundige aan dat als ze in gesprek gaat met een cliënt om de zorg te verminderen, of dingen zelf te doen, cliënten aangeven dat ze een hulpmiddel om iets zelf te kunnen doen niet kunnen betalen, waardoor de thuiszorg moet langskomen. Of dat iemand niet wil betalen hiervoor, omdat deze persoon van mening is dat hij al via de zorgverzekering betaalt. Dan moet de thuiszorg alsnog langskomen, wat volgens deze wijkverpleegkundige wel een topic is met de dubbele vergrijzing en het tekort aan personeel. Volgens haar heeft dit ook te maken met de hierboven genoemde verwachtingen die mensen van de zorg hebben:

“Mensen, ja die die betalen hun hele leven al zorgkosten of verzekeringen, dus waarom nu niet komen [= dat wijkverpleging niet langskomt]? Dat is altijd wel een uitdagend gesprek waar wij of tenminste ik in mijn wijk veel tijd aan kwijt ben.” [wijkverpleegkundige]

5 Samenvatting en conclusie

De Federatie Medisch Specialisten (Federatie) is bezig met de ontwikkeling van een toekomstvisie op de rol van de medisch specialist in 2035. De medisch specialistische zorg staat echter niet op zichzelf, maar vindt plaats in een netwerk van zorg rondom patiënten. Daarom is het perspectief van andere zorgverleners in dit netwerk, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen uit het ziekenhuis, op de rol en werkwijze van medisch specialisten en samenwerking met medisch specialisten in 2035 belangrijk om te weten. Op verzoek van de Federatie heeft het Nivel met behulp van twee online discussiebijeenkomsten de meningen en ideeën van zorgverleners (niet zijnde medisch specialisten)⁴ in kaart gebracht over ontwikkelingen die de zorg beïnvloeden en de rol van de medisch specialist in 2035. Dit is gedaan aan de hand van een DESTEP-analyse en het bespreken van een toekomstscenario. Hieronder geven we een samenvatting van de belangrijkste opbrengsten van de discussiebijeenkomsten.

5.1 Factoren die de zorg in 2035 beïnvloeden volgens de deelnemers

De deelnemers aan beide discussiebijeenkomsten hebben een veelheid aan associaties genoemd bij de verschillende factoren van de DESTEP-analyse. Bijlage D geeft een volledig overzicht van de verschillende genoemde associaties en in Hoofdstuk 3 zijn de toelichtingen van de deelnemers verder uitgewerkt. Hieronder zijn voor alle factoren de associaties waar mogelijk op hoofdthema gecategoriseerd:

- **Demografisch:** veranderende samenstelling bevolking, verschillende culturen, ouder wordende zorgvrager, veranderende zorgvraag, afname sociaal vangnet.
- **Ecologisch:** ziektebeelden, zorgverlening, leefstijl, duurzaamheid, natuur-, klimaat- en milieuverschijnselen
- **Sociaal-cultureel:** mantelzorgers, individualisering & vereenzaming, multiculturele samenleving, eigen regie, woonvormen, toegankelijkheid zorg
- **Technologie:** e-health, dossiervoering, systemen & EPD, domotica, AI, uitdagingen
- **Economisch:** gezondheidsverschillen, bekostiging, efficiëntie verhogen, keuzes in de zorg, organisatie van zorg
- **Politiek:** beleid maken, thema's, organisatie van zorg

Uit de DESTEP-analyse bleek ook dat de verschillende factoren niet op zichzelf staan en er vaak overlap was van associaties bij meerdere factoren. Zo werden associaties zoals de beschikbaarheid van mantelzorgers en veranderingen met betrekking tot de multiculturele samenleving zowel bij de factor Demografisch als Sociaal genoemd. Ook de bekostiging van zorg (Sociaal, Technologie en Economisch), toegankelijkheid (Sociaal en Economisch) en de organisatie van zorg (Economisch en Politiek) werden met meerdere factoren geassocieerd. Dit laat zien dat er veel samenhang is tussen de verschillende factoren en benadrukt de complexiteit van de gezondheidszorg.

⁴ De volgende zorgverleners hebben deelgenomen aan de discussiebijeenkomsten: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen uit het verpleeghuis, verpleegkundigen uit het ziekenhuis en verpleegkundig specialisten uit het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk.

Ook viel het op dat de deelnemers tijdens de bijeenkomst niet alleen focusten op losse associaties, maar dat er ook veel toelichting werd gegeven op oorzaak-gevolg relaties. Bijvoorbeeld rondom de impact van minder mantelzorgers en dat dit een hogere druk kan leggen op de thuiszorg en wijkverpleging. Maar ook hoe de organisatie van zorg de toegankelijkheid voor burgers kan belemmeren door eigen bijdragen en de ingewikkelde systemen voor het aanvragen van vergoedingen. Door de deelnemers werd veel gesproken over het maken van keuzes in de zorg, niet alleen door tekorten aan financiële middelen en personeel, maar juist ook in de context van passende zorg en aansluiten bij de wensen van patiënten. Ook gaven de deelnemers aan dat veel factoren hen op termijn zullen overkomen, omdat je er als zorgverlener niets aan kan doen, bijvoorbeeld de samenstelling en opbouw van de bevolking en klimaatverandering.

Tot slot werd tijdens beide bijeenkomsten gevraagd aan de deelnemers of zij een top vijf van belangrijkste elementen konden maken die meegenomen moeten worden in de toekomstvisie. Hierop lieten de deelnemers weten dat een keuze maken bijna onmogelijk is, omdat alles op zijn eigen manier van groot belang is om in ogenschouw te nemen.

5.2 Thema's die van belang zijn voor de rol van de medisch specialist in 2035 volgens de deelnemers

In het toekomstscenario werd beschreven hoe de wereld er in 2035 uit kan zien (zie Bijlage C voor het toekomstscenario). Besproken is welke thema's in dit scenario belangrijk zijn voor de rol van zowel de medisch specialist als de zorgverlener zelf, maar ook voor hun samenwerking en voor de patiënt. Hieronder wordt een overzicht gegeven van thema's die op meerdere vlakken terugkwamen en die volgens de deelnemers een belangrijke rol gaan spelen in 2035 voor medisch specialisten, henzelf als zorgverlener en de patiënt:

- **Samenwerking:** Een eerste thema dat vaak ter sprake kwam was samenwerking. De zorgverleners gaven aan dat meer samenwerking nodig is vanuit medisch specialisten met andere zorgverleners, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde. Een manier waardoor volgens de deelnemers de samenwerking kan worden versterkt is anderhalvelijnszorg, waarbij de eerste en de tweede lijn samen voorzien in de zorg. Daarnaast werden teleconsulten, een warme overdracht, deelname van andere zorgverleners aan het MDO en de mogelijkheid om laagdrempelig een vraag te kunnen stellen aan de medisch specialist genoemd als manieren die kunnen bijdragen aan een betere samenwerking. Ook een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier, waarin iedereen toegang heeft tot dezelfde actuele informatie, werd door de deelnemers genoemd als belangrijk thema voor de samenwerking.
- **Meer generalistisch werken door medisch specialisten:** Een tweede thema dat naar voren kwam is het feit dat volgens de deelnemers medisch specialisten in de toekomst meer generalistisch moeten gaan werken om de steeds meer complexe problematiek van patiënten het hoofd te bieden.
- **Maken van keuzes en scheppen van verwachtingen:** Een derde thema dat naar voren kwam is gerelateerd aan het maken van keuzes en het scheppen van verwachtingen. Enerzijds gaat het volgens de deelnemers om de vraag hoever je als medisch specialist wil gaan met het leveren van zorg. Anderzijds moeten volgens de deelnemers ook mensen in de samenleving worden voorbereid op de keuzes die in de toekomst mogelijk moeten worden gemaakt. Er zullen realistische verwachtingen moeten worden geschept over wat in de toekomst mogelijk is. Ook werd genoemd dat patiënten meer moeten worden voorbereid op de toekomst, wat willen ze als er een zorgsituatie op hun pad komt? Tot slot zullen patiënten zich moeten gaan realiseren dat de zorg in de toekomst anders zal moeten worden georganiseerd.

- **Technologie:** In het verlengde hiervan werd ook de inzet van technologie als vierde belangrijk thema genoemd. Patiënten zullen volgens de deelnemers in toekomst vaker op een andere manier zorg gaan ontvangen, zoals meer zorg op afstand (bijvoorbeeld een teleconsult) of dat hun vragen worden beantwoord door AI.
- **Toegankelijkheid:** Tot slot werd de financiële toegankelijkheid van zorg genoemd als belangrijk thema voor de toekomst. De deelnemers verwachten dat de kosten steeds meer een rol gaan spelen, een deel van de mensen zal de kosten niet kunnen of willen betalen.

5.3 Beperkingen van de discussiebijeenkomsten

Het streven van de twee online discussiebijeenkomsten was niet om tot een consensus te komen, maar om de diversiteit aan meningen en inzichten in kaart te brengen vanuit het perspectief van zorgverleners (niet zijnde medisch specialisten). In totaal namen 19 zorgverleners⁴ deel aan de bijeenkomsten. Ondanks de diversiteit van de deelnemers, geven de resultaten een beeld van een beperkt aantal zorgverleners. Hierdoor zijn de resultaten niet te generaliseren naar de groep zorgverleners (niet zijnde medisch specialisten) als geheel. Er is voor de bijeenkomsten gekozen om juist zorgverleners die geen medisch specialist zijn in het ziekenhuis deel te laten nemen. Hierdoor is er geen interactie geweest tijdens de bijeenkomst met medisch specialisten uit het ziekenhuis. Een gezamenlijke reflectie tijdens beide onderdelen had mogelijk aanvullende factoren en thema's die van belang zijn voor bijvoorbeeld de samenwerking tussen de zorgverleners en medisch specialisten kunnen opleveren. Ook zou een dergelijke interdisciplinaire discussie een uitgebreider beeld kunnen schetsen over de toekomstige verhoudingen tussen de verschillende zorgdisciplines. Als vervolgstap zou het interessant zijn om gezamenlijk te kijken naar de toekomst in 2035.

Tot slot is tijdens de discussiebijeenkomsten een gematigd toekomstscenario besproken. Het bespreken van een ander scenario of meerdere scenario's – zoals gebruikt door de Federatie – had mogelijk andere, of aanvullende, thema's opgeleverd die van belang zijn voor de rol van de medisch specialist in 2035. Deze twee andere toekomstscenario's waren een positief scenario (waarin bijv. geen personeelstekort is) en een negatief scenario (waarin alleen acute zorg kan worden verleend, vergelijkbaar met de situatie van de coronapandemie). Deze extremere scenario's, en dan met name het negatieve scenario, hadden misschien meer geprikkeld om out-of-the-box te denken. In overleg tussen de Federatie en het Nivel is omwille van de beperkte tijd en het aantal beoogde deelnemers gekozen om alleen het gematigde scenario te bespreken, omdat dit een situatie schetst die waarschijnlijk het meest lijkt op hoe de wereld er in 2035 uit ziet.

5.4 Tot slot

De twee online discussiebijeenkomsten hebben ten eerste veel verschillende factoren opgeleverd die volgens de deelnemers de zorg in 2035 beïnvloeden. Daarnaast hebben de discussiebijeenkomsten een aantal thema's opgeleverd die van belang zijn voor de rol en werkwijze van medisch specialisten en samenwerking met medisch specialisten in 2035 volgens de deelnemers. Het gaat dan om samenwerking, meer generalistisch werken door medisch specialisten, het maken van keuzes en scheppen van verwachtingen, technologie, en toegankelijkheid. Deze opbrengsten kunnen de Federatie ondersteunen bij het opstellen van hun toekomstvisie voor 2035. Het meenemen van de thema's die volgens de zorgverleners (niet zijnde medisch specialisten)⁴ van belang zijn voor de rol van de medisch specialist in 2035 door de Federatie in de ontwikkeling van hun toekomstvisie draagt bij aan het tot stand komen van een zo breed mogelijk gedragen visie.

Bijlage A Topiclijst

A.1 Introductie en toelichting (10 minuten; 18.45-18.55)

Welkom allemaal. Fijn dat iedereen vanavond tijd heeft willen vrijmaken om ons van input te voorzien. Veel dank daarvoor.

Allereerst een paar huishoudelijke mededelingen;

- Zit je in een ruimte met veel geluid? Zet dan je microfoon uit als je niet aan het woord bent.
- We zullen op sommige momenten een PowerPointpresentatie gebruiken ter ondersteuning. Vragen en opmerkingen zijn tijdens deze presentaties welkom.
- We stimuleren een onderlinge discussie tijdens de bijeenkomst. Maar heb je het gevoel dat je er niet tussen komt? Steek even een handje op.

Ik wilde beginnen met een heel kort voorstelrondje, waarin ik jullie wil vragen – omwille van de tijd - alleen je naam, je beroep en de plaats waar je werkzaam bent te delen.

Ik ga jullie zo meteen eerst meenemen in waarom deze bijeenkomst is georganiseerd, en wat de reden en het doel van deze bijeenkomst is. Daarna hebben we tijd voor discussie.

Zoals aangekondigd; er is vanavond iemand aanwezig van het team dat bezig is met de ontwikkeling van de visie MS 2035, om mee te luisteren naar deze bijeenkomst. Deze persoon [*naam*] zal geen deel uitmaken van de discussie en de camera en microfoon uit hebben staan.

Jullie kunnen uiteraard contact opnemen met het team MS2035. Dat kan via ms2035@demedischspecialist.nl.

Voordat we verder gaan, wil ik eerst nog even:

- a. expliciet vragen of jullie toestemming geven:
 1. voor deelname aan deze bijeenkomst;
 2. voor het verzamelen en gebruiken van beeld-/geluidsopnames. Deze opnames zullen na te zijn uitgeschreven/einde studie vernietigd worden. We gebruiken de opname voor het verslag en om eventueel quotes uit te halen voor de rapportage. Alles wat wordt gezegd wordt anoniem verwerkt;
- b. bevestigen dat er geen belangenverstremming is.

Mochten jullie het nog niet gedaan hebben, stuur ons dan ook nog graag het schriftelijke toestemmingsformulier toe.

Ik zal nu de opname starten, en dan stel ik de vraag nogmaals, zodat we jullie toestemming ook op de opname hebben staan.

<opname starten>

- **Is er iemand die geen toestemming geeft voor deelname aan deze bijeenkomst, het verzamelen en gebruiken van beeld-/geluidopnames?**
[Ik zie dat niemand bezwaar heeft]
- **Is er iemand die wel belangenverstremming heeft?**

[Ik zie dat niemand die aangeeft belangenverstrengelingen te hebben]

Dia 2: Korte agenda presenteren

Dia 3: Een korte toelichting op het visietraject MS 2035

Dia 4: Waarom deze bijeenkomst? En met wie? En wat gaan we doen?

A.2 DESTEP (35 minuten)

Dia 5:

We zullen nu beginnen met de DESTEP-analyse om in kaart te brengen welke factoren een rol kunnen spelen in de toekomst. Hierbij komen de volgende factoren aan bod:

Factor	Associaties
Demografische factoren	vergrijzing, bevolkingsgroei/-krimp, migratie, etniciteit, verstedelijking
Ecologische factoren	externe milieu en ecologische veranderingen, zoals klimaat, natuurlijke hulpbronnen en milieudreigingen
Sociale factoren	betreffen onder meer onderlinge verhoudingen in de maatschappij, demografische ontwikkelingen en culturele/etnische aspecten, migratie
Technologie factoren	onderzoek en ontwikkelingsactiviteiten, digitalisering, robotisering, AI, gentechnologie en andere technologische mogelijkheden
Economische factoren	financieel economische situatie, arbeidsmarkt, financiële draagkracht voor nieuwe ontwikkelingen, internationale economische veranderingen
Politieke factoren	beleid, politiek, (de)regulering, (de)institutionalisering, veranderde percepties op instituties, geopolitieke situatie

We gaan nu alle factoren van DESTEP een voor een bespreken:

NB. Start met korte toelichting van alle letters

Toekomstverkenning

DESTEP-analyse – Hoe ziet de wereld er uit in 2035?

1. Demografische factoren

betreffen onder meer vergrijzing, bevolkingsgroei, migratie, etniciteit en verstedelijking.

2. Ecologische factoren

verwijzen naar externe milieu- en ecologische omstandigheden, zoals klimaatverandering, natuurlijke hulpbronnen en milieuregelgeving.

3. Sociale factoren

betreffen onder meer onderlinge verhoudingen in de maatschappij, demografische ontwikkelingen en culturele/ethische aspecten, migratie.

4. Technologische factoren

betreffen onder meer onderzoek- en ontwikkelingsactiviteiten, digitalisering, robotisering, AI, gentechnologie en andere technologische mogelijkheden.

5. Economische factoren

betreffen onder meer financieel economische situatie, arbeidsmarkt, financiële draagkracht voor nieuwe ontwikkelingen, internationale economische veranderingen.

6. Politieke factoren

omvatten naast beleid en politiek, (de)regulering, (de)institutionaliseringen, veranderende percepties op instituties, geopolitieke situatie.

<PPT stoppen>

Demografische, Ecologische, Sociale, Technologische, Economische en Politieke factoren

Per letter (ongeveer 5 minuten per letter, totaal ongeveer 30 minuten):

Jullie krijgen per factor eerst wat tijd om associaties met de factor en het verlenen van zorg door de medisch specialist in 2035 in de chat te zetten. Waarna we deze associaties met elkaar zullen bespreken.

- Hoe ziet de wereld er in 2035 uit? Waar denken deelnemers aan bij deze factor?
[Door middel van vrije associatie deelnemers via de chat >> 2 minuten];
- Bespreken vrije associatie:
[Per letter een andere deelnemer aanwijzen voor meer toelichting, rondje maken. Toelichting vragen op onduidelijke zaken]
 - o Vragen om toelichting waarom deze associatie?

Samenvattend:

- Welke associaties worden aan meerdere factoren gekoppeld?
- Nu we al deze associaties op een rijtje hebben, welke zouden volgens jullie in de top 5 passen?

<start PPT>

A.3 Toekomstscenario 'gematigd' scenario (40 minuten)

<delen document scenario tekst in de chat>

Introductie (5 minuten):

We weten niet hoe de toekomst er uit zal zien, we kunnen in een somber scenario belanden zoals bijvoorbeeld ten tijde van de coronapandemie, maar het zou ook mogelijk kunnen zijn dat de toekomst er zonnig uitziet. Voor vanavond kiezen we echter voor een gematigd scenario, vergelijkbaar met het scenario waarin we nu zitten. We laten zo in de presentatie een fictief toekomstscenario zien dat van invloed is op de toekomstige zorg en de rol en werkwijze van de

medisch specialist daarin. Het fictieve scenario over de wereld in 2035, is gebaseerd op input uit diverse DESTEP-sessies met toekomstig medisch specialisten en literatuur, en uiteindelijk verwoord met behulp van ChatGPT.

*<sheet tonen met toekomstscenario en deelnemers de tijd geven om het scenario door te lezen>
<delen document in chat, zodat men het nog kan lezen>*

Discussie over het scenario (35 minuten, 7 minuten per perspectief ongeveer):

Nu iedereen het scenario heeft gelezen, wil ik hierover graag met jullie in gesprek gaan aan de hand van een aantal vragen:

Als je uitgaat van dit scenario...

- ... wat betekent dit scenario voor de rol van de **medisch specialist**? Wat gaat in dit scenario een belangrijke rol spelen? O.a. Welke thema's/factoren/onderwerpen gaan voor de medisch specialist belangrijk zijn? Zou je er vijf kunnen noemen?
 - Waarom en op welke manier gaan deze thema's een rol spelen?
 - Bij alleen negatieve associaties ook vragen naar positieve aspecten.
- ... wat betekent dit scenario **voor jouw rol als zorgverlener**? Wat gaat in dit scenario een belangrijke rol spelen? O.a. Welke thema's/factoren/onderwerpen gaan voor jou belangrijk zijn? En waarvan het belangrijk is dat ook de medisch specialist op de hoogte is? Kan je er vijf noemen.
 - Waarom en op welke manier gaat dit een rol spelen?
 - Bij alleen negatieve associaties ook vragen naar positieve aspecten.
- ... wat betekent dit scenario voor de samenwerking tussen jou als zorgverlener en de medisch specialist?
 - Wat zijn in de samenwerking de belangrijkste thema's op dit moment?
 - Wat verwacht je dat gaat veranderen in de samenwerking, als je uitgaat van dit toekomstscenario?
 - Welke thema's zijn dan belangrijk bij dit scenario als het gaat om de samenwerking? Kan je er vijf noemen?
 - Verwacht je bij dit toekomstscenario een andere rol voor jezelf, maar ook voor de medisch specialist, in de samenwerking tussen jullie? En waarom?
- ... wat betekent dit scenario voor de rol van **de patiënt**? En waarom?
- Samenvattend, uitgaand van dit toekomstscenario, wat zijn **de vijf belangrijkste thema's voor de toekomst** waarvan jij denkt dat die een plek zouden moeten krijgen in de visie van de Federatie Medisch Specialisten op 2035?
 - Toelichting laten geven op keuze.

Samenvatten, en vragen of iemand nog iets wil toevoegen naar aanleiding van de discussie over de toekomst.

A.4 Afsluiting (5 minuten)

- Nog nabranders?
- Bedanken voor deelname.
- Mocht je in een latere fase nog iets kwijt willen over de medisch specialist in 2035 dan kan je altijd met ons, of via MS2035@demedischspecialist.nl contact opnemen. Als je op het toestemmingsformulier hebt aangegeven benaderd te worden, zullen we je e-mailadres aan de Federatie geven, zodat zij eventueel contact met je op kunnen nemen.

- Samenvattend verslag van de bijeenkomst zal worden toegestuurd rond half maart 2024 – **graag een reactie binnen één week na ontvangst.**
- Rapportage zal eind van dit jaar openbaar worden gemaakt, nadat ook de Visie Medisch Specialist 2035 gepresenteerd is. Als rapportage openbaar is, dan zullen we die ook met jullie delen.
- Cadeaubon van 50 euro wordt toegestuurd per e-mail.

Bijlage B Voorbeeld factoren DESTEP

Toekomstverkenning

DESTEP-analyse – Hoe ziet de wereld er uit in 2035?

1. **Demografische factoren**

betreffen onder meer vergrijzing, bevolkingsgroei, migratie, etniciteit en verstedelijking.

2. **Ecologische factoren**

verwijzen naar externe milieu- en ecologische omstandigheden, zoals klimaatverandering, natuurlijke hulpbronnen en milieuregelgeving.

3. **Sociale factoren**

betreffen onder meer onderlinge verhoudingen in de maatschappij, demografische ontwikkelingen en culturele/ethische aspecten, migratie.

4. **Technologische factoren**

betreffen onder meer onderzoek- en ontwikkelingsactiviteiten, digitalisering, robotisering, AI, gentechnologie en andere technologische mogelijkheden.

5. **Economische factoren**

betreffen onder meer financieel economische situatie, arbeidsmarkt, financiële draagkracht voor nieuwe ontwikkelingen, internationale economische veranderingen.

6. **Politieke factoren**

omvatten naast beleid en politiek, (de)regulering, (de)institutionaliseringen, veranderende percepties op instituties, geopolitieke situatie.

Bijlage C Gematigd toekomstscenario

Hieronder wordt een fictief toekomstscenario geschetst die van invloed is op de toekomstige zorg en de rol en werkwijze van de medisch specialist daarin. Het onderstaande fictieve scenario over de wereld in 2035 heeft het Nivel van de Federatie ontvangen, en is gebaseerd op input uit diverse DESTEP-sessies met toekomstig medisch specialisten en literatuur, en uiteindelijk verwoord met behulp van ChatGPT.

In 2035 kent Nederland zowel vooruitgang als uitdagingen op weg naar een duurzame en rechtvaardige samenleving.

De sociale ongelijkheid blijft een zorgpunt, ondanks de verkleining van de kloof tussen de rijk en arm door overheidsinitiatieven. Er zijn nog steeds grote verschillen in toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg, onderwijs en werkgelegenheid. Tegelijkertijd neemt het aantal mantelzorgers af door maatschappelijke veranderingen.

De bevolking groeit door klimaatmigratie en migratie uit oorlogsgebieden wat leidt tot huisvestings-uitdagingen, integratieproblemen en verhoogde druk op voorzieningen, waaronder gezondheidszorg.

De dubbele vergrijzing veroorzaakt een sterk gestegen zorgvraag en toename van complexiteit, met een verdrievoudiging van 85-plussers bij de Spoedeisende Hulp. Blijvende tekorten in de geestelijke gezondheidszorg leiden tot steeds meer verwarde mensen op straat. Preventieve gezondheidszorg bereikt een bredere bevolkingsgroep, maar sociale ongelijkheden in de gezondheidszorg blijven zichtbaar. Gezondheidsuitkomsten verschillen sterk tussen sociale klassen.

Klimaatverandering leidt tot meer hitte gerelateerde gezondheidsproblemen en nieuwe infectieziekten. Hiervoor is er wel aandacht en de urgentie wordt breed gevoeld. Gecoördineerde nationale en internationale inspanningen worden ondernomen om de negatieve impact op de volksgezondheid en het milieu te verminderen.

Technologieën zoals AI en e-health zijn steeds meer geïntegreerd in het zorglandschap, ondanks financierings- en toegankelijkheidsbeperkingen. Digitale technologieën, nieuwe financieringsmodellen en samenwerkingsverbanden helpen de druk te verlichten en verminderen een deel van de administratieve lasten. Het blijft echter een uitdaging om aan de groeiende zorgbehoefte te voldoen.

Politieke versnippering blijft een uitdaging, maar er zijn ook momenten van samenwerking en consensus, vooral in het gezondheidsbeleid. Medisch specialisten hebben meer invloed gekregen op het beleid, wat heeft geleid tot meer inclusieve besluitvorming.

Wat betreft de structuur van de gezondheidszorg zijn er zowel successen als uitdagingen in de regionalisering, waarbij sommige regio's worstelen met wachtlijsten, terwijl andere baat hebben bij verbeterde netwerkvorming. Het tekort aan en het behoud van medische professionals blijft een zorg. Nieuwe initiatieven gericht op werk-privébalans en tevredenheid in het vak dragen bij aan een verbetering van de situatie.

Bijlage D Opgehaalde factoren DESTEP

Tabel D.1 Opgehaalde demografische factoren

Demografische factoren
Veranderende samenstelling (beroeps)bevolking <ul style="list-style-type: none">– Vergrijzing– Toename ouderen, afname werkenden– Afnemend kindertal– Minder beschikbare mensen voor zorgverlening– Migratie– Veranderde etniciteit– Te korten zorgpersoneel
Verschillende culturen <ul style="list-style-type: none">– Toename diversiteit van culturen in steden– Toename van mensen met een niet NL-achtergrond met trauma's, andere omgang met ziekte en gezondheid en ander gebruik van de gezondheidszorg
Afname sociaal vangnet <ul style="list-style-type: none">– Toename mensen met een klein of ontbrekend sociaal netwerk– Individualisering van de maatschappij– Overbelaste mantelzorgers– Verbubbeling
Veranderende zorgvraag <ul style="list-style-type: none">– Toename chronische aandoeningen en multimorbiditeit– Ouderen wonen langer thuis, resulteert in meer zorg voor huisarts en wijkverpleging– Verplaatsing van zorg naar de 1^e lijn problematisch door tekorten in thuiszorg → onnodig lange ziekenhuis opnames– Duidelijk beleid wanneer medisch specialist betrokken moet worden– Verdeling van te leveren zorg tussen 1^e en 2^{de} lijn
Ouder wordende zorgvrager <ul style="list-style-type: none">– Meer kwetsbare ouderen– Meer palliatieve zorg– Veranderende woonmogelijkheden voor ouderen
Overig <ul style="list-style-type: none">– Informele zorg samenwerken– Degeneratie van 'menselijk ras' → we zorgen niet goed voor onszelf– Grotere reisafstand– Minder zorg en minder financiële middelen beschikbaar– Zorgkloof

Tabel D.2 *Opgehaalde ecologische factoren*

Ecologische factoren
Ziektebeelden
– Toename psychiatrische en/of afhankelijkheidsproblematiek
– Toename van (voormalig alleen tropische) infectieziekten door opwarming van de aarde
– Effect van sociale media op o.a. weerbaarheid, aandacht en sociale vaardigheden
Zorgverlening
– Bewust voorschrijven van medicatie, voorkomen van verspilling
– Minder medicaliseren, preventie en aandacht gericht werken
Leefstijl
– Uitbanning ongezonde producten, bijv. alcohol
– Beperken vleesconsumptie in verpleeg- en ziekenhuizen
Duurzaamheid
– Bewuster omgaan met materialen, minder verspilling
– Minder afval → beperken wegwerpmaatschappij
– Herbruikbare producten zoals handschoenen, operatiesets
– Inzet hulpmiddelen en hergebruik van materialen
– Voorkomen medicatieverspilling
– Groener werken bijvoorbeeld op OK
– Gebruik van natuurlijke bronnen
– Minder reizen/ beperken mobiliteit
– Beperken van fysieke polibezoeken, reisbewegingen beperken
– Duurzame gebouwen
Natuur-, klimaat- en milieoverschijnselen
– Water en energietekorten in ziekenhuizen
– Overstromingen
– Stroomstoringen
– Warmere zomers en toename oversterfte
– Hitte stress verhoogd druk op de zorg
– Effect van pesticiden op gezondheid

Tabel D.3 *Opgehaalde sociaal-culturele factoren*

Sociaal-culturele factoren
Mantelzorgers
– Minder mantelzorgers
– Meer mantelzorgers beschikbaar
– Beperkte inzet mantelzorgers
Individualisering & vereenzaming
– Eenzaamheid
– Sociaal leven op internet
– Minder 'live' leven
– Kleiner sociaal netwerk
– Vereenzaming o.a. door digitalisering → druk op 1 ^e lijn
– Belang van inzet wijkfuncties, mantelzorgers, studenten etc.
– Toename belang welzijnswerkers
– Verbubbeling, tweedeling in de maatschappij
Multiculturele samenleving
– Impact toename multiculturele samenleving, tegenstrijdige normen en waarden, geloofsovertuiging en leveren van medisch specialistische zorg
– Cultuursensitief werken o.a. leren werken met tolken Individualisering van cliënten door langer thuis wonen
– Taalbarrières
Eigen regie
– Samengestelde gezinnen en onduidelijkheid over wettelijke vertegenwoordigers
– Toename zelfbewuste ouderen, behoefte aan langer behandelen?
– Autonomie belangrijk, wilsverklaringen waarin mensen allerlei wensen (bv euthanasie) vastleggen.
Woonvormen
– Eigen kamer/appartement en eenzaamheid door geen aansluiting bij andere bewoners op te zoeken
– Verzorgingshuis 2.0 terug
Toegankelijkheid zorg
– Verzuiling en vele loketten voor aanvragen, ontvangen, verzekeren en vergoeden van zorg. Beperkt toegankelijkheid en werkt zorgmijding in de hand.
– Groeiende gezondheidsverschillen
– Sociaaleconomische determinanten en noodzaak voor samenwerking met het sociale domein.
– Toename gezondheidskloof en effect op de vraag naar zorg
– Kansen ongelijkheid
– Directere samenwerking tussen 2 ^{de} lijn en sociaal domein zonder tussenkomst van huisarts
Overig
– Aandacht voor aantrekkelijk werkgeverschap
– Aandacht voor preventie en sociaalpsychologische focus in de zorg
– Anti-wetenschappelijke beweging
– Samenstelling besturen, vakgroepen en maatschappen moeten een betere afspiegeling zijn van de maatschappij
– Agressie tegen zorgverleners

Tabel D.4 *Opgehaalde technologie factoren*

Technologie factoren
E-health
– Beeldzorg
– Zorg en therapie op afstand
– Digitaal als het kan, fysiek als het moet
– Verhogen efficiëntie
– Communicatie patiënt-zorgverleners via whatsapp
– Laagdrempelige benadering zorgverleners
– Thuismonitoring
– Patiënt wordt partner in de zorg
Dossiervoering, systemen en EPD
– Toegankelijkheid medische informatie onafhankelijk van locatie
– Goede communicatie onderling (tussen zorgverleners en met patiënt)
– Computer die rapporteert in het EPD/ECD
– Data delen, zowel intra- als interdisciplinair
– Data gedreven werken om gerichter te kunnen sturen
Domotica
– Toename in gebruik
– Keurmerken
– Hoe blijf je bij met ontwikkelingen
– Nieuwe behandelmethodes met minder opnames en meer thuisbehandeling
AI
– Aansturen domotica met escalatie naar zorgverlener
– Antwoorden computer bij vragen patiënt
– Diagnostiek
– Bestrijden van eenzaamheid
Uitdagingen
– Menselijke maat behouden
– Minder menselijke zorg door toename technologie
– Rol van data groeit, maar oog houden voor bruikbaarheid van nieuwe informatiebronnen
– Verliezen van oudere, minder technologisch vaardige medewerkers bij toename gebruik technologie
– Vrijmaken van financiële middelen voor adequate ontwikkeling technologie
– Waarborgen privacy van patiënten en zorgverleners
– Ethisch beperkingen bij technologische ontwikkelingen
Overig
– Stroomstoringen

Tabel D.5 *Opgehaalde economische factoren*

Economische factoren
Gezondheidsverschillen
– Op basis van SES
– Toegankelijke en laagdrempelige zorg waarborgen
– Tweedeling in maatschappij door verschil in zorgconsumptie
– Zorgmijding door kosten
– Moeilijker om kwalitatief goede zorg te bieden aan mensen met lager inkomen en inzet vpt (volledig pakket thuis) (inkomensafhankelijke eigen bijdrage)
Bekostiging
– Betaalbaarheid waarborgen
– Waarde gedreven zorg om zorg betaalbaar te houden
– Einde aan marktwerking in de zorg
– Optimale zorg vraagt om andere kijk op bekostiging van zorg
– Modulaire bekostiging van de zorg in verpleeghuis en ziekenhuis
– Financiële tekorten in verpleeghuizen waardoor middelen niet ingezet kunnen worden
– Verdeling van financiële middelen voor behoud van personeel in publieke gezondheidszorg
– Toename zorgzwaarte leidt tot stijgende zorgkosten en daarmee zorgpremies
– Stijging zorgpremies om stijgende loonkosten te bekostigen
– Kosten eigen risico nemen toe
Efficiëntie verhogen
– Efficiënte inzet van mensen en middelen
– Tekort aan personeel, hoge werkdruk, ziekteverzuim
Keuzes in de zorg
– Rekening houden met financiële druk en gevolgen van inzet zorg
– Financiële beperkingen → toenemende vraag met gelijkblijvend budget
– Zorgkeuzes op basis van geld
– Technologische ontwikkelingen eindeloos, maar budget niet
– Advanced care planning inzetten voor bewust zorggebruik en respecteren zorgwensen van patiënt
– Goede palliatieve zorg → niet altijd meer insturen naar ziekenhuis
– Kritisch kijken naar welke behandelingen nog zinvol en wenselijk zijn → kwaliteit van leven en ethische verantwoording
– Sturen op maatschappelijk belang en uitkomstmaten i.p.v. financiële prikkels en aantal verrichtingen
– Verschillen tussen arm en rijk nemen toe met gevolgen voor zorgkeuzes van mensen
Organisatie van zorg
– Schaalvergroting
– Plattere organisaties
– Beperken inzet interimmers
– Meer medisch specialisten in private sector o.a. voor ontwikkeling en implementatie innovatieve zorg
– Inzet op preventie d.m.v. lifestyle keuzes
– Zorgberoepen aantrekkelijker maken bijv. door salaris en randvoorwaarden

Tabel D.6 *Opgehaalde politieke factoren*

Politieke factoren
<p>Beleid maken</p> <ul style="list-style-type: none">– Politici met dossier zorg moeten achtergrond in de zorg hebben– Zorgprofessionals moeten meer betrokken zijn bij maken van beleid– Betrekken van inhoudsdeskundigen in politieke beslissingen– Moeilijke keuzes in de zorg niet overlaten aan politiek– Inzet politiek voor preventie– Zorg moet zelf ook lobbyen bij politiek– Politieke beslissingen abstract en moeilijk te bevatten voor maatschappij– Communicatie tussen politiek en praktijk bij nemen van beslissingen– Kiezen voor populistische aanpak i.p.v. individuele aanpak
<p>Thema's</p> <ul style="list-style-type: none">– Zorg moet hoofdthema zijn in de politiek– Informatie delen vergemakkelijken– Zorg vereenvoudigen, geen financiële belemmeringen voor samenwerking– Goed salaris zorgmedewerkers– Vergoeding voor tolken in de zorg, zorg voor onverzekerden. Dit moet los staan van politieke ontwikkelingen en altijd goed georganiseerd zijn.
<p>Organisatie van zorg</p> <ul style="list-style-type: none">– Wetgeving moet de zorg ondersteunen en niet beperken– Politieke kleur bepaalt zorguitgaven– GGZ weghalen bij gemeente– Meer zelforganisatie/regie vanuit de burger/cliënten– Internationale samenwerkingen op gebied van zorg– Meer aandacht voor preventie