

VOORTREKKERS IN VERANDERING

Zorg en opleidingen – partners in innovatie

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|----|
| Woord vooraf | 3 |
| Conclusies en aanbevelingen | 4 |
| 1. Inleiding | 8 |
| 2. Ontwikkelingen in de zorgsector | 9 |
| 3. Ontwikkelingen in het hoger gezondheidszorgonderwijs | 15 |
| 4. Aansluiting van het hgzo op de zorg | 19 |

Bijlagen

- I. Feiten en cijfers
- II. SWOT-analyse
- III. Geraadpleegde bronnen
- IV. Samenstelling commissie

WOORD VOORAF

HBO-ZORGPROFESSIONAL VAN DE TOEKOMST

De zorgsector maakt turbulente tijden door. De rol van patiënten en zorgorganisaties verandert snel, technologisch is steeds meer mogelijk, en de financiering staat onder toenemende druk. Eén ding blijft echter constant: mensen bepalen de kwaliteit van de zorg. De basis daarvoor wordt gelegd in een hoogwaardige hbo-opleiding met gemotiveerde en enthousiaste studenten die met hart voor de zorg aan de slag gaan. Goed opgeleide verpleegkundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, verloskundigen, en al die andere zorgprofessionals zijn doorslaggevend om de veranderingen te kunnen opvangen en de beste zorg te bieden.

Om aan die maatschappelijke behoefte te kunnen blijven voldoen, moet je ook naar de verdere toekomst kijken. Daarom heeft deze verkenningcommissie gekeken naar de duurzame trends in onze samenleving. Dat hebben we vooral gedaan vanuit het perspectief van de patiënt of cliënt. Die staat immers centraal in de zorg.

Het beeld van de toekomst is duidelijk anders dan dat van de afgelopen jaren. Het budget is beperkt en verantwoordelijkheden worden meer decentraal bij gemeenten georganiseerd. Dichter bij mensen thuis in de verwachting van meer zelfregie. Het inzicht groeit dat de invloed vanuit andere sectoren op de zorg toeneemt. De veranderende rol van de patiënt vraagt andere vaardigheden, kennis en competenties van de zorgprofessional.

Door de snelle veranderingen moeten de opleidingen zich ook snel aanpassen, om een

natuurlijke overgang naar de zorgprofessional van de toekomst mogelijk te maken. Hogescholen hebben laten zien dat ze steeds mee kunnen bewegen met de omgeving en in staat zijn de beroepspraktijk te helpen met innovaties.

De veranderkracht is er dus, maar die vraagt wel om gerichtere inzet en energie. Minder versnipperd, uitdagender naar het praktijkveld en scherper aansluitend op de vragen van patiënten en cliënten. Verandering is lastig, zeker als bestaande patronen ter discussie worden gesteld. Maar het is wel urgent om ook in de toekomst een continu bijdrage te blijven leveren aan de kwaliteit van de zorg en aan de gezondheid en het welzijn van mensen.

We hebben als commissie afgezien van grootse vergezichten en gedetailleerde uitwerkingen. We hebben elkaar wel bevraagd op ontwikkelingen, kennis en ervaring en ook van elkaar geleerd. Iedere keer opnieuw blijkt dat met serieuze aandacht en de wil tot luisteren de focus snel scherp te krijgen is. In een praktische benadering en met grote betrokkenheid. Dat past bij het (toekomstig) werkveld.

Wij verwachten dat hogescholen deze verkenning als een uitdaging zien en die omzetten in actie. Dat is absoluut noodzakelijk om scherp aangesloten te blijven op de ontwikkelingen in de praktijk. Het hoger gezondheidszorgonderwijs is op weg naar de zorgprofessional van de toekomst, daar hebben wij alle vertrouwen in! Resultaten uit het verleden kunnen wel degelijk een garantie zijn voor de toekomst.

Namens de commissie,

Anton Westerlaken,
voorzitter

CONCLUSIES

AANBEVELINGEN

De gezondheidszorg in Nederland staat voor grote uitdagingen. Dat stelt andere eisen aan de zorgprofessional van de toekomst en dus ook aan het hoger gezondheidszorgonderwijs (hgzo). Om ervoor te zorgen dat het hgzo beroepsbeoefenaren aflevert die goed zijn toegerust voor hun werk in de gezondheidszorg, is het relevant om regelmatig ontwikkelingen in de zorg in kaart te brengen. Dat geeft de opleidingen in het hgzo aanknopingspunten om het onderwijs nog beter toe te snijden op wat de zorgsector en de samenleving vragen. In dit rapport beschrijft de Verkenningscommissie hbo gezondheidszorg in opdracht van de HBO-raad deze 'fit' van het hgzo met de ontwikkelingen in de zorg.

Conclusies

In deze verkenning zijn drie hoofdvragen beantwoord, namelijk: Wat zijn voor het hoger gezondheidszorgonderwijs belangrijke ontwikkelingen in het relevante werkveld? (hoofdstuk 2). Welke ontwikkelingen staan centraal bij de hogescholen? (hoofdstuk 3). En in hoeverre voldoen de hogescholen in kwalitatieve en kwantitatieve zin aan de ontwikkelingen in het relevante werkveld? (hoofdstuk 4).

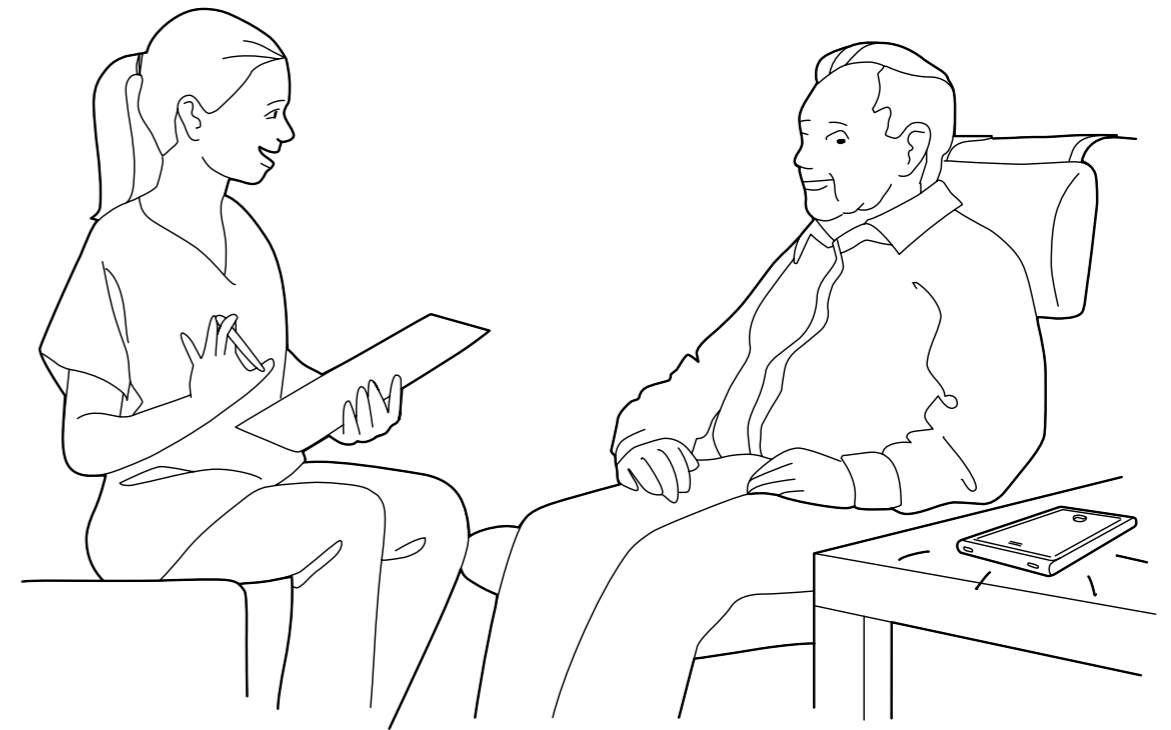
In de sector hgzo studeren ruim 41.000 studenten¹. Allereerst past het om te constateren dat de kwaliteit van het hgzo goed is en dat de opleidingen goed voorbereiden op wat de zorgsector nodig heeft. De NVAO-accreditaties laten hier ook geen twijfel over. Tegelijk innoveert de gezondheidszorg in zo'n tempo dat het onderwijs steeds alert méé zal moeten. En niet alleen dat; het hgzo is als kennisorganisatie ook

voortrekker bij onderzoek naar allerlei aspecten van zorginnovatie.

De zorgvraag neemt toe door vergrijzing, complexere zorgvragen en doordat de technisch-medische mogelijkheden toenemen. De betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg komen onder druk te staan. Mensen willen gezonder leven en vragen begeleiding bij een gezonde leefstijl. Dat wordt ook van hen verwacht. Patiënt en zorgverlener worden meer partners waarbij zij gezamenlijk de ziekte c.q. het welbevinden bespreken. Er komt meer aandacht voor preventie en voor welzijn en de zorg zal steeds meer bij mensen thuis plaatsvinden.

De hogescholen leveren een belangrijke bijdrage aan deze vraagstukken. Tegen de achtergrond van veranderingen die snel gaan in de zorg en in de samenleving, staan de hogescholen voor de uitdaging om ook in de nabije toekomst goed toegerust te zijn en de voortrektersrol van hun afgestudeerden te bevorderen. Er is, zo constateert de commissie, voldoende veranderkracht. Dat heeft het hgzo in het verleden ook laten zien. Het hgzo zal de komende jaren sterk moeten inzetten op zorginnovatie, waarbij innovatief partnerschap ontstaat tussen gezondheidszorg en het hgzo waarin beide sectoren investeren.

Daarvoor is het noodzakelijk dat het hgzo versterkt inzet op een robuust curriculum, waarin ruim aandacht is voor communicatieve vaardigheden en interdisciplinair werken, waarin meer aandacht wordt besteed aan ontwikkelingen in de zorg rond technologie en e-health, aan kennis over de zorg voor ouderen, en aan preventie/leefstijl en ondernemerschap. Daarnaast dient in meer thematische samenhang het praktijkgericht onderzoek te worden ver-



sterkt. De resultaten van het praktijkgericht onderzoek vergen een snellere toepassing in de praktijk. Dat kan indien deze meer transparant en systematisch vindbaar zijn voor hogescholen en voor het werk- en beroepenveld. Door een nauwere samenwerking met het werkveld en de beroepspraktijk zal de benodigde responsiviteit van de opleidingen toenemen.

Het is aan de hogescholen met zorgopleidingen om, samen met hun studenten, docenten, en lectoren, in te zetten op een missie voor het onderwijs die invulling geeft aan de zorgprofessional van de toekomst. Een gedegen basis behouden en versterken en innoveren, en dat samen met werkveld en beroepspraktijk!

Aanbevelingen

De aanbevelingen richten zich primair op de hogescholen met gezondheidszorgopleidingen. Vertegenwoordigers van andere opleidingen kunnen zich uiteraard ook aangesproken voelen om een bijdrage te leveren. Dat geldt eveneens voor samenwerkingspartners uit het werkveld en de beroepspraktijk.

Robuust curriculum

Het is en blijft essentieel dat de kwaliteit van de opleidingen hoog c.q. excellent is. Dit is de

basis. Afgestudeerden zijn beroepsbeoefenaren die op alle eindkwalificaties deskundig en bekwaam zijn. Die eindkwalificaties evolueren op grond van de ontwikkelingen in het veld en het beroepsprofiel. De hogescholen houden daarbij rekening met de vraag naar vakvolwassen generalisten en professionals op expertniveau.

De hbo-zorgprofessional van de toekomst is een reflective practitioner die vakliteratuur adequaat kan beoordelen en kan bijdragen aan praktijkonderzoek en goed is ingevoerd in technologische aspecten van de zorg. Hij of zij is ook in staat overzicht te houden bij multi-problematiek en in staat om af te stemmen met collega's van andere disciplines. De zorgprofessional kan met de patiënt prioriteiten stellen, bespreken wat een passend doel kan zijn en welke wegen naar dat doel kunnen leiden. Het is de uitdaging en de opdracht aan het hgzo om die 'nieuwe' eisen nu al te vertalen in de opleidingen.

Met dit toekomstperspectief is het noodzakelijk om het curriculum aan te scherpen: aandacht voor communicatieve vaardigheden over de relatie met de patiënt en in relatie tot collega's van andere disciplines. En meer kennis en vaardigheden over preventie en leefstijl, kennis

¹In 2012 stonden 41.031 studenten ingeschreven bij de bekostigde opleidingen sector hgzo (bron HBO-raad).

over de zorg voor ouderen, techniek, en ondernemerschap.

Borging met en in de praktijk

De snelle ontwikkelingen in de zorg vereisen een meer duurzame samenwerking tussen hgzo en werkveld die leidt tot een innovatief partnerschap. Dat is cruciaal om daadwerkelijk méé te bewegen met de ontwikkelingen in de zorg. Belangrijk is dat leren en werken zodanig worden gekoppeld dat zowel de student, de opleiding, als de zorginstelling daar wijzer van worden. Dat vergt een extra slag om klaar te zijn voor de toekomst.

De commissie adviseert de hogescholen om in te zetten op meer leer-werkplaatsen, op de vorming van learning communities, en op meer docenten met actuele kennis en ervaring uit de beroepspraktijk. Dit laatste door daar zelf werkzaam te zijn en door personeel uit te wisselen. Door de wisselwerking ontstaat een congruentie tussen wat studenten in het onderwijs meekrijgen en de ontwikkelingen in de werkomgeving. Tegelijkertijd leert de praktijk van de inzichten uit de opleidingen, zeker waar praktijkgericht onderzoek duurzaam is georganiseerd.

Om toe te werken naar de wenselijke situatie van duurzame samenwerking die continu aanpassing stimuleert, adviseert de commissie tevens om de huidige beroepenveld/werkveldadviescommissies om te vormen. Dat kan in een nieuwe invulling met een flexibele schil van 'vakprominenten' uit de zorg met het doel op strategisch niveau de thematische ontwikkelingen te bespreken en daarnaast met een groep van vertegenwoordigers uit het werk- en beroepenveld (met een maximale zittingsduur) die adviseert over de curricula en opleidingsprofielen.

Praktijkgericht onderzoek

Toekomstgericht hoger gezondheidszorgonderwijs dient vervlecht te zijn met praktijkgericht onderzoek.

Dat is noodzakelijk om te innoveren zodat de kwaliteit van de zorg steeds wordt verbeterd.

Om daaraan te kunnen voldoen, zullen de hogescholen meer moeten investeren in hun ontwikkeling naar Universities of Applied Sciences. Praktijkgericht onderzoek levert immers zowel voor de beroepspraktijk als voor het onderwijs innovatieve impulsen. Vervlechting van deze kennisbasis in het onderwijs is essentieel. Een nauwere samenhang tussen thema's die opleidingsoverstijgend zijn en een betere toegankelijkheid van de resultaten van het praktijkgericht onderzoek, zal de slagkracht vergroten.

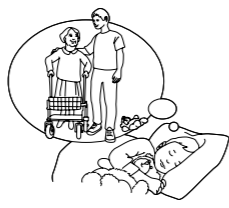
Praktijkgericht onderzoek vereist een gezonde financiële basis. Dat vraagt investeringen; niet alleen van de overheid, maar ook van onderwijsinstellingen, zorginstellingen, zorgverzekeraars én het bedrijfsleven.

Focus en differentiatie

De commissie constateert dat zorginstellingen in de omgeving van hogescholen differentiëren en meer focus aanbrengen. Daarnaast kunnen naast de zorgvraag die in de basis overal in Nederland hetzelfde zal zijn, ook per regio verschillende accenten zijn in de zorgbehoefte.

De commissie beveelt het hgzo aan het thema focus en differentiatie te agenderen. Het benoemen van speerpunten en het aanbrengen van inhoudelijke accenten geconcentreerd in een beperkt aantal vestigingen, zal de kwaliteit en de innovatiekracht van de sector verder versterken. Keuzes door hogescholen nu, geeft straks de goede mogelijkheden voor talent in opleiding en in het werkveld. Goed c.q. excellent is daarbij beter dan veel.

VOORTREKKERS IN VERANDERING



1. INLEIDING

Wij leven langer, zijn langer gezond en blijven langer zelfredzaam. Tegelijk wordt de gezondheidszorg in hoog tempo steeds beter. Dankzij innovaties in de organisatie en de producten van de zorg, nemen de (technologische) mogelijkheden toe, stijgt de kwaliteit en komt de zorg tegemoet aan meer en soms ook meer complexe zorgvragen. Deze zorg wordt geleverd door professionals die deskundig en bekwaam zijn én zorginnovatie in praktijk brengen. En die dat in hun contact met patiënten realiseren op een manier die past in deze tijd: met maatwerk, flexibiliteit in aanbod en echte afstemming met de betrokkenen. Verloop en uitkomst van elk zorgproces zijn immers de verantwoordelijkheid van de zorgverlener(s) én de patiënt. Met zijn kennis, wensen, vermogens, waarden, opvattingen en sociale omgeving is de patiënt coregisseur van zijn behandeling.

Opleidingen moeten zorgverleners afleveren die dit perspectief in praktijk kunnen brengen. En dus sensitief zijn voor te verwachten ontwikkelingen in het werkveld en de maatschappij zodat zij in hun bachelor- en mastercurricula de studenten goed toerusten voor hun beroep.

Verkenningcommissie hgzo

Het bestuur van de HBO-raad heeft een commissie gevraagd om een toekomstgerichte verkenning van het hoger gezondheidszorgonderwijs (hgzo) te maken². Drie zaken staan daarbij centraal: overzicht van de voornaamste ontwikkelingen in het werkveld van de gezondheidszorg waarmee de gezondheidszorgopleidingen in de nabije toekomst te maken krijgen en waarop zij moeten anticiperen, inzicht in de mate waarin dit al gebeurt en in de dimensies waarop verbetering urgent is, en een sterktezwakte analyse van de sector hgzo.

Deze notitie gaat dan ook in op de beantwoording van drie hoofdvragen:

1. Wat zijn voor het hoger gezondheidszorgonderwijs belangrijke ontwikkelingen in het relevante werkveld? (zie hoofdstuk 2).
2. Welke ontwikkelingen staan centraal bij de hogescholen? (zie hoofdstuk 3).
3. In hoeverre voldoen de hogescholen in kwalitatieve en kwantitatieve zin aan de ontwikkelingen in het relevante werkveld? (zie hoofdstuk 4).

Strategische context

De Strategische Agenda Hoger Onderwijs van het ministerie van OCW, het Hoofdlijnenakkoord dat OCW met de HBO-raad heeft gesloten, en het rapport 'Differentiëren in Drievoud' van de Commissie Veerman zijn belangrijke kaders voor de verkenning. Daarnaast benutten we 'Kwaliteit als opdracht', de hbo-beleidsagenda voor de komende jaren. De adviezen van de Commissie Bruijn over externe validering en examenkwaliteit, en de prestatieafspraken tussen de minister van OCW en de hogescholen zijn eveneens richtinggevend.

Werkwijze van de commissie

In de verkenning is een horizon van ongeveer 15 jaar gehanteerd. Bij het tot stand komen van deze rapportage is gebruik gemaakt van literatuur en van de eigen ervaringen van de commissieleden. Ook heeft de commissie gesproken met personen van verschillende organisaties die actief zijn op het terrein van de gezondheidszorg. De commissie dankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan dit rapport.

Dit rapport beoogt niet volledig te zijn ten aanzien van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De commissie heeft van afstand gekeken naar de ontwikkelingen en de accenten benoemd die zij urgent acht. De commissie wil met dit rapport een handreiking bieden aan de hbo-gezondheidszorgopleidingen zodat zij innovatief en anticiperend in blijven haken op de ontwikkelingen in de sector.

2. ONTWIKKELINGEN

IN DE ZORGSECTOR

De commissie richt zich in deze verkenning op de gezondheidszorg. Waar in deze rapportage wordt gesproken over 'zorgsector' wordt het werkkterrein van de gezondheidszorg bedoeld.

Onder de term zorgsector in een ruime definitie kunnen zowel de sectoren gezondheidszorg als welzijnszorg worden begrepen. Uiteraard raken deze werkkterreinen elkaar. Het hoger gezondheidszorgonderwijs (hgzo) en het hoger sociaal agogisch onderwijs (hsao) zijn tezamen vanuit het hbo de grootste 'leveranciers' voor de welzijns- en gezondheidszorgsector. De hbo-professionals uit deze sectoren zullen ongetwijfeld met elkaars werkkterrein te maken krijgen en aspecten van welzijn zijn in toenemende mate van belang in het functioneren van de zorgprofessional.

De sector gezondheidszorg kan globaal worden ingedeeld in de eerstelijnszorg, dat is de rechtstreeks toegankelijke hulp (zoals fysiotherapeuten, mondzorgkundigen, huisartsen) en de tweedelijns zorg van hulpverleners die slechts na verwijzing geconsulteerd kunnen worden (zoals een arts-specialist). De branches in de gezondheidszorg worden gevormd door ziekenhuizen, Verpleging, Verzorging, en Thuiszorg (VVT), de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en zelfstandige beroepspraktijken.

De sector gezondheidszorg kent naar verhouding veel 'grootbedrijf'. Er is sprake van een groot aandeel sectorspecifiek opgeleide werknemers. De branche gezondheidszorg draagt circa 10% bij aan het bnp³. Het aandeel hoger opgeleiden (hbo en wo) is hoger dan gemiddeld bij andere sectoren. Van het personeel in de sector gezondheidszorg is circa 30% hoger

opgeleid (hbo en wo). In absolute zin komt dit neer op bijna 211.000 personen⁴. Jaarlijks stromen vanuit het hgzo ruim 7.000 afgestudeerden de zorg in.

In de gezondheidszorg vinden kwalitatieve en kwantitatieve veranderingen plaats in de vraag naar zorg. Hieronder schetsen we een beknopt beeld van de veranderingen die relevant zijn voor de opleidingen in het hgzo.

Context van de ontwikkelingen

De zorgvraag neemt toe doordat de bevolking vergrijsd, doordat steeds meer mensen leven met chronische aandoeningen (ouderen vaak met verschillende tegelijk), en vooral doordat medisch-technologische ontwikkelingen meer mogelijk maken op het gebied van behandelmethoden.

Door een toename van de zorgvraag staat de financiering onder druk. Het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg staat dan ook hoog op de politieke agenda. Een andere ontwikkeling is dat door de vergrijzing de beroepsbevolking krimpt. Op termijn kunnen hierdoor tekorten in de zorg ontstaan. Tegelijkertijd leeft de verwachting dat de kwaliteit van de zorgverlening toeneemt. Het SCP raamt dat in de branche Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) in 2030 -op alle opleidingsniveaus samen- zo'n 140.000 mensen extra nodig zijn. Volgens andere ramingen zouden in 2030 400.000 extra mensen in de zorg nodig zijn⁵. Dit zijn lange termijnverkenningen bij ongewijzigd beleid. Bovendien lijkt het tekort aan zorgpersoneel zich meer te richten op personeel met een middelbare beroepsopleiding dan op personeel met een hogere beroepsopleiding.

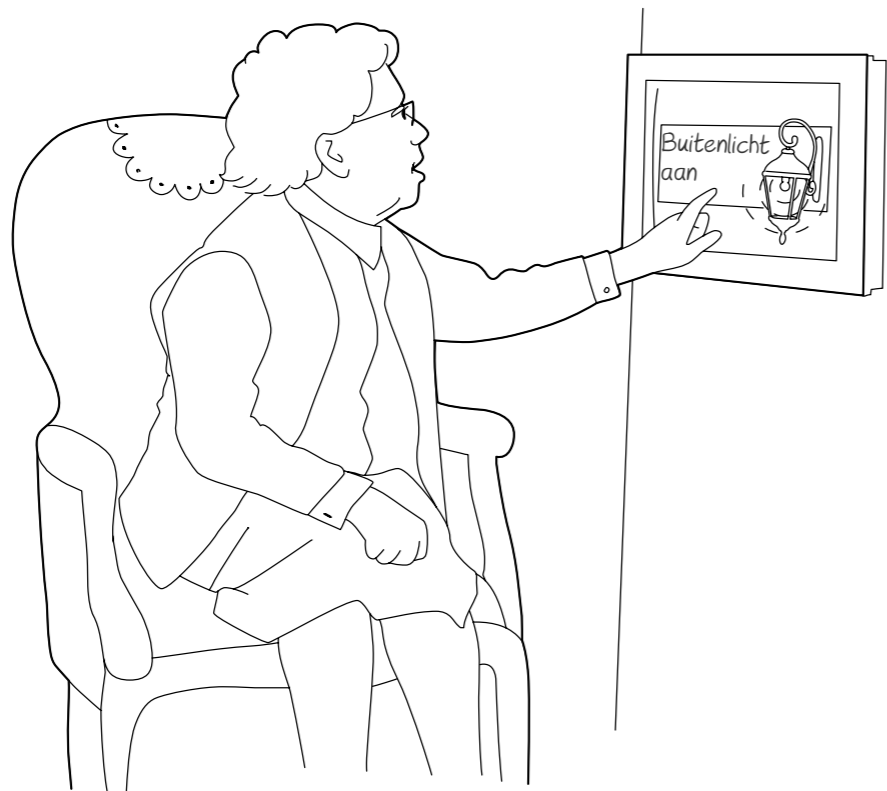
Door de vergrijzing wordt een ander probleem in de zorg zichtbaar. Vooral oudere mensen

² Ook andere sectoren in het hbo worden verkend. Een verkenning voor de aanpalende sector hoger sociaal agogisch onderwijs start naar verwachting dit voorjaar.

³ Rabobank, 2010.

⁴ CBS Statline, bewerking Research voor Beleid.

⁵ Prismant, 2010.



hebben vaak verschillende problemen tegelijkertijd (multimorbiditeit). In de gehele bevolking heeft 13% één of meer chronische ziekten, onder de groep 75+ is dat maar liefst 57%. Van de ouderen is circa een kwart 'kwetsbaar', dat wil zeggen heeft te lijden onder een combinatie van multiple problematiek en functiebeperkingen.

De zorgprofessionals specialiseren zich steeds meer. Dit veroorzaakt versnippering tussen de algemene zorgvragen van de patiënt en de specialistische kennis en vaardigheden van de beroepsbeoefenaar. De indruk bestaat bovendien dat de specialist beter gewaardeerd wordt omdat hij of zij de expertise heeft op een bepaald gebied, terwijl de kennis en de vaardigheden van de generalist meer diffuus en lastiger te omschrijven zijn.

Het Regeerakkoord geeft aan dat goede gezondheid begint bij preventie en bij een gezonde levensstijl. Het Kabinet stelt drie prioriteiten: kwaliteit van geleverde zorg verbeteren, kostenverlaging, en het bevorderen van samenwerking tussen zorgaanbieders. Het voornemen is om dure, complexe zorg te concentreren en om minder complexe zorg te organiseren dichterbij mensen.

Ook andere veranderingen in de samenleving hebben effect op de gezondheidszorg. De culturele diversiteit is in de samenleving toegenomen. Ook worden mensen door het gebruik van internet als het ware zelf 'specialist' op het terrein van hun ziekte of aandoening. De 'zorgconsument' is kritischer geworden. Er ontstaat een grotere vraag naar persoonlijke dienstverlening: advies krijgt een belangrijker rol naast zorgverlening. Mensen worden kritischer en gaan vaker op zoek naar 'gezondheid'. Van zorgverleners wordt verwacht dat zij kunnen omgaan met consumerend gedrag van de zorgvrager, mede in het licht van schaarser wordende middelen.

Naast ziekte ook gezondheid, naast gezondheid ook welzijn

Er is sprake van een verschuiving van de aandacht voor ziekte naar óók aandacht voor gezondheid. Daarnaast is naast aandacht voor gezondheid als state meer aandacht voor gezondheid als ability. Dat is een leidend verschil.

Het zal in de zorg steeds meer gaan over gedrag en gezondheid. Mensen willen gezond blijven en meedoen in de samenleving. Van mensen wordt verwacht dat zij steeds meer ac-

tief op zoek gaan naar gezondheid door een gezonde leefstijl. Van de zorgprofessional vraagt dat ook een andere manier van werken. Een grote wijziging die zich afspeelt in met name de langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken is het 'ontzorgen': de beweging van zorg naar kwaliteit van leven, rekening houdend met beperkingen. Dit betekent meer aandacht voor eenzaamheidsbestrijding, mobiliteit, participatie, eten en drinken, etc. In de huidige langdurige zorg is het medische paradigma dominant, waardoor vragen van burgers in termen van zorgaanbod worden beantwoord. Door de kwaliteit van leven centraal te stellen, wordt meer ingegaan op anderssoortige vragen zoals hulp, ondersteuning, en indien nodig uiteraard zorg.

De burger zal meer vragen om coaching bij het zelfmanagement. Van patiënten c.q. cliënten wordt een grotere zelfredzaamheid verwacht rond de eigen situatie. Bij patiënten met een chronische beperking zal meer nadruk komen te liggen op levenslange begeleiding bij zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

Daarnaast zullen zorgprofessionals meer aandacht moeten hebben voor preventie: zij zullen sneller en actiever moeten ingrijpen, coaching, en voorlichting moeten geven bij de eerste signalen van ongezond gedrag, de voortekenen van een aandoening of ziekte, of bij het voorkomen van erger.

Samen met de patiënt

De patiënt en zorgverlener worden meer partners, waarbij de patiënt een actievere rol aanneemt. De zorgverlener en de patiënt hebben een partnership waarin zij gezamenlijk de ziekte c.q. de gezondheid en het welbevinden van de patiënt bespreken. De informatie die met behulp van internet en sociale media beschikbaar is, is hier van grote invloed. Veel patiënten struinen het internet af voordat zij al het eerste gesprek met een zorgverlener hebben gevoerd. Zij zijn, of voelen zich, in veel gevallen al goed geïnformeerd en verwachten daardoor een gesprek dat daar blijk van geeft van de zijde van de zorgverlener. Patiënten zijn bovendien ervaringsdeskundigen. Zij willen niet op de

stoel van de zorgverlener gaan zitten en zullen uiteraard blijven verwachten dat de zorgverlener deskundig is. Maar patiënten willen wel met hem samen en, waar nodig en relevant met behulp van internet en ICT, hun eigen zorg- en gezondheidsproces vormgeven. Patiënten zullen steeds vaker zelf van mening zijn dat een ingreep of een bepaalde behandeling niet altijd het beste is voor het welbevinden. Bovendien zullen we ons moeten realiseren, dat de patiënt die straks oud is nu al is gewend is om keuzes te maken op basis van een individuele voorkeur, zoals bij telefoonaanbieders en energieleveranciers.

Burgers en patiënten zijn ook in ander opzicht veeleisender geworden en verwachten meer kwaliteit van de zorg. Zij worden kritischer ten opzichte van de organisatie van de zorg. Ook wordt meer verwacht van de kwaliteit van de zorg zelf, onder andere doordat mensen zelf op onderzoek uit gaan en gepubliceerde gegevens op internet opzoeken en vergelijken.

Het is aan de zorgprofessional om de patiënt als een volwaardiger gesprekspartner te zien, goed te informeren, en om samen te beslissen over het proces rond de vragen van de patiënt. Hier is wel een nuancering op zijn plaats. Niet alle patiënten zullen in staat zijn om het 'nieuwe' gesprek met de zorgverlener te voeren. En niet alle patiënten zullen in staat zijn om de regie over het eigen ziek zijn, of de eigen gezondheid te voeren. Het is aan de zorgverlener om een inschatting te maken hoeveel de betreffende patiënt aan kan.

Organisatie van de zorg

Zorg vindt steeds meer plaats bij mensen thuis. Er wordt een sterker beroep gedaan op mensen om zelf – samen met hun sociale omgeving – te voorzien in oplossingen. Steeds meer ouderen kunnen langer thuis blijven wonen en willen dat ook met nadruk zelf. Om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten functioneren is meer inzet van vrijwilligers en mantelzorgers nodig.

Verschillende initiatieven sluiten bij deze ontwikkeling aan zoals 'Buurtzorg Nederland'

voor verpleging en verzorging aan huis en andere initiatieven zoals 'Joost zorgt, uw zorgcoach in de buurt'. De inzet van wijkverpleegkundigen is succesvol gebleken en bovendien kostenbesparend. Dat blijkt uit experimenten met 250 extra wijkverpleegkundigen. De inzet van wijkverpleegkundigen is uiteraard niet nieuw. De wijkverpleegkundige is in principe een generalist, al zijn ook sommigen van hen gespecialiseerd op het terrein van oncologie of chronische ziekten.

Wel kan gesteld worden, dat sprake is van een nieuw type verpleegkundige die de spin in het web is en – liefst samen met de patiënt – contacten onderhoudt met instanties zoals woningcorporaties, welzijnswerkers, schuldhulpverleners, en uiteraard met de familie van de patiënt. Het voornemen van het Kabinet is om vanaf 2015 verder te investeren in extra wijkverpleegkundigen met een bedrag dat oploopt tot minimaal 250 miljoen in 2017.

Mantelzorg

Skype, Facebook, Twitter en verschillende apps kunnen mantelzorgers helpen bij hun zorgtaken. Zo komen er speciale apps op de markt op het gebied van communicatie, dagstructurering en behandeling.

De Haagse Hogeschool heeft als eerste hogeschool een lectoraat Mantelzorg ingesteld. Dit lectoraat is tot stand gekomen door de ambitie van de 12 organisaties uit het Haags Mantelzorgakkoord. Het lectoraat Mantelzorg is bedoeld om een bijdrage te leveren aan onderzoek naar en de verdere ontwikkeling van mantelzorg.

De zorg organiseert zich steeds meer als een netwerk. Er is sprake van 'ketenzorg' waarbij de zorgaanbieders de schakels zijn die er samen voor zorgen dat de vraag van de patiënt wordt beantwoord. Een goede samenwerking tussen aanbieders van verschillende soorten zorg is hiervoor een vereiste. De afgelopen jaren heeft

die samenwerking veel verschillende vormen aangenomen. Binnen de eerstelijns gezondheidszorg ontstaan samenwerkingsvormen op wijkniveau (zoals gezondheidscentra), aandoeningsgerichte samenwerkingsvormen (bijvoorbeeld voor diabetes of COPD) en vormen van samenwerking die zich richten op het management van groepen (zoals ketens van apotheken).

In de sector is een trend van functiedifferentiatie en taakherschikking waarneembaar. In de ziekenhuiszorg bijvoorbeeld helpenden aan de 'onderkant' en verpleegkundig specialisten en physician assistants aan de 'bovenkant'. In de eerstelijnszorg is eveneens taakherschikking in volle gang. Taken van de huisarts worden overgenomen door praktijkondersteuners, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants zowel ziektespecifiek bij suikerziekte en astma of generalistisch bij ouderen en op de huisartsposten.

In de eerstelijnszorg is bovendien een ontwikkeling gaande in de richting van meer groepspraktijken en gezondheidscentra.

In het verlengde hiervan noemen we het voorstel voor een nieuw beroepenhuis voor de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden, zoals geformuleerd door de beroepsvereniging VenVN. Daarbij is sprake van twee niveaus van beroepsuitoefening voor de verpleegkundige beroepsgroep: de verpleegkundige (hbo-bachelor) en de verpleegkundig specialist (hbo-master), met verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Daarnaast worden twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging onderscheiden: de zorgkundige en de verzorgende/helpende. Over deze ontwikkeling is nog geen formele besluitvorming genomen.

Op deze plaats noemen we ook de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen. Deze commissie gaat de minister van VWS adviseren over de ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Mogelijk heeft dat op termijn implicaties voor de opleidingen in het hgzo, maar dat is op dit moment nog niet te overzien.

Technologie en innovatie

Onder innovatie verstaan we hier producten of werkwijzen die worden toegepast voor vernieuwing en verbetering ten aanzien van: het aanbod van de zorg, de communicatie tussen zorgverlener en cliënt/patiënt, en de concrete werkprocessen. Het kan gaan om innovaties op technologisch gebied, maar ook om sociale innovaties. Daarbij kan sprake zijn van nieuwe toepassingen, maar ook om gebruik op grotere schaal van reeds bestaande en effectief gebleken innovaties.

Innovatieve toepassingen vinden soms nog op kleine schaal plaats. Alle zorgverleners krijgen met technologie te maken, maar zij hebben niet altijd weet van technische vindingen, en als zij dat wel hebben is het niet altijd vanzelfsprekend dat zij daarmee ook kunnen werken. Zonde. Technische toepassingen in de gezondheidszorg dragen bij aan een efficiëntere en effectievere zorg die bovendien de zelfredzaamheid van patiënten bevordert.

Bijzonder aandachtspunt hierbij is de inzet van technologie voor het verlenen van zorg op afstand.

De inzet van e-health kan bijdragen aan het anders aanbieden van zorg en ondersteuning of zelfs het (gedeeltelijk) vervangen ervan.⁶ De implementatie van e-health komt nog te langzaam op gang. De rijksoverheid ondersteunt acties van het veld om de implementatie te versnellen.

Sociale innovaties zijn mogelijk door 'slimmer te werken' met behulp van een andere organisatie van werkzaamheden. Bijvoorbeeld door taakherschikking. Voorbeelden zijn de functies van verpleegkundig specialisten en physician assistants, mondzorgkundigen, orthoptisten, en farmakundigen. Deze beroepen zijn tot stand gekomen als gevolg van verdergaande specialisatie en herschikking van bepaalde taken van artsen en medisch specialisten, mede door initiatief vanuit het hgzo om proactief in te spelen op de ontwikkelingen in het werk- en beroepenveld. Kandidaten in deze opleiding dienen te beschikken over een leerarbeidovereenkomst

Smartphone & Dieetbehandeling

Esther van der Zwaan, onlangs afgestudeerd aan de opleiding Voeding & Diëtetiek van de Hanzehogeschool Groningen, heeft als eindwerkstuk een app ontwikkeld. Het contact tussen cliënt en diëtist wordt met deze app flexibeler, niet tijdgeboden en minder arbeidsintensief. Dit werkt kostenbesparend. De meerwaarde van deze vinding ten opzichte van reeds bestaande buitenlandse app's is, dat deze is ontwikkeld in samenwerking met diëtisten en dat deze is afgestemd op de voedingsgewoonten in Nederland.

met een werkgever.

Er is ook tegenwerking waardoor innovatie in de gezondheidszorg soms traag verloopt.

De zorg wordt betaald voor kwantiteit (aantal verrichtingen) in plaats van voor kwaliteit (kwaliteit van leven c.q. gezondheidswinst). Zorgaanbieders zijn daardoor veelal gewend om in producten te denken zoals 10 uur thuiszorg per week, een nieuwe knie, etc. Terwijl bij patiënten steeds meer de nadruk zal komen te liggen op het gezondheidsvraagstuk en op het welzijn naast ziekte. Door een strakke scheiding tussen indicatiestelling en uitvoering gaat samenhang verloren. Met name de zorg thuis is sterk gedifferentieerd.

Gevestigde en soms tegenstrijdige belangen kunnen het lastig maken om veranderingen door te voeren. Het tonen van resultaten uit toegepast onderzoek is dan nodig om de innovatie toch in te zetten. Ook wet- en regelgeving belemmert soms de flexibele inzet van zorg doordat bepaalde handelingen zijn voorbehouden aan bepaalde groepen. Het duurt lang voordat aanpassingen gerealiseerd zijn die een gewenste ontwikkeling mogelijk maakt.

⁶ E-health is een verzamelterm voor toepassingen van ict, internet en mobiele technologie voor gezondheid, welzijn, en zorg.

Financiering van de zorg

Door een toename van de zorgvraag en de verwachting dat de kwaliteit van de zorg hoog blijft, staat de financiering onder druk. En dit alles in de context van een economische recessie en beperkingen op overheidsuitgaven. De uitgavengroei zorgt voor hogere lasten voor huishoudens en voor werkgevers. Verzekeraars nemen maatregelen en beraden zich. Voor patiënten heeft dat gevolgen zoals het verdwijnen van voorzieningen uit het basispakket.

De totale uitgaven voor de zorg in 2010 worden geraamd op 77,8 miljard⁷. Dit is 13,2% van het bnp. In 1970 was dat nog 3%. Bij ongewijzigd beleid zou dit in 2040 kunnen oplopen tot 20% van het bnp⁸. In de VVT-branche wordt verwacht dat de zorgkosten bijna verdubbelen tussen 2012 - 2025 bij ongewijzigd beleid⁹.

Er zijn drie verschillende financieringsbronnen voor zorg: de AWBZ (langdurige zorg), de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, zorg- en welzijnsvoorzieningen van gemeenten) en de Zorgverzekeringswet (curatieve zorg). Daarnaast moeten mensen een eigen bijdrage betalen.

Gezocht

zorg-hbo'er voor 'Samen Keuzes Maken'

De coöperatieve vereniging Samen Keuzes Maken is actief in de regio Roermond. Burgers besturen de vereniging die de redzaamheid van mensen met een beperking wil vergroten. Doel is deze mensen in staat te stellen een actieve bijdrage te leveren aan de regionale samenleving. Wij doen dit door mensen met een beperking en zorgprofessionals samen keuzes te laten maken in hun leven. Dit resulteert in een gezamenlijk participatieplan. Gemeenten en zorgverzekeraars financieren de uitvoering van het plan.

De activiteiten van de vereniging bestaan uit:

- + het proactief in kaart brengen van de participatiebehoeften van mensen met een beperking;
- + het aanbieden van aan wijkservicepunten verbonden inloopcentra waar iedereen problemen kan bespreken en waar men een eerste antwoord krijgt;
- + het programma Samen Keuzes Maken: zorgvragers en zorgprofessionals stellen gezamenlijk een voor beiden bindend participatieplan met financiering op;
- + voor concrete welzijns- en zorgtaken doet de vereniging een beroep op gespecialiseerde instellingen in de regio.

Wij komen graag in contact met de hbo'er die zich als een vis in het water voelt in een vraagvolgende en gefinancierde organisatie. Die Het Nieuwe Werken moeiteloos verbindt met Shared Decision Making (Samen Keuzes Maken). Die weet dat iedere dag anders is en dat het leren nooit ophoudt. Die zijn cliënt ziet als zijn teamlid. En die 'zorg' beschouwt als een middel voor 'participatie' en een beperking als uitdaging, niet als probleem.

De collega die wij zoeken:

- + heeft een opleiding als hbo-verpleegkunde met afstudeerrichting of ervaring in wijkverpleegkunde of sociaal psychiatrische verpleegkunde en enkele jaren ervaring met de activiteiten van de vereniging;
- + is goed bekend met het werk van andere zorgprofessionals (zoals dietisten en fysiotherapeuten);
- + is gespecialiseerd in de techniek van Shared Decision Making (SDM) en heeft de hiervoor noodzakelijke persoonlijkheid (luisteren, coachen);
- + is van nature geneigd veranderingen in de omgeving op te pikken en een plaats te geven in de functie;
- + is mobiel en flexibel, altijd op weg naar de plaatsen waar de vragen liggen en dus ook een zelfstandig beslisser in de frontlinie; vertoont leiderschap;
- + heeft een uitstekend netwerk in de samenleving en in de zorg en is in staat op soepele wijze mensen aan elkaar te verbinden; ziet daarbij steeds participatie als kerntaak.



3. ONTWIKKELINGEN

IN HET HOGER GEZONDHEIDSZORGONDERWIJS

Het hoger gezondheidszorgonderwijs (hgzo) leidt op tot hoog gekwalificeerde arbeidskrachten voor de gezondheidszorg. We kunnen gerust stellen dat deze zorgprofessionals van grote waarde zijn voor de samenleving. Iedereen krijgt te maken met zorg- en gezondheidsvraagstukken, voor zichzelf en voor familieleden en vrienden.

Er zijn momenteel 39 hogescholen met bekostigd onderwijs. Daarvan bieden 17 hogescholen opleidingen aan op het terrein van het hgzo. Al deze hogescholen bieden de opleiding tot verpleegkundige aan, gezien de regionale toeleiding naar gezondheidszorginstellingen. In 2012 waren ruim 41.000 studenten (bachelor en master) ingeschreven in het hgzo, waarvan het grootste deel zich bevindt in de hbo-verpleegkunde opleidingen (32,7 %) gevolgd door de opleidingen tot fysiotherapeut (21,1%). In totaal is sprake van 23 bacheloropleidingen, drie masteropleidingen, en drie associate degree-opleidingen (bijlage 1). Van de genoemde 23 bacheloropleidingen zijn 10 uniek, dat wil zeggen dat die opleiding door slechts één hogeschool wordt aangeboden. Deze opleidingen zijn veelal ontstaan uit de mogelijkheden van taakherschikking in de zorg. Zie voor meer informatie bijlage 1.

Daarnaast is sprake van een aantal 'snijvlak'-opleidingen dat zich in een ander domein bevindt en een relatie heeft met het hgzo. Met name betreft dat het technisch en het sociaal-agogisch domein. Deze opleidingen leiden niet op tot functies als zorgverlener, maar wel voor beroepen in de zorg- en welzijnssector. Het rendement van de hgzo-opleidingen is in het hbo het hoogst van alle sectoren. Het stu-

Technologie

Lectoraat iHUMAN van de NHL Hogeschool ontwikkelt met het MKB gebruiksvriendelijke technologie die medewerkers in het primaire proces ondersteunt. Dit betreft tiltechnieken (iLIFT) en technologie die de registratie vereenvoudigt. De Care Dependency Scale en het elektronisch Zorgleefplan, bijvoorbeeld, worden in grote zorginstellingen gebruikt.

diesucces bij de bacheloropleidingen is ruim 62% ten opzichte van bijna 53% voor het hbo gemiddeld¹⁰. Voor de masteropleidingen is het studiesucces gemiddeld 85% ten opzichte van bijna 71% gemiddeld in het hbo. Dat geldt ook voor de aansluiting op de arbeidsmarkt. 83% van de afgestudeerden vindt meteen werk, ten opzichte van 72% gemiddeld in het hbo. Binnen drie maanden na het afstuderen geldt dat voor 94% van de afgestudeerden in het hgzo, ten opzichte van 86% gemiddeld in het hbo. Bovendien hebben afgestudeerden uit het hgzo de grootste kans op een vaste aanstelling. 92% vindt een baan op het eigen vakgebied. Ook dat is het hoogste percentage van alle sectoren. Vervolgens geeft 81% van de afgestudeerden aan te werken op minimaal hbo-niveau. Dat is bovengemiddeld in het hbo¹¹.

De branche-specifieke aansluiting op de arbeidsmarkt laat zien dat uit de opleidingen tot Verpleegkundige het merendeel bij ziekenhuizen komt te werken. Bij de bewegingsstudies gaat de meerderheid naar de maatschappelijke

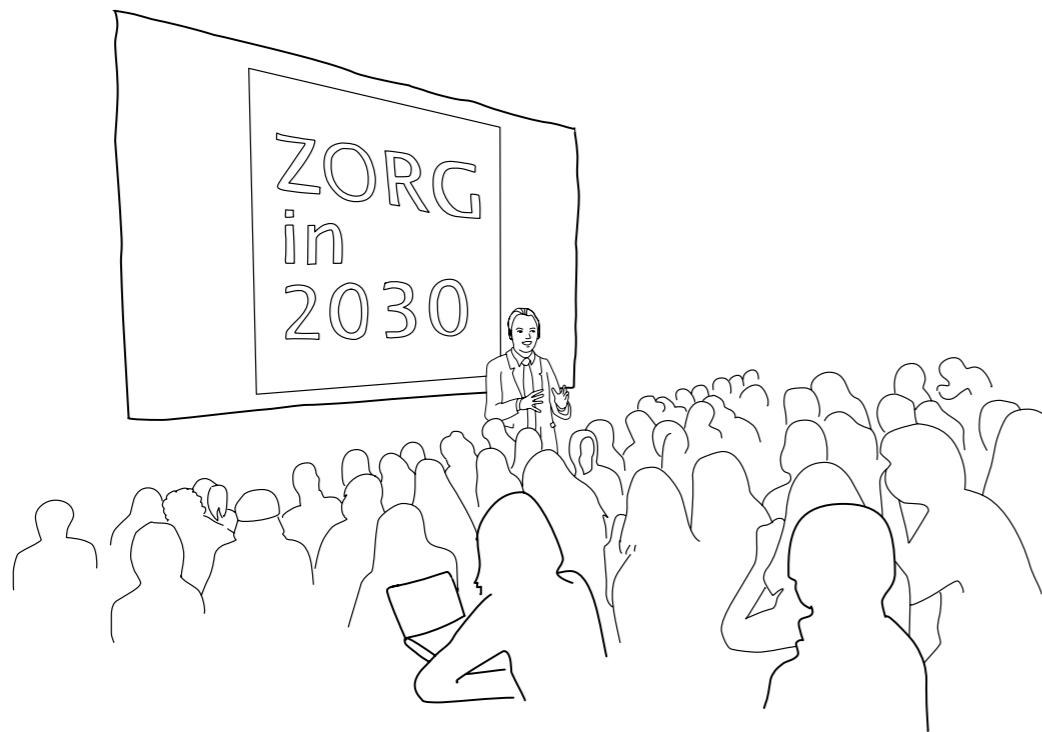
⁷ CBS, Trends in gezondheid en zorg, 2011

⁸ ministerie van VWS, Betaalbaarheid van de gezondheidszorg, 2012

⁹ PWC, Actiz, 2012

¹⁰ Studiesucces na vijf jaar, HBO-raad.

¹¹ HBO-raad, HBO-monitor 2011, juli 2012



dienstverlening en bij de paramedische beroepen naar de praktijken (bijlage I).

Inspelen op de omgeving

Het hgzo verhoudt zich in een continu proces met de omgeving van het werkveld en de beroepspraktijk. Dat komt op verschillende wijzen tot uiting.

De hogescholen hebben in hun agenda 'Kwaliteit als opdracht' afspraken gemaakt over de standaard voor bacheloropleidingen. Daarnaast wordt het curriculum van de opleidingen regelmatig aangepast om de kwaliteit hoog te houden. Gezamenlijke opleidingen maken met elkaar opleidingsprofielen, die met het werkveld en beroepsorganisaties worden besproken. We noemen hier als voorbeeld de opleidingen tot Fysiotherapeut die met elkaar een Body of Knowledge hebben ontwikkeld. Zij hebben die laten vertalen in het Engels en Duits om studenten die in het buitenland aan de slag willen zo goed mogelijk te faciliteren. In samenwerking met de beroepsvereniging hebben zij een 'national transcript' ontwikkeld. Dat initiatief geldt als best practice bij de gezondheidszorgopleidingen en heeft voor andere opleidingen als inspiratie gediend.

Als uitvloeisel van de standaard voor bachelo-

ropleidingen, hebben de hogescholen eveneens een standaard voor masteropleidingen met elkaar afgesproken.

We constateren dat de gezamenlijke inspanningen van de hogescholen en het werkveld ten aanzien van de masteropleidingen master advanced nursing practice en master physician assistant (manp en mpa) veel effect hebben gehad. De hogescholen spelen op de ontwikkeling in van een complexer wordende zorg. Deze opleidingen bieden bovendien carrièreperspectief aan hbo-opgeleide professionals die ambitieus zijn en de motivatie hebben de zorg kwalitatief te verbeteren. De bekostiging van deze opleidingsplaatsen heeft het mogelijk gemaakt dat verpleegkundig specialisten en physician assistants dagelijks in de zorg aan het werk zijn. Arbeidsmarktrapportages die op initiatief van de opleidingen zijn uitgevoerd, hebben de behoefte aan deze zorgprofessionals aangetoond. Dat heeft een cruciale rol gespeeld bij de ontwikkeling van deze opleidingen.

Alle hogescholen die zorgopleidingen aanbieden, voeren praktijkgericht onderzoek uit op het gebied van zorg en gezondheid. De onderzoeken leveren nieuwe interventies en instrumenten op waarmee de zorgpraktijk

wordt vernieuwd en verbeterd. Dit vindt onder andere plaats met behulp van de RAAK-projecten. Die zijn gericht op de kennisuitwisseling en netwerkvorming tussen hogescholen en het werkveld. De projecten richten zich op vragen vanuit de praktijk, zijn dus vraaggestuurd. Betrokkenen van het werkveld zijn mkb-bedrijven en professionals van publieke instellingen. Ook kunnen medewerkers van universiteiten, universitair medische centra of andere onderzoeksinstituten bij het onderzoek zijn betrokken. Ruim een kwart van de 357 projecten die tot en met 2010 zijn uitgevoerd, had betrekking op gezondheid en zorg. Een groeiend aantal medewerkers bij hogescholen, uiteraard lectoren -maar eveneens docenten-, doorloopt een academisch promotietraject. Lectoraten nemen een belangrijke plaats in bij het genereren van kennis en als schakel tussen de beroepspraktijk en de opleidingen. Momen-

iPads bij zorg op afstand

Zorgorganisatie Sensire verstrekt iPads aan cliënten ten behoeve van de zorg op afstand. De iPad was allereerst bedoeld als middel voor efficiënte zorgverlening. Uit onderzoek van Avans Hogeschool blijkt dat de Ipad als belangrijk neveneffect heeft dat het merendeel van de cliënten zich veiliger en minder eenzaam voelt.

teel zijn er circa 475 lectoraten in het hbo waarbinnen zo'n 525 lectoren actief zijn. Iets meer dan 10% van die lectoraten voert praktijkgericht onderzoek uit op het gebied van gezondheid, waarbij veel raakvlakken zijn met andere thema's. Lectors vervullen in veel gevallen de functie van 'vaandeldrager' of 'rolmodel' voor de gezondheidszorgopleidingen van de betreffende hogeschool. Dat stimuleert de verdere ontwikkeling van een opleiding en van het werkveld.

Naast de RAAK-projecten zijn onlangs Thematische Impulsen van de Stichting Innovatie Alliantie (SIA) onder andere op het terrein van de

Menslievende professionalisering

Hogeschool Arnhem Nijmegen heeft een lectoraat zorg voor mensen met een verstandelijke beperkingen. De lector is tevens directeur behandelinnovatie bij een grote zorgaanbieder, en hoogleraar aan de universiteit Tilburg. De ervaringen en inzichten uit het primair zorgproces worden op deze manier makkelijk toegankelijk voor (wetenschappelijk) onderzoek en andersom, om op deze manier een bijdrage te leveren aan menslievende professionalisering.

zorg van start gegaan. Een Thematische Impuls is bedoeld om de besluitvorming binnen het hbo te ondersteunen in het maken van keuzes ten aanzien van een specifiek kennis- en innovatiethema. Een vereiste is dat meerdere instellingen uit diverse regio's betrokken zijn en dat de beroepspraktijk kan aansluiten. Het beoogde resultaat is dat hogescholen en de beroepspraktijk met elkaar de Thematische Impuls een blijvend karakter geven. Bijvoorbeeld worden lectoren - samen met hun samenwerkingsvormen met het werkveld - die hun onderzoek richten op chronisch zieken in kaart gebracht in een Thematische Impuls 'Chronisch Zieken'.

De hogescholen zoeken op strategisch niveau aansluiting bij het Topsectorenbeleid van het Kabinet.

De afgelopen jaren hebben verschillende opleidingen op eigen initiatief gezamenlijk onderzoek laten uitvoeren naar de aansluiting op de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld de opleidingen Logopedie. Dat is zeer behulpzaam geweest bij het bepalen van de positie van die gezamenlijke opleidingen om te bezien in hoeverre wordt voldaan aan de kwantitatieve en kwalitatieve vraag van het werkveld, voor nu en voor de nabije toekomst. Voordat nieuwe opleidingen van start gaan, laten de betreffende hogescholen zelf arbeidsmarktonderzoek doen. Bovendien vindt een toets 'macro-doelmatigheid' plaats in opdracht van het ministerie van OCW.

Healthy Ageing – Centre of Expertise

De Hanzehogeschool participeert in het Healthy Ageing Netwerk Noord-Nederland. In een ketenbenadering wordt samengewerkt tussen kennisinstellingen en bedrijven. Healthy Ageing is de uitdaging voor de nabije toekomst. Hoe kunnen we langer gezond en actief blijven? En hoe kunnen we de samenleving zo organiseren dat iedereen de zorg krijgt die nodig is? Een antwoord hierop is van groot belang in verband met de vergrijzing. Steeds meer mensen hebben zorg nodig en steeds minder mensen zijn beschikbaar om zorg te verlenen.



4. AANSLUITING

VAN HET HGZO OP DE ZORG

In de hoofdstukken 2 en 3 zijn ontwikkelingen in respectievelijk de gezondheidszorg en het hoger gezondheidszorg onderwijs (hgzo) beschreven. De ontwikkelingen in de zorg vragen om een voortdurende innovatie van hogescholen en werkveld. Van de zorgprofessional vereist dat daarop toegesneden competenties.

Zorgprofessional van de toekomst

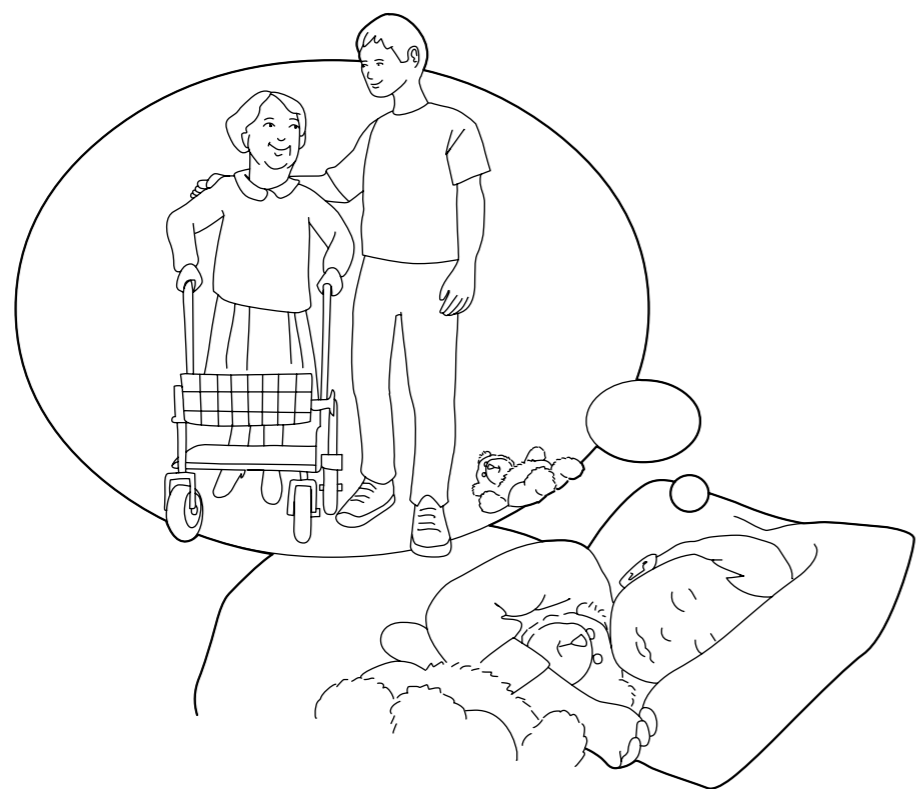
De hbo-zorgprofessional van de toekomst zal een reflectieve practitioner zijn die vakliteratuur adequaat kan beoordelen en die kan bijdragen aan praktijkonderzoek, die goed is ingevoerd in technologische aspecten van de zorg, en in staat is om samen met de patiënt te denken over wat er aan de hand is, die in staat is het overzicht te behouden bij multiproblematiek en met de patiënt samen prioriteiten te stellen, wat een passend doel kan zijn en welke wegen naar dat doel kunnen leiden. Die mensen kan begeleiden bij zelfmanagement en veranderingen in leefstijl. En die kan samenwerken met professionals in andere disciplines en professies. Daarbij is uiteraard de basis op orde waarbij gehandeld wordt vanuit kennis over de zorg die zoveel mogelijk evidence based is en uitgaat van kwaliteit van de zorg (inclusief patiëntveiligheid) en van het terugdringen van onnodige zorg.

In de beroepshouding en het handelen staat de patiënt altijd centraal. De kwaliteit van het gesprek tussen de zorgverlener en de patiënt neemt daarbij een belangrijke plaats in. Als de zorgprofessional goede gespreksvaardigheden heeft, zal de kwaliteit van het contact met de patiënt toenemen. Vanuit de opvatting van gelijkwaardigheid gaat het om zaken als goed

kunnen luisteren, samenvatten en doorvragen. Dat is een andere insteek in het gesprek dan de patiënt te overhandigen wat goed is voor hem of voor haar. Het vraagt communicatieve vaardigheden en kennis over gedrag van personen. Het gaat er niet om hier het beeld neer te zetten dat dat nog niet het geval is, maar de accenten verschuiven. En het is natuurlijk ook zo, dat lang niet alle patiënten in staat zijn dat gesprek op die manier aan te gaan, of de regie over het eigen welzijn of ziek zijn te nemen. De zorgprofessional zal de inschatting moeten maken hoever die regie kan gaan bij een patiënt. En in een aantal gevallen gaat die vermoedelijk verder dan nu wordt aangenomen. Uiteraard moet de eventueel te leveren (medische) zorg op orde zijn, maar door in een goed overleg met de patiënt de situatie door te spreken en behandelingen af te wegen, zal voor de patiënt de kwaliteit van de zorg toenemen. Naar verwachting leidt dat ook tot minder behandelingen in de zorg, doordat patiënten zelf betere afwegingen kunnen maken.

Daarnaast is niet altijd sprake van een zorgvraag, maar van een ander onderliggend (sociaal) probleem. De zorgprofessional zal een afweging moeten kunnen maken over de aard van de zorgvraag in relatie tot het gehele palet van gezondheidspatronen. De gepresenteerde vraag is niet altijd de echte onderliggende vraag. In deze situatie doet de professional er goed aan om de patiënt zo snel mogelijk op het spoor van andere oplossingen te zetten.

Institutionele systemen en protocollen die er begrijpelijkerwijs zijn, kunnen naast het bieden van kaders ook belemmerend werken. Het vergt zelfvertrouwen en zelfbewustzijn om daarvan af te wijken als dat beter is voor de patiënt. Een sprekend voorbeeld is een bedlege-



rige patiënt die volgens het protocol regelmatig moet worden gekeerd. Op het moment dat deze patiënt eindelijk goed doorslaapt, wat telt dan meer? De patiënt volgens protocol keren waardoor de patiënt wakker wordt of laten doorslapen? Onderdeel van de beroepshouding is een nieuwsgierige en onderzoekende houding van de zorgprofessional. Waarom doen we dit eigenlijk zo? Is de patiënt hier wel bij gebaat?

De zorgprofessional is verantwoordelijk voor het werken aan de eigen professionalisering en ontwikkeling. Dat betekent het bijhouden van de ontwikkelingen in het vakgebied en zo nodig bijscholing. Dit wordt voor een aantal beroepsgroepen al gestimuleerd door eisen die worden gesteld aan herregistratie in het kader van de Wet BIG. Zeker voor bepaalde professies zoals de paramedici die een eigen praktijk hebben of deelnemen in een zorgcombinatie, is een proactieve houding vereist.

Er is één constante, en dat is dat er voortdurend sprake is van verandering. In onze hele samenleving en in de zorg met en voor patiënten. Dat vraagt dat de zorgprofessional zich daarvan bewust is. Die moet het vermogen hebben met verandering om te gaan. Dat is van alle tijden, maar de commissie signaleert dat de verande-

ringen in de zorg momenteel snel gaan en dat het bewustzijn van verandering als gegeven sterker nodig is dan voorheen. Het kunnen omgaan met veranderingen is een kwaliteit geworden. Om een voorbeeld te noemen, de duur van bezetting van bedden in ziekenhuizen is de afgelopen periode sterk teruggelopen. Patiënten verblijven steeds korter in een ziekenhuisbed. De logistiek verandert daardoor, de interdisciplinaire uitwisseling moet sneller, de communicatie met de patiënt en de familie moet effectiever, etc. Vooral oudere patiënten hebben verschillende (chronische) problemen tegelijkertijd, zoals in Hoofdstuk 2 werd geconstateerd. Dat vraagt van zorgprofessionals het vermogen om samen met de patiënt prioriteiten te stellen, maar ook om met een generalistische bril naar de zorgbehoefte te kijken.

Zorgprofessionals zullen steeds vaker met oudere patiënten te maken krijgen. Dat geldt voor alle zorgverleners en is evident voor diegenen die in de ouderenzorg werken. Het vergt een bepaalde inleving in het denken van ouderen en in de belevingswereld van ouderen. Het is de vraag of het bewustzijn van studenten over zorg aan ouderen momenteel hoog genoeg is. In het beleidsrapport 'Gerontologische en geriatrische inhoud van verpleegkunde opleidingen

in Nederland' (ZonMw)¹² wordt geconstateerd dat de zorg voor ouderen een toenemend deel van de gezondheidszorg beslaat. Daardoor lijkt het wenselijk dat in iedere verpleegkunde opleiding de ouderenzorg meer als op zichzelf staand vak wordt gedoceerd. Dit leidt tot een aantal aanbevelingen aan de verpleegkunde opleidingen. We achten het waarschijnlijk dat dit ook voor de andere hbo-opleidingen in de gezondheidszorg wenselijk is, uiteraard met verschillende diepte en accenten.

Uitdagingen voor het hgzo

Het is de uitdaging voor de zorgopleidingen om de student voor te bereiden op zijn of haar rol van toekomstig zorgprofessional, gegeven het tempo van de veranderingen in de zorgvraag.

Er zijn voldoende veranderkrachten binnen het hgzo om deze uitdagingen aan te gaan. In de bijlage is een uitgebreide SWOT-analyse opgenomen voor het hoger gezondheidszorgonderwijs in relatie tot de omgeving van het werkveld. Wij zien met name veranderkrachten in de basis van de opleiding – het curriculum – in de relatie met het werkveld, en in het praktijkgericht onderzoek.

Het gaat erom de veranderkracht met 'hefboemen' als het ware meer in beweging te krijgen. Hogescholen kunnen dat niet alleen. Zij moeten dat doen in samenwerking met hun omgeving. Dat is met name het werkveld, beroepspraktijk, beroepsorganisaties, maar kan bijvoorbeeld ook gelegen zijn bij gemeenten of provincies.

Van de opleidingen vraagt dat te investeren in een robuust curriculum dat meebeweegt met de ontwikkelingen in de omgeving en waarbij sprake is van een helder beroepsprofiel. Onderwijs en werkveld zullen samen moeten investeren in een duurzame samenwerking die een voedingsbodem is voor innovatie. Praktijkgericht onderzoek dat in samenhang met de omgeving plaatsvindt zal die innovatie verder stimuleren.

Het curriculum

Met het oog op de toekomstige ontwikkelingen in de zorg, is het zaak het curriculum aan te

scherpen. We spreken van een 'robuust' curriculum. Daarbij wordt in samenspraak met het werkveld en de beroepspraktijk steeds gewerkt aan een helder beroepsprofiel. In het curriculum is uiteraard de basis aan kennis en vaardigheden op (para)medisch/verpleegkundig terrein op orde. Daarnaast besteedt iedere gezondheidszorgopleiding aandacht aan de communicatieve vaardigheden. Dat betreft de relatie tot de patiënt/cliënt en daarnaast de relatie tot andere disciplines en professies (zowel hbo als wo). Wat betreft de inhoudelijke terreinen besteedt iedere gezondheidszorgopleiding in het curriculum aandacht aan kennis en vaardigheden ten aanzien van de volgende elementen:

- preventie en leefstijl;
- kennis over de zorg voor ouderen;
- techniek;¹³
- ondernemerschap.

Dit zal in de verschillende opleidingen een uiteenlopende invulling krijgen. Het begrip leiderschap zal voor verpleegkundigen met een minor wijkverpleegkunde andere accenten hebben dan voor diegenen die in een ziekenhuis aan de slag gaan. Voor paramedici of verloskundigen met een eigen beroepspraktijk zal meer accent liggen op ondernemerschap. Het is aan de opleidingen om deze accenten op de juiste wijze in te vullen in het curriculum, passend bij de betreffende opleiding in de verhouding tot het werkveld en passend in de fase van de studie en bij de afstudeerrichting van de student.

Het aanbrenge van deze elementen in het curriculum brengt met zich mee dat ook naar de andere onderdelen wordt gekeken. Een stapeling in het curriculum zonder meer zal immers niet zinvol of realiseerbaar zijn. Het is aan de opleidingen om hierover met elkaar het gesprek te voeren.

Overigens is het behulpzaam dat het hbo alle sectoren in huis heeft: gezondheidszorg, sociaal agogisch, techniek, agrarisch, kunst, economisch en pedagogisch onderwijs. Andere sectoren kunnen vanuit een andere invalshoek nieuwe perspectieven schetsen en kennis inbrengen over raakvlakken zoals welzijn, techniek en communicatie.

¹² Hoogleraar Verplegingswetenschap en Lector Ouderenzorg prof.dr. Marieke J. Schuurmans, november 2011.

¹³ 'HBO Techniek in Bedrijf', Advies van de Sectorale Verkenningcommissie HBO Techniek. Eén van de aanbevelingen aan hogescholen is om bij het op te stellen opleidingsprofiel ook aandacht te hebben voor sectorale crossovers op het terrein van techniek en zorg en e-health.

Verbinding met werkveld en beroepspraktijk

Cruciaal is de verbinding met het werkveld en met de beroepspraktijk. Hier ligt een enorme potentie om in een 'constante' dialoog met de omgeving het onderwijs vorm te geven en mee te bewegen met de ontwikkelingen in de omgeving. De responsiviteit van het hgzo zal kijkend naar de toekomst moeten toenemen door een nauwere relatie met het werkveld en de beroepspraktijk. Dat kan met behulp van de docenten, een wisselwerking met beroepsbeoefenaren uit de praktijk, door een nieuwe vorm voor de beroepenveldcommissies, door innovatieve werkplekken en met behulp van praktijkgericht onderzoek.

Binnen de opleidingen beschikken docenten over veranderkracht. Hun contacten met het werkveld en de beroepspraktijk zijn cruciaal voor het verder versterken van de opleidingen. Uit signalen van het werkveld en de beroepspraktijk blijkt dat die contacten intensiever moeten zijn. Het is aan de hogescholen om samen met de docenten te bezien waar die contacten dienstig zijn voor het onderwijs en waar die verder uitgebouwd of opgezet moeten worden. Docenten zelf aan het werk te laten gaan in de beroepspraktijk op vakgebieden waar dat nog niet het geval is en waar het zinvol is. Dat kan in de vorm van werken in de beroepspraktijk, maar ook in de vorm van stages, of beroepsbeoefenaren die gevraagd worden bijdra-

gen aan bepaalde lessen te verzorgen.

Ook voor de zorgprofessionals zelf zal het steeds aantrekkelijker worden om een verbinding aan te gaan met het onderwijs. Zorgprofessionals zullen zelf ook moeten blijven. Voor een groot deel zullen zij dat uiteraard doen door in de beroepspraktijk actief te zijn, maar ook zal sprake moeten zijn van permanente educatie en soms door zelf actief aan het onderwijs bij te dragen. Zo krijgt ook het leven lang leren van de zorgprofessionals vorm.

Iedere opleiding bij iedere hogeschool werkt met een beroepenveldcommissie of een werkveldadviescommissie¹⁴. Deze komen gemiddeld één à twee keer per jaar bijeen. De wijze waarop deze commissies over het algemeen functioneren, vinden wij niet meer passen bij de wenselijke situatie. Zowel onderwijs als werkveld en beroepspraktijk willen immers toe naar een duurzame samenwerking die veranderingen stimuleert. Wij bevelen aan deze commissie(s) om te vormen tot een wijze van samenwerking die beide partijen inspiratie biedt om tot verdere innovatie te komen. Wij adviseren een vorm in twee lagen: een groep met prominente voor trekkers uit velden van beroepsontwikkeling en onderzoek, die als een flexibele schil rond de opleidingen bijeenkomt. Doel is om op strategisch niveau thematische ontwikkelingen te bespreken en innovatie te stimuleren op zodanige wijze dat beide partijen daar iets aan hebben.



Daarnaast een groep met vertegenwoordigers uit het werk- en beroepenveld, die adviseert over producten van opleidingen. Doel is een afstemming tussen opleidingen en omgeving om te toetsen of het onderwijs in congruentie is met de omgeving. Bij producten denken wij aan curricula en opleidingsprofielen. De samenstelling van de werkveldadviescommissie(s) wordt daarbij zo nodig vernieuwd en er wordt een maximale zittingsduur van de leden bepaald.

Belangrijk is dat leren en werken zodanig worden gekoppeld dat zowel de student, de opleiding als de zorginstelling daar wijzer van worden. Dat vergt een extra slag om klaar te zijn voor de toekomst. Er zijn goede voorbeelden te vinden in het hgzo. Enkele hgzo-opleidingen werken nauw samen met zorginstellingen in zorginnovatiecentra of in learning communities. Wij vinden dat in de toekomst iedere opleiding mee moet doen aan een dergelijke leer/werkvorm. In deze leeromgevingen werken docenten, lectoren en studenten samen met zorgprofessionals aan excellente zorg, waarbij geredeneerd wordt vanuit de vraag van de patiënt. Daarbij is sprake van een contextrijke leeromgeving voor de (individuele) student, waarbij gewerkt wordt in multidisciplinaire teams. Het gaat erom een intensieve samenwerking tussen werkveld en praktijk tot stand te brengen, om leren en toetsen dichterbij de praktijk te brengen, en innovatie te stimuleren door gelijktijdige leerontwikkeling van student en docent, en van de zorgprofessional.

De kwaliteit van stages is cruciaal. Goede stages op hbo-niveau met een goede begeleiding vanuit zowel de zorginstelling als de opleiding, versterken de kwaliteit van de opleiding. Stages zijn ook van doorslaggevende betekenis voor de motivatie van studenten om in de opleiding te blijven. Vooral in de zorg voor ouderen is dit van groot belang. Waar mogelijk kunnen de stages gekoppeld worden aan de hierboven genoemde learning communities.

Praktijkgericht onderzoek

Praktijkgericht onderzoek is onmisbaar bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. De hang binnen de opleidingen naar een constante

aanpassing aan de omgeving en het aanjagen van innovatie is een veranderkracht. Wat 'bewezen goed' is brengt meer mee aan overtuigingskracht dan argumenten alleen. Meer praktijkgericht onderzoek en de toepassing van de ontwikkelde kennis zijn noodzakelijk om innovatie te versterken. De zorgprofessional van de toekomst heeft een onderzoekende houding nodig. Dat dient al in het onderwijs te worden aangeleerd.

Er ontstaat meer slagkracht van het praktijkgericht onderzoek indien de thematische samenwerking tussen de verschillende lectoraten van hogescholen wordt versterkt. Met een oriëntatie op de vraag in de omgeving van de hogescholen ligt het voor de hand dat hogescholen in het verlengde van hun profiel, scherpere keuzes maken in de thematische benadering. Lectoraten dragen in belangrijke mate bij aan de ontwikkeling van kennis, aan kennisoverdracht en aan de toepassing van kennis in de praktijk. Zij zijn vaak de 'vaandelldragers' van vernieuwing en door samenwerking met het wetenschappelijk onderwijs dragen zij bij aan de inhoudelijke kwaliteitsverbetering van het onderwijs. Lectoraten begeven zich vaak op thema's die opleiding- en hogeschooloverstijgend zijn. Meer samenwerking op die thema's en meer landelijke inzichtelijkheid in de bijdragen van het praktijkgericht onderzoek aan het hgzo zal de werking versterken.

De Thematische Impuls van de Stichting Innovatie Alliantie biedt nadere aanknopingspunten voor het bundelen van de krachten van lectoraten en om de resultaten van het onderzoek een meer duurzame plaats in het onderwijs en de beroepspraktijk te geven. Daarnaast zouden de hogescholen met de zorginstellingen in hun omgeving, zoals de topklinische ziekenhuizen, de handen ineen kunnen slaan om gezamenlijk praktijkgericht onderzoek te doen. Het is een goede ontwikkeling dat bij hogescholen steeds meer promoties plaatsvinden van zowel lectoren als docenten. Door een samenwerking met het academische onderwijs en de academische praktijk ontstaat een klimaat waarin het nemen van een voortrekkersrol wordt bevorderd.

¹⁴ De termen beroepenveldcommissie en werkveldadviescommissie worden beide gebruikt om een commissie met een samenstelling uit het werk- en beroepenveld aan te duiden. Soms worden deze termen naast elkaar gebruikt en is sprake van twee verschillende commissies.

Het Kabinet investeert in de Topsectoren om die nog sterker te maken. Eén van die Topsectoren is Life Sciences & Health. Overheid, bedrijfsleven, hoger onderwijs en onderzoekscentra werken daarin samen aan kennisontwikkeling en innovatie. Dat is uiteraard van groot belang. Wij wijzen erop, dat het daarnaast ook noodzakelijk is dat sprake is van voldoende massa en diepgang in het praktijkgericht onderzoek rond de gezondheidszorg. Door een goede en efficiënte zorgverlening, worden grote bijdragen op zowel maatschappelijk als individueel niveau geleverd.

Dat vereist innovatie. Daarvoor is praktijkgericht onderzoek nodig waarbij resultaten breed toegankelijk en toepasbaar worden gemaakt voor zowel onderwijs als werkveld. Een voorbeeld hiervan is het snijvlak van zorg en technologie waar nog veel te winnen valt. Dat vereist ook een gezonde financiële basis. En dus investeringen; niet alleen van de overheid, maar ook van onderwijsinstellingen, zorginstellingen, zorgverzekeraars en het bedrijfsleven. Gezamenlijke partnerships zijn noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de verwachting van een kwaliteitsverbetering van de zorg in de maatschappij in een context waarin de zorgvraag toeneemt en complexer wordt.

Ontwikkelperspectief voor zorgprofessionals

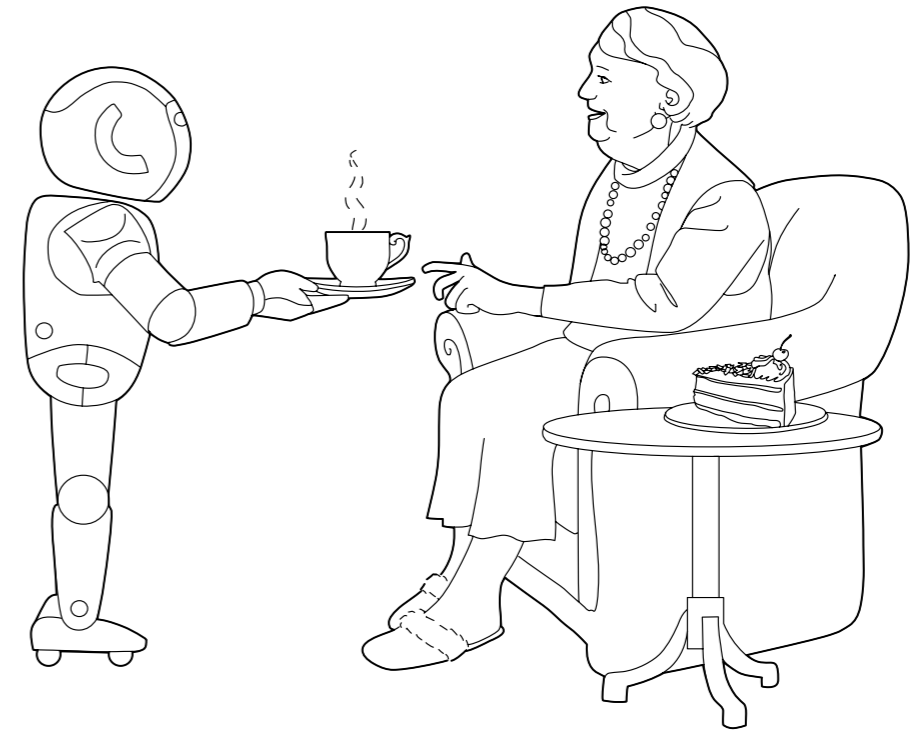
Hbo'ers in de gezondheidszorg oefenen hun vak uit complementair aan universitair en mbo-opgeleiden. Zij verdiepen kennis en kunde als professionals en verrichten bepaalde taken die voorheen voorbehouden waren aan artsen en medisch specialisten en zij worden steeds meer belast met de coördinatie van zorgverlening. Zij zijn 'spin in het web'.

Het werkveld heeft behoefte aan deze gekwalificeerde starters én aan vakvolwassen professionals en professionals die het niveau van expert bereiken. De zorg wordt immers complexer en zorgverleners komen voor vraagstukken te staan die zowel levenservaring als na/bijbscholing vereisen.

De hogescholen spelen op deze ontwikkelingen in door het aanbieden van masteropleidingen voor zorgprofessionals die al enige jaren werkervaring hebben. De manier waarop de hogescholen de master advanced nursing practice en de master physician assistant samen met de beroepspraktijk hebben ontwikkeld en geïmplementeerd, is een mooi voorbeeld van de veranderingkracht op het terrein van sociale innovatie. Ook op andere terreinen zijn echter nog mogelijkheden voor het hgzo om samen met het werkveld en de beroepsorganisaties meer werk te maken van de taakherschikking in de zorg. We zien dat bijvoorbeeld op het terrein van de Mondzorgkunde en Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken.

In het hgzo is momenteel sprake van drie bekostigde masteropleidingen¹⁵. Gelet op de toenemende complexiteit van de zorg, zou nader verkend kunnen worden of het wenselijk is om ook op andere terreinen een bekostigd masteraanbod te ontwikkelen dat aansluit op de hogere eisen die aan zorgprofessionals worden gesteld. Ook met het oog op initiatieven in het hgzo om de instroom van vwo'ers in het onderwijs aantrekkelijker te maken. Deze studenten wordt dan na de bachelor (en eventueel na enkele jaren werkervaring) het perspectief van een nadere vakontwikkeling geboden met een professionele master.

Naast de beweging naar meer specialisatie, wijzen we erop dat het werkveld ook een generalistische blik van zorgverleners vraagt. Een zorgverlener die kennis heeft van verschillende velden kan de complexe zorg rond een patiënt op de juiste wijze coördineren. Het 'generalisme' zal vooral door vaardigheden en ervaringskennis in de praktijk worden opgedaan. Het werkveld kan dat stimuleren door werkenden educatie aan te bieden en te laten rouleren van werkplek. Het hgzo dient hierbij proactief te zijn door het aanbieden van passende bijscholing en door in het bacheloronderwijs voldoende aandacht te besteden aan interdisciplinair werken en een 'overall blik'.



Kwantitatieve aansluiting op de zorgsector

Op de langere termijn is mogelijk sprake van een tekort aan zorgprofessionals. Verkenningen schetsen dat beeld. We kunnen constateren dat in een reeks van jaren sprake is van een over het algemeen goede aansluiting op de arbeidsmarkt voor de hbo opgeleiden in de zorg. Er zijn wel signalen dat in de branches van bewegingstherapeuten en overige paramedici momenteel sprake is van terugloop in de vraag, vermoedelijk veroorzaakt doordat verzekeraars de vergoedingen voor deze behandelingen terugdringen.

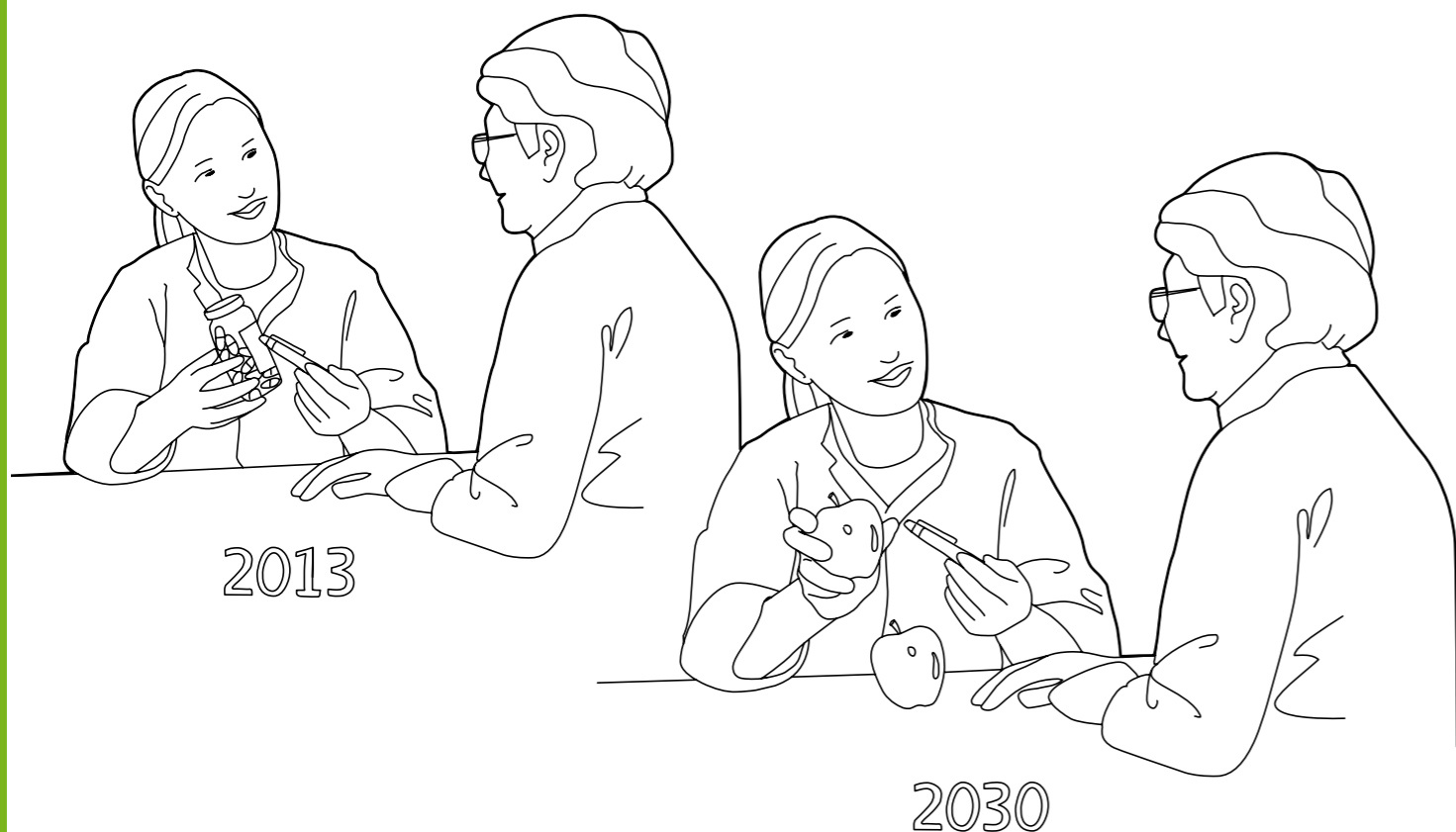
Momenteel zien we geen aanleiding om te veronderstellen dat in de nabije toekomst een tekort aan hbo-zorgprofessionals zou kunnen ontstaan. Voor de langere termijn mogelijk wel bij ongewijzigd beleid. Maar dit is met teveel onzekerheden omgeven om nu te concluderen dat meer studenten in het hgzo opgeleid moeten worden. De belangstelling voor de opleidingen is al jaren stabiel met een licht stijgende trend.

Vanuit het perspectief van de werkgever en van de patiënt is soms sprake van een veelheid van zorgverleners en van zorgopleidingen, met

name in de ouderenzorg. Dat beeld strekt zich uit over alle niveaus en alle vormen van onderwijs. Het aantal zorgopleidingen dat door het (bekostigde) hbo wordt aangeboden is overzichtelijk. Er is sprake van 23 bacheloropleidingen. Daarvan zijn 10 uniek: elk van deze wordt door slechts één hogeschool aangeboden. Deze opleidingen voorzien in specifieke behoeften van het werkveld en hebben een beperkt aantal studenten met een over het algemeen redelijk constante instroom.

Door de omgeving wordt soms kritisch gekeken naar een aantal nieuwe opleidingen die recent van start zijn gegaan in het hgzo of in het hsa (waarvan de werkenden eveneens in de zorgsector terecht kunnen komen) en die voor nieuwe functies opleiden. De kritiek is of hier wel sprake is van een helder beroepsbeeld en of er werkelijk behoefte aan deze functies zou zijn bij het werkveld? Voor een deel zal in de praktijk duidelijk worden of de behoefte er inderdaad is. We bevelen deze opleidingen aan, die in de afgelopen jaren van start zijn gegaan en opleiden voor nieuwe functies, kritisch en alert te zijn op de aansluiting op de arbeidsmarkt. En daarbij zo nodig in samenspraak met het werkveld de beroepsbeelden te verhelderen.

¹⁵ De master advanced nursing practice, de master physician assistant, en de master Health Care and Social Work.



We zien op grond van de ontwikkelingen in het werk- en beroepenveld geen aanleiding voor het hgzo om nieuwe opleidingen te starten. We bevelen aan kritisch en alert te zijn ten aanzien van opleidingen die recent van start zijn gegaan en opleiden voor nieuwe functies. De hogescholen zijn in een continu proces waarin de aansluiting op de beroepspraktijk en de arbeidsmarkt centraal staan. Die aansluiting kan per regio en per opleiding verschillend zijn.

BIJLAGE 1

FEITEN EN CIJFERS

1. OVERZICHT OPLEIDINGEN HGZO

1.1 Opleidingen in het CROHO (bekostigd)

| isat code | opleidingsnaam |
|-----------|---|
| 30023 | B Medische Hulpverlening |
| 30109 | B Toegepaste Gerontologie |
| 34057 | B Sport, Gezondheid en Management |
| 34090 | B Farmakunde |
| 34091 | B Huidtherapie |
| 34134 | B Verloskunde |
| 34506 | B Kunstzinnige Therapie |
| 34538 | B Management in de Zorg |
| 34547 | B Hartfunctielaborant |
| 34549 | B Optometrie |
| 34554 | B Longfunctieanalist |
| 34560 | B Opleiding tot Verpleegkundige |
| 34561 | B Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken |
| 34570 | B Opleiding tot Fysiotherapeut |
| 34571 | B Oefentherapie Cesar |
| 34572 | B Opleiding tot Oefentherapeut-Mensendieck |
| 34574 | B Opleiding voor Ergotherapie |
| 34576 | B Mondzorgkunde |
| 34577 | B Orthoptie |
| 34578 | B Opleiding voor Logopedie |
| 34579 | B Voeding en Diëtetiek |
| 34581 | B Opleiding Podotherapie |
| 34585 | B Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie |
| 34682 | B Psychosynthese |
| 39209 | B Farmaceutisch Consulent |
| 39224 | B Audiologie |
| 39235 | B Complementary and Alternative Medicine |
| 40101 | M Health care and social work |
| 49115 | M Physician Assistant |
| 49246 | M Advanced Nursing Practice |
| 80011 | Ad Management in de Zorg |
| 80025 | Ad Praktijkondersteuner in de Zorg |
| 80026 | Ad Operationeel Sportmanagement |
| 81008 | B Longfunctieanalist |
| 81009 | B Hartfunctielaborant |

1.2 Overzicht opleidingen HGZO, definitie HBO-raad

| isat-code | opleiding |
|-----------|---|
| 30023 | b medische hulpverlening |
| 30109 | b toegepaste gerontologie |
| 34057 | b sport, gezondheid en management |
| 34090 | b farmakunde |
| 34091 | b huidtherapie |
| 34134 | b verloskunde |
| 34506 | b kunstzinnige therapie |
| 34538 | b management in de zorg |
| 34549 | b optometrie |
| 34560 | b opleiding tot verpleegkundige |
| 34561 | b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken |
| 34570 | b opleiding tot fysiotherapeut |
| 34571 | b oefentherapie cesar |
| 34572 | b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck |
| 34574 | b opleiding voor ergotherapie |
| 34576 | b mondzorgkunde |
| 34577 | b orthoptie |
| 34578 | b opleiding voor logopedie |
| 34579 | b voeding en diëtetiek |
| 34581 | b opleiding podotherapie |
| 34585 | b psychomotorische therapie en bewegingsagogie |
| 39224 | b audiologie |
| 40101 | m health care and social work |
| 49115 | m physician assistant |
| 49246 | m advanced nursing practice |
| 80011 | ad management in de zorg |
| 80025 | ad praktijkondersteuner in de zorg |
| 80026 | ad operationeel sportmanagement |

1.3 Snijvlakopleidingen

| isat | opleiding | sector |
|-------|--|------------------|
| 34397 | b biologie en medisch laboratoriumonderzoek | technisch |
| 30008 | b applied science | technisch |
| 34089 | b human technology | technisch |
| 39215 | b bio-informatica | technisch |
| 39219 | b gezondheidszorg technologie | technisch |
| 39217 | b biometrie | technisch |
| 34331 | b biotechnologie (landbouw) | technisch |
| 34199 | b medisch ingenieur | technisch |
| 34856 | b voedingsmiddelentechnologie | agraris |
| 34616 | b maatschappelijk werk en dienstverlening | sociaal-agogisch |
| 34617 | b sociaal pedagogische hulpverlening | sociaal-agogisch |
| 35158 | b pedagogiek | sociaal-agogisch |
| 34116 | b social work | sociaal-agogisch |
| 34644 | b creatieve therapie | sociaal-agogisch |
| 35388 | b opl. leraar vo 2e gr in gezondheidszorg en welzijn | pedagogisch |

| opleiding | avans hs. | chr. hs. ede | chr. hs. windesheim | fontys hs. | gereformeerde hs. | haagse hs. | hanzehogeschool groningen | hs. inholland | hs. leiden | hs. rotterdam | hs. utrecht | hs. van amsterdam | hs. van arnhem en nijmegen | hz university of applied sciences | leeuwarden | noordelijke hs. | saxion hs. | zuyd hs. |
|--|-----------|--------------|---------------------|------------|-------------------|------------|---------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------|-----------------|------------|----------|
| 7 | x | | | x | | | x | | x | x | | | | | | | x | |
| 1 | | | | | | | x | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | x | | | x | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | x | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | x | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | x | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| totaal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 1 4 10 1 4 13 7 6 10 13 5 12 1 1 7 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. STUDENTEN

2.1 Instroom

| opleiding | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|--------|--------|--------|
| ad management in de zorg | 177 | 166 | 183 | 176 | 183 |
| ad operationeel sportmanagement | 20 | 33 | 23 | 23 | 8 |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | 27 | 18 | 17 | 13 | 10 |
| b audiologie | 14 | 5 | | | |
| b farmakunde | 91 | 102 | 92 | 94 | 66 |
| b huidtherapie | 130 | 131 | 135 | 144 | 165 |
| b kunstzinnige therapie | 119 | 124 | 93 | 93 | 49 |
| b management in de zorg | 231 | 212 | 192 | 151 | 127 |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 297 | 339 | 417 | 385 | 398 |
| b medische hulpverlening | | | 108 | 149 | 176 |
| b mondzorgkunde | 278 | 276 | 266 | 264 | 264 |
| b oefentherapie cesar | 98 | 122 | 183 | 73 | 75 |
| b opleiding podotherapie | 91 | 92 | 88 | 82 | 110 |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 2.225 | 2.111 | 2.128 | 2.153 | 2.184 |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 31 | 42 | 52 | 86 | 89 |
| b opleiding tot verpleegkundige | 3.089 | 3.186 | 3.483 | 3.693 | 3.939 |
| b opleiding voor ergotherapie | 409 | 530 | 592 | 633 | 591 |
| b opleiding voor logopedie | 615 | 618 | 598 | 605 | 611 |
| b optometrie | 86 | 101 | 107 | 108 | 115 |
| b orthoptie | 37 | 34 | 41 | 42 | 51 |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 84 | 98 | 97 | 99 | 86 |
| b sport, gezondheid en management | 318 | 305 | 296 | 264 | 334 |
| b toegepaste gerontologie | | | 34 | 41 | 29 |
| b verloskunde | 497 | 155 | 163 | 156 | 149 |
| b voeding en dietetiek | 504 | 621 | 619 | 711 | 636 |
| m advanced nursing practice | 281 | 272 | 278 | 263 | 353 |
| m health care and social work | | 34 | 24 | 38 | 26 |
| m physician assistant | 108 | 127 | 128 | 132 | 156 |
| Eindtotaal | 9.857 | 9.854 | 10.437 | 10.671 | 10.980 |

2.2 Instroom, aandeel per opleiding (2012/2013)

| opleiding | absoluut | relatief |
|---|----------|----------|
| ad management in de zorg | 183 | 1,7% |
| ad operationeel sportmanagement | 8 | 0,1% |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | 10 | 0,1% |
| b farmakunde | 66 | 0,6% |
| b huidtherapie | 165 | 1,5% |
| b kunstzinnige therapie | 49 | 0,4% |
| b management in de zorg | 127 | 1,2% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 398 | 3,6% |
| b medische hulpverlening | 176 | 1,6% |
| b mondzorgkunde | 264 | 2,4% |
| b oefentherapie cesar | 75 | 0,7% |
| b opleiding podotherapie | 110 | 1,0% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 2.184 | 19,9% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 89 | 0,8% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 3.939 | 35,9% |
| b opleiding voor ergotherapie | 591 | 5,4% |
| b opleiding voor logopedie | 611 | 5,6% |
| b optometrie | 115 | 1,0% |
| b orthoptie | 51 | 0,5% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 86 | 0,8% |
| b sport, gezondheid en management | 334 | 3,0% |
| b toegepaste gerontologie | 29 | 0,3% |
| b verloskunde | 149 | 1,4% |
| b voeding en dietetiek | 636 | 5,8% |
| m advanced nursing practice | 353 | 3,2% |
| m health care and social work | 26 | 0,2% |
| m physician assistant | 156 | 1,4% |
| Eindtotaal | 10.980 | 100,0% |

2.3 Inschrijvingen per hogeschool en opleiding (2012/2013)

| opleiding | avans hs. | chr. hs. ede | chr. hs. windesheim | fontys hs. | gereformeerde hs. | haagse hs. | hanzehogeschool groningen | hs. inholland | hs. leiden | hs. rotterdam | hs. utrecht | hs. van amsterdam | hs. van arnhem en nijmegen | hz university of applied sciences | noordelijke hs. leeuwarden | saxion hs. | zuyd hs. |
|---|-----------|--------------|---------------------|------------|-------------------|------------|---------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------|----------|
| ad management in de zorg | 67 | | | 97 | | | 35 | | 101 | 50 | | | 44 | | | 7 | |
| ad operationeel sportmanagement | | | | | | | 68 | | | | | | | | | | |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | | | | | | | 24 | | | | | | | | | | |
| b audiologie | | | 5 | | | | | | | | 363 | | | | | | |
| b farmakunde | | | | | | 297 | | | | | 296 | | | | | | |
| b huidtherapie | | | | | | | | | 314 | | | | | | | | |
| b kunstzinnige therapie | | | | | | | | | 34 | 24 | 220 | | 192 | | 41 | | |
| b management in de zorg | 90 | | | 103 | | 108 | 157 | 45 | | | 201 | | 158 | | | | |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | | | | 578 | | | 567 | 499 | | 116 | 321 | | 243 | | | | |
| b medische hulpverlening | | | | | | | 190 | 343 | | | 387 | | | | | | |
| b mondzorgkunde | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b oefentherapie cesar | | | | | | | | | | | 1.255 | | 762 | | 185 | | |
| b opleiding podotherapie | | | | 270 | | | 1.036 | | 521 | 619 | | 1.224 | | | 899 | | |
| b opleiding tot fysiotherapeut | | | | 686 | | | | | | | 342 | | | | | | |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b opleiding tot verpleegkundige | 823 | | | 1.008 | 309 | 529 | 1.298 | 724 | 623 | 936 | 1.023 | 1.082 | 1.046 | 335 | 558 | 1.006 | 725 |
| b opleiding voor ergotherapie | | | | | | | | | | 340 | | 471 | 558 | | | 601 | |
| b opleiding voor logopedie | | | | 224 | | | 422 | | | 280 | 324 | | 535 | | | 236 | |
| b optometrie | | | | | | | | | | | 450 | | | | | | |
| b orthoptie | | | | | | | | | | | 169 | | | | | | |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b sport, gezondheid en management | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b toegepaste gerontologie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b verloskunde | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b voeding en diëtetiek | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| m advanced nursing practice | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| m health care and social work | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| m physician assistant | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.126 | 577 | 1.595 | 3.123 | 309 | 1.893 | 5.163 | 2.087 | 1.665 | 2.739 | 5.219 | 3.818 | 5.127 | 335 | 558 | 2.264 | 2.433 |

2.4 Inschrijvingen per opleiding (2012/2013)

| opleiding | absoluut | relatief |
|---|---------------|---------------|
| ad management in de zorg | 401 | 1,0% |
| ad operationeel sportmanagement | 68 | 0,2% |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | 24 | 0,1% |
| b audiologie | 5 | 0,0% |
| b farmakunde | 363 | 0,9% |
| b huidtherapie | 593 | 1,4% |
| b kunstzinnige therapie | 314 | 0,8% |
| b management in de zorg | 1.014 | 2,5% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 1.644 | 4,0% |
| b medische hulpverlening | 475 | 1,2% |
| b mondzorgkunde | 1.097 | 2,7% |
| b oefentherapie cesar | 387 | 0,9% |
| b opleiding podotherapie | 455 | 1,1% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 8.436 | 20,6% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 342 | 0,8% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 13.722 | 33,4% |
| b opleiding voor ergotherapie | 1.970 | 4,8% |
| b opleiding voor logopedie | 2.312 | 5,6% |
| b optometrie | 450 | 1,1% |
| b orthoptie | 169 | 0,4% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 434 | 1,1% |
| b sport, gezondheid en management | 1.500 | 3,7% |
| b toegepaste gerontologie | 160 | 0,4% |
| b verloskunde | 793 | 1,9% |
| b voeding en diëtetiek | 2.809 | 6,8% |
| m advanced nursing practice | 636 | 1,6% |
| m health care and social work | 67 | 0,2% |
| m physician assistant | 391 | 1,0% |
| Eindtotaal | 41.031 | 100,0% |

2.5 Inschrijvingen per hogeschool (2012/2013)

| hogeschool | absoluut | relatief |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| avans hs. | 2.126 | 5,2% |
| chr. hs. ede | 577 | 1,4% |
| chr. hs. windesheim | 1.595 | 3,9% |
| fontys hs. | 3.123 | 7,6% |
| gereformeerde hs. | 309 | 0,8% |
| haagse hs. | 1.893 | 4,6% |
| hanzehogeschool groningen | 5.163 | 12,6% |
| hs. inholland | 2.087 | 5,1% |
| hs. leiden | 1.665 | 4,1% |
| hs. rotterdam | 2.739 | 6,7% |
| hs. utrecht | 5.219 | 12,7% |
| hs. van amsterdam | 3.818 | 9,3% |
| hs. van arnhem en nijmegen | 5.127 | 12,5% |
| hz university of applied sciences | 335 | 0,8% |
| noordelijke hs. leeuwarden | 558 | 1,4% |
| saxion hs. | 2.264 | 5,5% |
| zuyd hs. | 2.433 | 5,9% |
| Eindtotaal | 41.031 | 100,0% |

2.6 Inschrijvingen naar leeftijd

| opleiding | <20 | 20-24 | 25-29 | 30 + |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|
| ad management in de zorg | 0,0% | 9,2% | 23,2% | 67,6% |
| ad operationeel sportmanagement | 2,9% | 79,4% | 14,7% | 2,9% |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | 4,2% | 8,3% | 33,3% | 54,2% |
| b audiologie | 0,0% | 40,0% | 40,0% | 20,0% |
| b farmakunde | 16,8% | 59,2% | 13,8% | 10,2% |
| b huidtherapie | 19,7% | 68,1% | 8,9% | 3,2% |
| b kunstzinnige therapie | 15,6% | 46,2% | 16,9% | 21,3% |
| b management in de zorg | 4,3% | 18,9% | 20,1% | 56,6% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 37,5% | 48,9% | 10,4% | 3,2% |
| b medische hulpverlening | 39,8% | 53,9% | 4,8% | 1,5% |
| b mondzorgkunde | 22,0% | 60,0% | 13,4% | 4,6% |
| b oefentherapie cesar | 33,1% | 57,4% | 6,7% | 2,8% |
| b opleiding podotherapie | 29,0% | 45,7% | 10,5% | 14,7% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 27,4% | 59,7% | 9,3% | 3,6% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 36,5% | 48,2% | 9,1% | 6,1% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 34,7% | 48,6% | 8,6% | 8,1% |
| b opleiding voor ergotherapie | 33,3% | 54,0% | 9,5% | 3,1% |
| b opleiding voor logopedie | 27,6% | 61,4% | 6,6% | 4,3% |
| b optometrie | 24,2% | 53,6% | 14,2% | 8,0% |
| b orthoptie | 30,2% | 58,6% | 7,7% | 3,6% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 29,0% | 59,0% | 7,4% | 4,6% |
| b sport, gezondheid en management | 29,2% | 62,3% | 8,3% | 0,2% |
| b toegepaste gerontologie | 16,3% | 40,6% | 8,8% | 34,4% |
| b verloskunde | 28,1% | 54,6% | 11,3% | 5,9% |
| b voeding en dietetiek | 28,3% | 55,0% | 10,4% | 6,3% |
| m advanced nursing practice | 0,0% | 2,2% | 20,0% | 77,8% |
| m health care and social work | 0,0% | 4,5% | 28,4% | 67,2% |
| m physician assistant | 0,0% | 2,3% | 28,9% | 68,8% |
| Eindtotaal | 28,9% | 51,5% | 10,0% | 9,6% |
| totaal hbo | 24,1% | 54,0% | 12,7% | 9,1% |

2.7 Inschrijvingen naar etniciteit

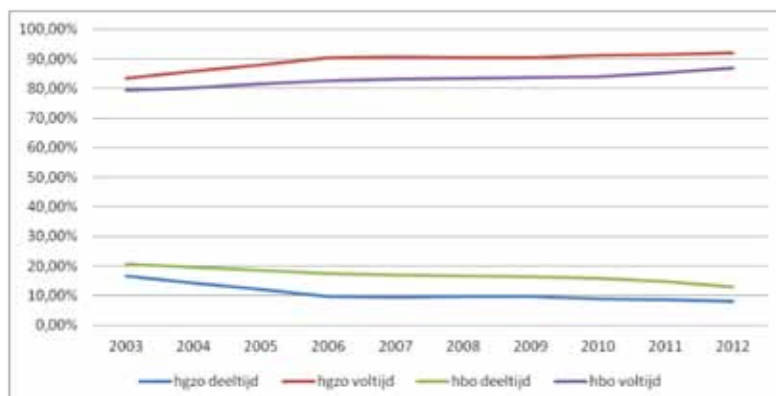
| opleiding | autochtoon | niet-westers | onbekend | westers |
|---|--------------|--------------|-------------|--------------|
| ad management in de zorg | 85,5% | 7,5% | 0,0% | 7,0% |
| ad operationeel sportmanagement | 85,3% | 1,5% | 0,0% | 13,2% |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | 91,7% | 4,2% | 0,0% | 4,2% |
| b audiologie | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| b farmakunde | 39,1% | 53,7% | 0,0% | 7,2% |
| b huidtherapie | 70,8% | 22,9% | 0,0% | 6,2% |
| b kunstzinnige therapie | 76,4% | 12,4% | 0,0% | 11,1% |
| b management in de zorg | 83,8% | 10,8% | 0,1% | 5,2% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische tech | 88,1% | 8,0% | 0,0% | 3,9% |
| b medische hulpverlening | 76,2% | 20,2% | 0,0% | 3,6% |
| b mondzorgkunde | 48,6% | 43,5% | 0,0% | 7,9% |
| b oefen therapie cesar | 90,7% | 4,4% | 0,0% | 4,9% |
| b opleiding podotherapie | 86,2% | 7,0% | 0,0% | 6,8% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 77,1% | 5,4% | 0,0% | 17,5% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 80,1% | 14,6% | 0,0% | 5,3% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 85,5% | 8,9% | 0,0% | 5,6% |
| b opleiding voor ergotherapie | 72,7% | 5,0% | 0,0% | 22,2% |
| b opleiding voor logopedie | 69,0% | 4,8% | 0,0% | 26,2% |
| b optometrie | 59,6% | 31,6% | 0,0% | 8,9% |
| b orthoptie | 48,5% | 45,6% | 0,0% | 5,9% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 96,3% | 1,4% | 0,0% | 2,3% |
| b sport, gezondheid en management | 89,2% | 3,9% | 0,0% | 6,9% |
| b toegepaste gerontologie | 93,1% | 2,5% | 0,0% | 4,4% |
| b verloskunde | 88,1% | 5,7% | 0,0% | 6,2% |
| b voeding en dietetiek | 78,7% | 14,1% | 0,0% | 7,2% |
| m advanced nursing practice | 90,1% | 2,4% | 0,0% | 7,5% |
| m health care and social work | 86,6% | 4,5% | 0,0% | 9,0% |
| m physician assistant | 90,3% | 2,6% | 0,0% | 7,2% |
| totaal hgzo | 80,1% | 9,6% | 0,0% | 10,3% |
| totaal hbo | 73,3% | 15,3% | 0,0% | 11,4% |

2.8 Instroom naar vooropleiding ('onbekend' niet meegenomen)

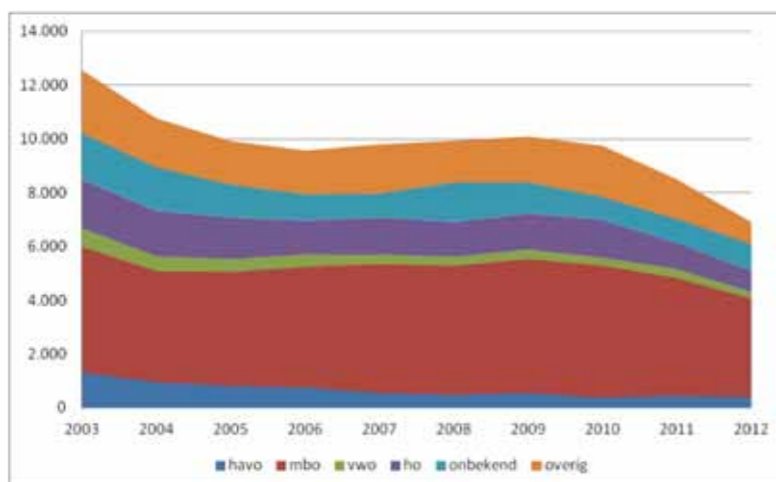
| opleiding | mbo | havo | vwo | ho | overig |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| ad management in de zorg | 4,8% | 73,9% | 2,4% | 5,5% | 13,3% |
| ad operationeel sportmanagement | 0,0% | 87,5% | 0,0% | 0,0% | 12,5% |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| b farmakunde | 40,9% | 50,0% | 4,5% | 0,0% | 4,5% |
| b huidtherapie | 28,5% | 63,0% | 4,8% | 0,6% | 3,0% |
| b kunstzinnige therapie | 45,8% | 37,5% | 8,3% | 6,3% | 2,1% |
| b management in de zorg | 20,4% | 61,9% | 1,8% | 8,0% | 8,0% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 71,7% | 13,9% | 10,6% | 2,8% | 1,0% |
| b medische hulpverlening | 58,3% | 26,9% | 13,7% | 0,6% | 0,6% |
| b mondzorgkunde | 44,7% | 37,9% | 9,5% | 4,2% | 3,8% |
| b oefen therapie cesar | 68,0% | 16,0% | 14,7% | 1,3% | 0,0% |
| b opleiding podotherapie | 61,5% | 27,5% | 9,2% | 0,9% | 0,9% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 44,2% | 19,8% | 17,0% | 2,4% | 16,6% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 64,0% | 27,0% | 9,0% | 0,0% | 0,0% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 54,6% | 29,3% | 12,1% | 2,1% | 1,9% |
| b opleiding voor ergotherapie | 63,7% | 22,7% | 11,4% | 0,4% | 1,7% |
| b opleiding voor logopedie | 47,6% | 29,9% | 12,0% | 6,5% | 4,0% |
| b optometrie | 41,2% | 43,0% | 13,2% | 0,0% | 2,6% |
| b orthoptie | 56,9% | 21,6% | 13,7% | 2,0% | 5,9% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 53,5% | 33,7% | 9,3% | 2,3% | 1,2% |
| b sport, gezondheid en management | 60,7% | 27,1% | 10,1% | 0,3% | 1,8% |
| b toegepaste gerontologie | 48,3% | 41,4% | 0,0% | 10,3% | 0,0% |
| b verloskunde | 37,2% | 10,8% | 43,9% | 6,8% | 1,4% |
| b voeding en dietetiek | 56,9% | 27,0% | 12,5% | 2,1% | 1,6% |
| m advanced nursing practice | 1,2% | 5,1% | 0,3% | 91,3% | 2,1% |
| m health care and social work | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% |
| m physician assistant | 2,7% | 10,1% | 0,7% | 83,2% | 3,4% |
| Eindtotaal | 48,9% | 27,1% | 12,2% | 6,7% | 5,1% |
| totaal hbo | 47,0% | 32,3% | 9,8% | 5,9% | 5,1% |

3. DEELTIJD

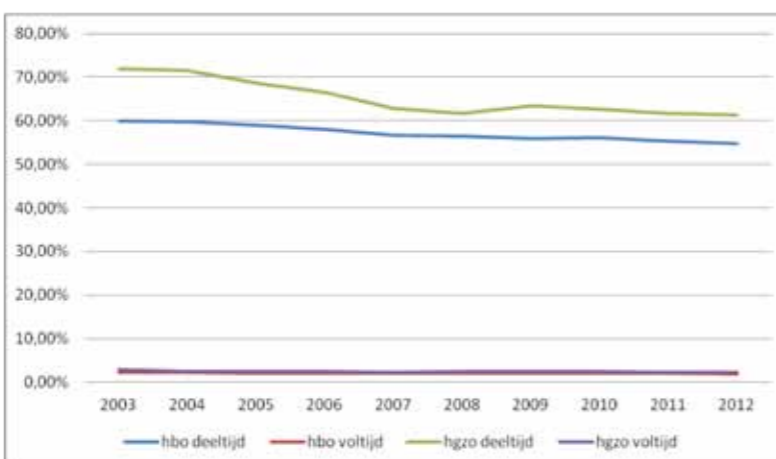
3.1 Inschrijvingen naar voltijd en deeltijd (bachelor)



3.2 Absolute instroom in deeltijdopleidingen HGZO, per vooropleiding (bachelor)



3.3 Percentage studenten in deeltijdopleidingen 30 jaar (bachelor)



4. STUDIESUCCEES

4.1 Uitval na 1 jaar (2010 is instroomjaar)

| opleiding | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ad management in de zorg | | 12,5% | 11,9% | 6,6% | 16,8% |
| ad operationeel sportmanagement | | 43,5% | 35,0% | 18,2% | 26,1% |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | | 31,6% | 25,9% | 22,2% | 35,3% |
| b audiologie | 18,8% | 23,1% | 21,4% | 20,0% | |
| b farmakunde | 13,6% | 15,9% | 16,5% | 14,7% | 14,1% |
| b huidtherapie | 13,8% | 13,1% | 18,5% | 14,5% | 20,7% |
| b kunstzinnige therapie | 25,7% | 17,3% | 16,8% | 18,5% | 21,5% |
| b management in de zorg | 25,4% | 17,6% | 18,2% | 16,5% | 20,8% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische | 11,6% | 12,1% | 7,4% | 13,3% | 13,6% |
| b mondzorgkunde | 13,7% | 15,5% | 18,0% | 19,2% | 20,3% |
| b oefentherapie cesar | 15,9% | 15,4% | 5,1% | 15,6% | 12,0% |
| b opleiding podotherapie | 16,0% | 18,3% | 11,0% | 12,0% | 9,1% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 13,4% | 12,3% | 12,4% | 11,3% | 10,8% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 22,7% | 7,1% | 9,7% | 14,3% | 9,6% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 17,7% | 17,8% | 16,3% | 16,2% | 15,6% |
| b opleiding voor ergotherapie | 14,8% | 14,2% | 13,2% | 13,4% | 12,2% |
| b opleiding voor logopedie | 9,8% | 13,1% | 14,1% | 11,0% | 13,2% |
| b optometrie | 18,6% | 13,6% | 17,4% | 14,9% | 15,9% |
| b orthoptie | 20,0% | 14,3% | 16,2% | 17,6% | 17,1% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 10,5% | 9,2% | 6,0% | 5,1% | 8,2% |
| b sport, gezondheid en management | 13,0% | 14,1% | 10,4% | 10,5% | 16,2% |
| b verloskunde | | | 5,6% | 7,1% | 4,3% |
| b voeding en dietiek | 18,1% | 14,2% | 15,5% | 13,2% | 16,8% |
| m advanced nursing practice | 9,8% | 9,2% | 13,9% | 9,6% | 6,1% |
| m health care and social work | | | | 20,6% | 20,8% |
| m physician assistant | 8,1% | 3,8% | 11,1% | 7,1% | 8,6% |
| b medische hulpverlening | | | | | 6,5% |
| b toegepaste gerontologie | | | | | 11,8% |
| totaal hgzo | 15,5% | 14,9% | 13,9% | 13,5% | 13,9% |
| totaal hbo | 17,2% | 17,5% | 15,3% | 15,8% | 16,0% |

4.2 Uitval na 1 jaar (instroom: 2010/2011, uitval in 2011/2012)

| opleiding | mbo | havo | vwo | ho |
|---|-------|-------|-------|-------|
| ad management in de zorg | 15,8% | 50,0% | 33,3% | 17,6% |
| ad operationeel sportmanagement | 33,3% | 25,0% | 0,0% | 0,0% |
| ad praktijkondersteuner in de zorg | 45,5% | 0,0% | | |
| b farmakunde | 19,4% | 10,8% | 0,0% | |
| b huidtherapie | 24,1% | 13,2% | 0,0% | 0,0% |
| b kunstzinnige therapie | 26,3% | 24,4% | 13,3% | 0,0% |
| b management in de zorg | 17,8% | 11,5% | 28,6% | 25,0% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 31,9% | 12,5% | 6,4% | 7,7% |
| b mondzorgkunde | 25,9% | 11,0% | 8,3% | |
| b oefentherapie cesar | 33,3% | 8,7% | 7,9% | |
| b opleiding podotherapie | 28,6% | 2,3% | 0,0% | 0,0% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 17,5% | 10,4% | 4,1% | 2,8% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 9,1% | 12,0% | 12,5% | 0,0% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 21,8% | 14,3% | 5,2% | 10,5% |
| b opleiding voor ergotherapie | 19,1% | 10,2% | 7,1% | 25,0% |
| b opleiding voor logopedie | 28,7% | 9,2% | 3,8% | 0,0% |
| b optometrie | 27,8% | 14,0% | 7,1% | 0,0% |
| b orthoptie | 44,4% | 13,0% | 0,0% | |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 9,1% | 7,1% | 11,1% | 0,0% |
| b sport, gezondheid en management | 20,0% | 12,5% | 13,9% | 0,0% |
| b verloskunde | 5,6% | 6,9% | 1,3% | 0,0% |
| b voeding en dietetiek | 25,7% | 12,2% | 7,6% | 10,3% |
| m advanced nursing practice | 9,1% | 0,0% | 0,0% | 6,3% |
| m health care and social work | | | | 20,8% |
| m physician assistant | 20,0% | 0,0% | 0,0% | 6,7% |
| b medische hulpverlening | 10,3% | 7,7% | 0,0% | |
| b toegepaste gerontologie | 25,0% | 0,0% | 0,0% | 14,3% |
| totaal hgzo | 21,6% | 12,2% | 5,5% | 7,8% |
| totaal hbo | 22,5% | 12,8% | 6,7% | 12,3% |

4.3 Studiesucces na 5 jaar (2006 = instroomjaar)

| opleiding | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| b audiologie | | | 47,4% | 58,3% | 43,8% |
| b farmakunde | 50,0% | 71,4% | 61,8% | 60,0% | 69,7% |
| b huidtherapie | 46,9% | 50,6% | 68,6% | 67,9% | 70,1% |
| b kunstzinnige therapie | 50,8% | 46,9% | 51,9% | 46,3% | 41,6% |
| b management in de zorg | 70,7% | 74,3% | 73,6% | 62,0% | 56,8% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 66,0% | 68,8% | 71,7% | 59,1% | 59,4% |
| b mondzorgkunde | 58,7% | 66,1% | 67,6% | 58,6% | 54,5% |
| b oefentherapie cesar | 78,9% | 58,5% | 54,8% | 62,5% | 52,3% |
| b opleiding podotherapie | 70,4% | 57,3% | 42,6% | 46,3% | 60,0% |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 70,0% | 68,9% | 67,5% | 67,1% | 66,3% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 62,9% | 57,9% | 50,0% | 78,6% | 50,0% |
| b opleiding tot verpleegkundige | 66,9% | 66,1% | 67,9% | 64,2% | 61,1% |
| b opleiding voor ergotherapie | 73,7% | 72,8% | 73,8% | 71,1% | 67,9% |
| b opleiding voor logopedie | 75,4% | 72,7% | 72,1% | 68,6% | 72,0% |
| b optometrie | 55,3% | 46,0% | 49,3% | 62,5% | 42,4% |
| b orthoptie | 60,7% | 53,8% | 76,5% | 55,6% | 66,7% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 74,7% | 64,1% | 72,9% | 66,2% | 64,5% |
| b sport, gezondheid en management | 62,8% | 56,1% | 50,8% | 56,8% | 54,8% |
| b voeding en dietetiek | 62,1% | 59,6% | 66,2% | 65,4% | 58,9% |
| m advanced nursing practice | | | 73,7% | 84,8% | 85,3% |
| m physician assistant | | | 89,1% | 89,2% | 85,1% |
| totaal hgzo | 67,8% | 66,9% | 67,9% | 65,5% | 63,2% |
| totaal hbo | 58,4% | 58,5% | 57,2% | 55,9% | 53,9% |

4.4 Studiesucces na 5 jaar per vooropleiding (instroomjaar = 2006)

| opleiding | mbo | havo | vwo | ho |
|---|-------|--------|--------|--------|
| b audiologie | 66,7% | 33,3% | 100,0% | |
| b farmakunde | 72,7% | 66,7% | 60,0% | |
| b huidtherapie | 70,7% | 63,6% | 100,0% | |
| b kunstzinnige therapie | 43,3% | 43,9% | 50,0% | 54,5% |
| b management in de zorg | 49,0% | 58,8% | 40,0% | 81,8% |
| b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken | 45,5% | 55,1% | 87,0% | 100,0% |
| b mondzorgkunde | 48,7% | 58,2% | 68,8% | 50,0% |
| b oefentherapie cesar | 50,0% | 53,8% | 40,0% | 100,0% |
| b opleiding podotherapie | 46,7% | 57,1% | 100,0% | |
| b opleiding tot fysiotherapeut | 64,4% | 54,7% | 79,2% | 81,8% |
| b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck | 66,7% | 53,8% | 33,3% | |
| b opleiding tot verpleegkundige | 64,5% | 57,4% | 72,3% | 76,0% |
| b opleiding voor ergotherapie | 45,5% | 60,1% | 84,3% | 100,0% |
| b opleiding voor logopedie | 59,8% | 62,4% | 83,3% | 90,3% |
| b optometrie | 44,8% | 33,3% | 80,0% | 100,0% |
| b orthoptie | 0,0% | 70,6% | 87,5% | 100,0% |
| b psychomotorische therapie en bewegingsagogie | 67,9% | 53,1% | 83,3% | 100,0% |
| b sport, gezondheid en management | 41,8% | 57,4% | 72,5% | 100,0% |
| b voeding en dietetiek | 50,4% | 56,3% | 79,5% | 87,0% |
| m advanced nursing practice | 90,9% | 100,0% | | 81,0% |
| m physician assistant | 75,0% | 75,0% | 33,3% | 97,2% |
| totaal hgzo | 59,1% | 56,8% | 76,6% | 82,6% |
| totaal hbo | 52,3% | 48,5% | 68,3% | 72,3% |

BIJLAGE 2

SWOT-ANALYSE

INNOVATIEF OPLEIDEN VOOR DE ZORG -SWOT TOEKOMSTPERSPECTIEF

Confrontatiematrix Ontwikkeling Zorgsector en Innovatiekracht Hoger gezondheidszorgonderwijs

| | | Ontwikkeling Werkveld | | | | | | |
|----------------------|-------|---|--|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| | | Kansen | | | Bedreigingen | | | |
| | | Veel innovatie: zorg, organisatie, beroepenstructuur | Dichter bij burger en ont-schotting, ketenzorg | Zorg en Techno-logie; E-health | Toegang en betaalbaarh. zorg | Meer en complexere zorgvragen | Geestelijke Gezondheids-Zorg | |
| Innovatiekracht HGZO | Sterk | Inspelen nieuwe ontwikkelingen beroepenstructuur | | | | | | |
| | | Ervaring en kwaliteit in opleiden | | | | | | |
| | | UAS ¹ -ontwikkeling met impact kennis-functie en -circulatie | | | | | | |
| In ontwikkeling/zwak | | Samenwerking beroepenveld en externe omgeving | | | | | | |
| | | Zorg en Techno-logie | | | | | | |
| | | Maatwerk ↔ standaardisering, incl. Leven Lang Leren | | | | | | |

In deze confrontatiematrix kunnen desgewenst in vervolgesprekken door de gezamenlijke hgzo-opleidingen gewichten worden toegekend aan de cellen, zodat strategische kerngebieden kunnen worden gedefinieerd. De gewichtstoekenning kan bijvoorbeeld plaatsvinden door per kolom 10 punten te verdelen.

STRATEGISCHE KERNGEBIEDEN

De confrontatiematrix kan door de gezamenlijke hgzo-opleidingen desgewenst worden benut om de strategische kerngebieden te identificeren. Die fungeren als handvat voor het gesprek over verdere routes en acties. Bij de route spelen vragen als: hoe gebruiken we sterkte x om op kans y in te spelen? In de cellen kan des-gewenst nadere precisering worden aangebracht voor de te bepalen strategie.

Analyse-inventarisatie

| Sterk | Zwak c.q. in ontwikkeling | Kansen | Bedreigingen |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Inspelen op nieuwe ontwikkelingen in de beroepenstructuur (best practice: Physician Assistant, Advanced Nurse Practitioner). Grote ervaring en kwaliteit in opleiden. Kern-elementen: kwaliteit docenten, kwaliteit opleidingen incl. aansluiting beroepsprofiel (best practice: coproductie binnen Verpleegkunde). UAS-ontwikkeling met impact voor kennisfunctie en kennis-circulatie. Kwaliteit afgestudeerden stijgt: reflectieve practitioner met hoog kwalificatieprofiel en brede competenties. Ambitieuze. | <ul style="list-style-type: none"> Samenwerking met extern, beroepenveld. Zorg en Technologie. Maatwerk ↔ standaardisering, inclusief LLL. Permeabele schotten HGZO-HSAO. Afscheid nemen van 'oude' opleidingen. Interdisciplinair werken. ICT. Aantoonbare kwaliteit afgestudeerden. HRM-beleid onder druk (werkbeleving, ondersteuning primaire proces, waardering didactiek). Aspecten onderwijsorganisatie (ingeperkte management-spanwijdte, bureaucratie, aansturingmodaliteit). Middelen/randvoorwaarden. Eigen profiel en herkenbaarheid. Hoog tempo ontwikkelingen. Studentkenmerken (kwaliteit instroom, weinig ♂, weinig NWA, studie-intensiteit). | <ul style="list-style-type: none"> Veel innovatie; in beroepenstructuur, organisatie zorg (dichtbij-veraf) en zorg zelf (diagnostiek en behandeling). Dichter bij burger, minder scheiding tussen sectoren (zorg, welzijn, bouwen) én tussen echelons (ketenzorg horizontaal en verticaal). Allerlei vormen van E-health en technologische toepassingen. Marktwerking. Toename zorgvraag in aantal en complexiteit. Kwaliteit zorg hoog houden. Aandacht voor gedrag en gezondheid. Preventie. | <ul style="list-style-type: none"> Toegang en betaalbaarheid zorg. Resultaat-verantwoording i.p.v. DBC-benadering. Resultaat is: Functie geleverd? Gezondheid beter? Toename zorgvraag in aantal en complexiteit. Geestelijke Gezondheids-Zorg. Financiering. Marktwerking. Eenzijdige en ongedifferentieerde benadering zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid. Afname aandacht voor zorg, en ziekte ('ontzorgen'). |

Bij deze analyse-inventarisatie is desgewenst een nadere prioritering aan te brengen.

| | | Ontwikkeling Werkveld | | | | | | |
|----------------------|----------------------|--|--|---|---|----------------------------------|--|--|
| | | Kansen | | | Bedreigingen | | | |
| | | Veel innovatie: zorg, organisatie, beroepenstructuur | Dichter bij burger en ontschotting, ketenzorg | Zorg en Technologie; E-health | Toegang en kwaliteit zorg | Meer en complexere zorgvragen | GGZ | |
| Innovatiekracht HGZO | Sterk | Inspelen nieuwe ontwikkelingen beroepenstructuur | Assortiment passend. Opschonen en ontsplinteren. Goede opbouw en afstemming kolom (o.a. met MBO). Hogere kwaliteit op niveau 5 realiseren. | | Op termijn master op dit terrein? Excellententracé's en profileringsinstellingsoverstijgend. | Geen strategisch kerngebied HGZO | | |
| | | Ervaring en kwaliteit in opleiden | | Optimalisering zelfsturing patiënt, curricula meer multiprofessioneel en in samenhang, Shared Decision Making, Sectoroverschrijdend | In alle curricula 'Zorg en Technologie' verweven | | Expertise borgen en consolideren om latere uitbouw mogelijk te maken | |
| | | UAS-ontwikkeling met impact kennisfunctie en -circulatie | | Focus op zorgverlening (niet primair behandeling). Onderzoek naar: innovatie hand in hand met implementatie, zelfsturing patiënt. | Hier benutten sterkte en ontwikkelen potentie. Vraagt majeure inspanning hele HGZO. Samenwerken + Focus en differentiatie. Coproductie(s) met beroepenveld (sectoroverstijgend) en externe omgeving (MKB en andere partijen). Synchroon in onderwijs implementeren. | | Onderzoek naar doelmatigheid (ketenzorg) | |
| | In ontwikkeling/zwak | Samenwerking beroepenveld en externe omgeving | | | | | Geen strategisch kerngebied HGZO | |
| | | Zorg en Technologie | Fundamentele innovatie bij WO en bedrijfsleven | | | | | |
| | | Maatwerk ↔ standaardisering, incl. LLL | | Aanbod LLL hogescholen/markt. | | | | |

BIJLAGE 3

GERAADPLEEGDE BRONNEN

Publicaties:

Actiz, Deltaplan ouderenzorg, 24 september 2012.

Booz&Co, Kwaliteit als medicijn, oktober 2012.

Commissie Externe Validering Examenkwaliteit ('Commissie Bruijn'), advies Vreemde ogen dwingen, 2012.

Commissie Toekomstbestendig Hoger Onderwijs Stelsel, advies 'Differentiëren in drievoud', april 2010.

Gezondheidsraad, Gezondheidsonderzoek aan hogescholen, 14 december 2010.

HBO-raad, Kwaliteit als opdracht, augustus 2009.

HBO-raad, HBO-monitor 2011, juli 2012.

HGZO, Zorg voor verbinding, beleidsagenda HGZO 2012/2016.

KBA, artikelen Naar een agenda voor het hoger gezondheidszorgonderwijs, Sectoraal adviescollege hgzo, mei 2012.

Ministerie van VWS, arbeidsmarkt-

brief: vertrouwen in professionals, 11 oktober 2011.

Ministerie van VWS, Arbeid in Zorg en Welzijn 2012, oktober 2012.

Panteia, Analyse arbeidsmarkt hoger opgeleiden Pilotsector Zorg, maart 2012.

Regeerakkoord VVD-PvdA, 'Bruggen slaan', 29 oktober 2012.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening, april 2010.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving, december 2012.

Sectorale Verkenningcommissie HBO Techniek, Advies HBO Techniek in BEDRIJF, Den Haag, december 2011.

SER, advies Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg, 19 oktober 2012.

ZonMw en HBO-raad, Opiniestuk Zorgindebuurt, Den Haag, november 2012.

ZonMw, Nationaal Programma Ouderenzorg, Beleidsrapport Gerontologische en geriatrische inhoud van verpleegkunde opleidingen in Nederland.

Websites:

digitalezorggids.nl
www.digitalezorggids.nl

epatientdave.com
www.epatientdave.com

frankwatching.com
www.frankwatching.com

hbo-raad.nl
www.hbo-raad.nl

hu.nl
www.hu.nl

npcf.nl
www.npcf.nl

ser.nl
www.ser.nl

BIJLAGE 4

SAMENSTELLING COMMISSIE

Anton Westerlaken, voorzitter
Margo Brouns, lid
Harm Drost, lid
Bas Leerink, lid
Betty Meyboom-de Jong, lid
Marjolein Schouten, lid
Pieter Vos, lid
Wim Boomkamp, buitengewoon lid
Henk Smid, adviserend lid
Audrey Zimmerman, secretaris

COLOFON

*Dit is een uitgave van:
HBO-raad, Prinsessegracht 21,
Postbus 123, 2501 CC
Den Haag*

*telefoon (070) 312 21 21
website www.hbo-raad.nl*

*VORMGEVING
reclamebureau HörnjönkerVanDerTörn*

*ILLUSTRATIES
Kirsten Quast*

*GRAFIEKEN EN TABELLEN
HBO-raad*



HBO raad
vereniging van hogescholen