Arbeid in Zorg en Welzijn 2012
Integrerend jaarrapport

Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang

AZW

Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Arbeid in Zorg en Welzijn 2012

Integrerend jaarrapport

Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang

Zoetermeer, oktober 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord 5

Samenvatting 7

1 Inleiding 13

1.1 Onderzoeksprogramma AZW 13
1.2 Leeswijzer 14

2 Diagnose van de arbeidsmarkt 15

2.1 Ontwikkelingen in vraag en aanbod 15
2.2 Discrepanties op de arbeidsmarkt 24
2.3 Kansen en bedreigingen voor de arbeidsmarkt 28

3 Oplossingsrichtingen voor personeelstekorten 31

3.1 Inleiding 31
3.2 Algemeen 32
3.3 Oplossingsrichtingen op het gebied van het onderwijs 35
3.4 Oplossingsrichtingen op het gebied van werkenden in de sector 40
3.5 Oplossingen op het gebied van de inzet van reserves 49
3.6 Oplossingen op het gebied van de bedrijfsvoering 54

4 Oplossingsrichtingen voor personeelsoverschotten 63

4.1 Inleiding 63
4.2 Algemeen 65
4.3 Kwadrant Onderwijs 66
4.4 Kwadrant Werkenden 66
4.5 Kwadrant Bedrijfsvoering 70

5 Slotbeschouwing 71

5.1 Analyse 71
5.2 Consequenties voor het arbeidsmarktbeleid 72

Bijlagen

I SWOT-analyse 77
II Geraadpleegde literatuur 81
III Respondenten expertinterviews 87

Voorwoord

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) brengt arbeidsmarktknelpunten, onderwijsknelpunten en knelpunten in de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK (Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening [WMD], Jeugdzorg en Kinderopvang) in kaart. Het beoogt relevante organisaties te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg en de WJK. Van belang is te weten dat dit rapport is opgesteld voordat het regeerakkoord tussen de VVD en de PvdA bekend werd.
Het onderzoeksprogramma AZW wordt uitgevoerd door een consortium bestaande uit Panteia, SEOR en E,til in opdracht van de volgende organisaties:

- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (VWS)
- Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg- Verzorgingstehuizen en Thuiszorg (A+O VVT)
- FCB Dienstverlenen in arbeidsmarktvraagstukken
- Stichting Arbeidsmarkt Gehandicaptenzorg (StAG)
- Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ)
- Stichting O&O Fonds Geestelijke Gezondheidszorg (OOfGGZ)
- Calibris, kenniscentrum voor leren in de praktijk in Zorg, Welzijn en Sport
- UWV

Voor de aansturing van het onderzoeksprogramma is een stuurgroep samengesteld bestaande uit:

- Aart Bertijn (VGN, namens StaG)
- Aloys Kersten (Ministerie van VWS)
- Anja Cremers (NU'91, namens StAZ)
- Arie Vreeburg (UWV)
- Jaap Scholten (NVZ, namens StAZ)
- Jan Weiland (Ministerie van VWS)
- Jeanette Daggelder (GGZ Nederland, namens OOfGGZ)
- Johan Siegert (FCB Dienstverlenen in Arbeidsmarktvraagstukken)
- Lars Pothast (Calibris)
- Louis Rutten (FCB Dienstverlenen in Arbeidsmarktvraagstukken)
- Paul de Jonge (Actiz, namens A+O VVT)

Het programma brengt elk jaar een integrerend rapport uit. Input hiervoor vormt de - kwantitatieve en kwalitatieve - informatie uit de verschillende deelprojecten van het onderzoeksprogramma. Het rapport is geschreven door Peter de Klaver (Panteia), Marcel Spijkerman (SEOR) en ondergetekende. Verder werkten Olivier Tanis van SEOR en Paul Vroonhof van Panteia er aan mee.

De stuurgroep heeft een begeleidingscommissie in het leven geroepen om de totstandkoming van dit rapport te begeleiden. Naast de stuurgroepleden De Jonge (voorzitter), Bertijn, Daggelder (later vervangen door Maurice Heck), Kersten en Siegert was Pieter Osterthun van Calibris daarvan lid. De leden van deze commissie worden hierbij hartelijk bedankt voor hun constructieve bijdrage.

Douwe Grijpstra,
Projectleider integrerend rapport/directeur arbeidsmarktstudies Panteia

Samenvatting

Het Integrerend Rapport vat de resultaten van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) samen. Dit rapport is opgesteld voordat het recentelijk afgesloten regeerakkoord tussen de VVD en de PvdA bekend werd.

De drie belangrijkste trends

Er zijn op de arbeidsmarkt voor zorg en WJK drie belangrijke trends te onderkennen. Een zeer globale eerste analyse van het recente regeerakkoord laat zien dat deze trends zich binnen het kader van dat akkoord door zullen zetten, naar alle waarschijnlijkheid zelfs in versterkte mate.

Nu weinig tekort aan personeel, maar er komen wel weer tekorten

Ten eerste kent de arbeidsmarkt in zorg en WJK, anders dan eerder voorspeld, op dit moment geen aanzienlijke tekorten aan personeel. Dit komt vooral omdat werknemers langer doorwerken; vervroegde uittrede is moeilijk gemaakt. Ook dragen de vele arbeidsmarktmaatregelen van de sector in de afgelopen jaren bij aan een soepel werkende arbeidsmarkt. Daarbij helpt ook de slecht draaiende economie hieraan mee; jongeren en zij-instromers kiezen daardoor eerder voor zorg en welzijn. Tekorten zijn er alleen in zeer specifieke segmenten en in sommige regio's in de ouderenzorg.
Op termijn wordt de arbeidsmarkt in sommige segmenten toch weer krapper, zelfs bij een beleidsscenario waarin de budgetten niet sterk stijgen. Wie nu moet doorwerken, gaat met een aantal jaren vertraging alsnog uitstromen naar pensioen. Tekorten dreigen er vooral voor verzorgenden en bepaalde groepen hbo-plus- en wo-niveau opgeleiden.

Groeiende overschotten van personeel

Ten tweede is er sprake van toenemende personeelsoverschotten, met name op de lagere kwalificatieniveaus en in de agogische beroepen. Overschotten aan zittend personeel in WJK en GGZ, veroorzaakt door beleidsaanpassingen, blijven in ieder geval de komende jaren om aandacht vragen. Er is onvoldoende werk voor jongeren die met een diploma van school komen.

Meer vraag naar hoger gekwalificeerd personeel

Ten derde zijn er signalen van toenemende kwalitatieve discrepanties op de arbeidsmarkt. Dat heeft enerzijds te maken met de technologische ontwikkelingen, die deels zijn gericht op hogere kwaliteit van de zorg en deels ook arbeidsbesparend werken. Ook andere zorgconcepten leiden vaak tot vraag naar hoger gekwalificeerd personeel. Vooral op hbo-niveau leidt dit mogelijk tot een toenemende vraag, maar ook binnen het mbo-segment verschuift de vraag naar een hoger niveau. Dit betekent dat in de GGZ en de WJK niet alleen minder personeel nodig is, maar dat er ook andere eisen aan personeel worden gesteld en er een professionaliseringsslag moet plaatsvinden. Het onderwijs zal daarin mee moeten gaan: met haar onderwijsprogramma's, de inhoud van de lessen en mogelijk de praktijkvorming.

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn brengt de arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK (Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening [WMD], Jeugdzorg en Kinderopvang) in kaart. Het integrerend jaarrapport bevat een diagnose van de arbeidsmarkt in zorg en WJK en geeft een nadere duiding aan de ontwikkelingen en de te verwachten knelpunten op de arbeidsmarkt. Het schetst bovendien concrete oplossingsrichtingen voor de arbeidsmarktdiscrepanties.

Diagnose

Recente ontwikkelingen aan de vraagzijde van de arbeidsmarkt

- De sector zorg en WJK was de afgelopen jaren de enige groeier op de arbeidsmarkt. De groei van de werkgelegenheid in de sector was in 2011 wel lager dan in de jaren daarvoor. Dit lag met name aan de krimp van de werkgelegenheid in de WMD en de jeugdzorg.
- Zeker wanneer sprake is van druk op de middelen, kiezen instellingen vaak voor interne flex: tijdelijke of nulurencontracten. Dit gebeurt vooral met het oog op toekomstige stelselwijzigingen: instellingen vinden het niet verantwoord veel nieuw vast personeel aan te nemen.
- Het aantal uitzendkrachten en zzp'ers in de sector lijkt om deels dezelfde redenen (hoge kosten) ook terug te lopen.
- Het aantal externe wervingsuitingen van instellingen is de laatste paar jaar vrij stabiel. Een flink deel van de instroom in functies in zorg en WJK vindt plaats zonder dat sprake is geweest van actieve externe werving in de vorm van vacatures. Jongeren komen rechtstreeks uit het onderwijs. Ook krijgen instellingen veel open sollicitaties.

Recente ontwikkelingen aan de aanbodzijde van de arbeidsmarkt

- Na enkele jaren van forse groei is de instroom in de opleidingen zorg en welzijn in het schooljaar 2011/2012 gestabiliseerd (2010: 120 duizend en 2011: 121 duizend).
- De doorstroom naar een hoger niveau is vooral groot vanuit niveau 1 en 2. Met name binnen de bol-opleidingen is sprake van doorstroom van het ene naar het andere mbo-niveau. De doorstroom van mbo'ers naar hbo-opleidingen binnen zorg en WJK ligt gemiddeld genomen iets lager dan die van alle mbo 4-opgeleiden samen.
- Een belangrijke factor is ook zij-instroom van twintigers, dertigers en veertigers. Een deel van de zij-instroom gebeurt via de bbl; die ligt in de orde van grootte van 5.000 personen per jaar. Ook is er zij-instroom van ongekwalificeerden die later alsnog een opleiding volgen.
- Het onderwijsrendement (de mate waarin men de opleiding afrondt) verschilt sterk per opleiding. Gemiddeld genomen is op mbo-niveau het onderwijsrendement van de bbl met 69% hoger dan dat van de bol met 60%. Op mbo-niveau is het onderwijsrendement van de agogische opleidingen iets hoger dan dat van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen. Voor het hbo geldt het omgekeerde (verpleegkunde 55% en SPH 50%). Het rendement van academische opleidingen ligt hoger dan dat van de hbo-opleidingen.
- Het sectorrendement (de mate waarin men na afronding van de opleiding in de sector gaat werken) is met name hoog bij de verpleegkundige en verzorgende opleidingen. Bij andere opleidingen ligt dit lager. Bij de lagere niveaus komt dit deels doordat gediplomeerden doorstromen naar vervolgopleidingen.

Een deel van de gediplomeerden die in het eerste jaar na diplomering in de zorg en WJK gaan werken, stroomt binnen enkele jaren overigens weer uit. Met name onder de lagere niveaus is deze vorm van uitstroom relatief hoog. Deze vorm van uitstroom is groter voor bol- dan voor bbl-gediplomeerden.
- In de sector werken nog steeds vooral vrouwen. Die werken vaak in deeltijd. De deeltijdfactor verandert de laatste jaren nauwelijks meer.
- Er is en blijft een ondervertegenwoordiging van allochtonen in de sector.
- De branches in zorg en WJK kennen - uitgezonderd jeugdzorg en kinderopvang - inmiddels een redelijk vergrijsd personeelsbestand. Op dit moment stijgt de gemiddelde leeftijd waarop deelnemers in het Pensioenfonds Zorg en Welzijn met pensioen gaan. De gemiddelde uitstroom naar pensioen ligt op dit moment rond de 1% per jaar.
- Er is op beperkte schaal uitstroom van langer in de sector werkend personeel naar andere sectoren, naar zelfstandig ondernemerschap, en naar een uitkering of andere vormen van inactiviteit.

Verwachte ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

- Een belangrijke externe factor voor de ontwikkeling van de arbeidsmarkt in zorg en WJK is de vergrijzing van de bevolking. Vergrijzing leidt tot meer zorgvraag en bij verder gelijke omstandigheden ook tot meer arbeidsvraag. Tegelijkertijd is sprake van ontgroening. Die leidt tot een dalende zorgvraag in specifieke branches als de jeugdzorg en de kinderopvang. Tevens neemt hierdoor de instroom in het relevante beroepsonderwijs af. Die instroom zou nog verder kunnen dalen, doordat de instroom in het vmbo daalt en meer twaalfjarigen kiezen voor havo/vwo.
- De ontwikkeling van de economie is met name van invloed op de concurrentiepositie van (opleidingen in) zorg en WJK op de arbeidsmarkt. De komende jaren neemt de werkgelegenheid in de marktsector af, wat de populariteit van de zorgsector als werkgever zal vergroten en daarmee de populariteit van de zorgopleidingen.
- Naast al eerder ingezette processen als de decentralisatie van de jeugdzorg zijn onder meer de volgende beleidsontwikkelingen te verwachten:
  - Een sterker accent op het afremmen van de vraag naar professionele zorg, op extramuralisering (onder meer: scheiding van wonen en zorg in de AWBZ) en op zorg in de buurt;
  - overheveling van de begeleiding van cliënten van de AWBZ naar de WMO en daarmee naar de gemeenten;
  - meer nadruk op bevorderen van doelmatigheid in zorg en WJK;
  - aanvullende lastenverzwaringen in de zorg voor burgers;
  - verdere beperking van de toeslag in de kinderopvang;
  - meer aandacht voor macrodoelmatigheid van het beroepsonderwijs;
  - eerder verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd.

  De eerste vijf maatregelen zullen leiden tot minder vraag c.q. een minder grote toename van de vraag naar personeel, terwijl de laatste twee maatregelen juist leiden tot meer personeel.

Knelpunten

Kwantitatieve discrepanties

- Op een beperkt aantal plaatsen is op dit moment sprake van tekorten aan personeel (sommige specifieke functies, branches en regio's).
- Op de lagere mbo-niveaus en van mbo'ers en hbo'ers in een aantal agogische opleidingsrichtingen is al enige tijd sprake van overschotten aan personeel.
- Het meeste gekwalificeerd zorgpersoneel weet bij reorganisaties of faillissementen een andere baan te vinden. Problemen om wat anders te vinden, komen vooral voor bij management, secretaresses, agogisch personeel, fysiotherapeuten en ongekwalificeerd personeel.

Voor de periode 2011-2015 zijn prognoses gemaakt van vraag naar en aanbod van personeel met een VOV[1]-kwalificatie tot en met hbo-niveau. De prognoses gaan uit van een hoog en een laag scenario. Voor zowel het lage als het hoge scenario wordt uitgegaan van beschikbare middelen volgens de miljoenennota 2012, maar worden verschillende aannames gemaakt over onder andere ontwikkelingen in de arbeidsproductiviteit. In beide scenario's zijn de maatregelen uit het begrotingsakkoord en het nieuwe Regeerakkoord nog niet meegenomen. Gegeven beide akkoorden is het lage scenario het meest plausibele.

Belangrijkste uitkomsten lage scenario

- Totaal aanbod VOV neemt sneller toe dan vraag: overschotten
- Tekorten verzorgenden niveau 3: 8.000 werknemers in 2015, vooral in de VVT
- Tekort begeleiders niveau 3 en 4 gehandicaptenzorg
- Wisselend beeld verpleegkundigen (niveau 4 en 5)
- Overschotten helpende ZW, zorghulpen
- Groot overschot agogisch personeel voor kinderopvang niveau 3
- Overschotten in WMD (niveau 4 en 5) en jeugdzorg (niveau 3)

- Op academisch/hbo+-niveau zijn volgens het Capaciteitsorgaan de komende jaren vooral tekorten te verwachten in de ouderengeneeskunde, mondheelkunde en voor de beroepen in de GGZ (gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ).
- Gezien de hierboven beschreven verwachte ontwikkelingen op de arbeidsmarkt is aan te nemen dat de kwantitatieve discrepanties (in termen van tekorten respectievelijk overschotten aan personeel) de komende jaren relatief beperkt zullen blijven.
- Op lange termijn vallen - gelet op de toenemende vergrijzing van het personeelsbestand - wel substantiële kwantitatieve discrepanties te verwachten. Deze discrepanties zullen vooral met verhoging van de productiviteit opgelost moeten worden.

Kwalitatieve discrepanties

- Door recente (beleids- en technologische) ontwikkelingen zullen de kwalificatie-eisen aan het personeel in zorg en WJK verder toenemen.

[1] Deze term wordt gehanteerd voor verpleegkundig, sociaal agogisch en verzorgend personeel.

- De sector heeft te maken met een aantal factoren die (kunnen) leiden tot ongewenste uitstroom van personeel. Hierbij gaat het o.a. om beperkte carrièremogelijkheden en weinig flexibiliteit van de werkplek. Ook de relatief hoge (beleefde) werkdruk, zwaar werk, onregelmatige werktijden en sociale onveiligheid werken uitstroombevorderend. Veel werkenden ervaren een gebrek aan autonomie, te weinig waardering door leidinggevenden en een te grote afstand tussen top en werkvloer.

Intransparanties

Door specifieke vacaturesites en door gespecialiseerde bemiddelaars weten vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in zorg en WJK elkaar steeds beter te vinden. Wel speelt het relatief slechte imago bij potentiële studenten, hun ouders en werkzoekenden van een aantal branches (ouderenzorg en gehandicaptenzorg) ten opzichte van andere branches in de sector een rol.

Oplossingsrichtingen

Dit rapport beschrijft een breed scala van oplossingsrichtingen voor de geconstateerde (kwantitatieve en kwalitatieve) discrepanties in zorg en WJK. Deze oplossingsrichtingen hebben vooral betrekking op het VOV-personeel, de groep waar het onderzoeksprogramma AZW zich primair op richt. Maar in een aantal gevallen (zie verder) gelden ze ook voor andere beroepsgroepen in de sector zorg en WJK.

Oplossingen voor de verwachte personeelstekorten in zorg liggen vooral in de sfeer van:

- Werving (meer gediplomeerden toeleiden naar de zorg, onder meer door 'sturen' van de studiekeuze van jongeren, werving onder boventalligen in overschotsectoren zoals de overheid, verbeteren van het onderwijs- en studierendement, verder mobiliseren van de zij-instroom van elders werkenden, herintreders en werklozen, inzet van (Zuid-Europese) arbeidsmigranten).
- Behoud van het zittend personeel (onder meer door een aantrekkelijke werkgever te zijn en ruimte te bieden voor ontplooiing van de werknemers).
- Opleiding van het zittend personeel (onder meer door werknemers via een 'leven lang leren'-traject op een zo hoog mogelijk niveau te brengen). Te bedenken valt hierbij wel dat voor een deel van de niveau 2-werknemers waarvoor geen werk meer is, de stap naar niveau 3 te groot is. Dit deel beschikt niet over competenties als abstraheren en kunnen rapporteren. Voor een ander deel lukt dat wel, net als er ook mogelijkheden zijn voor opscholing van niveau 3 naar niveau 4, van niveau 4 naar hbo en van hbo-bachelor naar hbo-master.
- Organisatorische aanpassingen (onder meer een andere organisatie van het werk en het gebruik van technologische mogelijkheden voor arbeidsbesparing).

Het is moeilijk te zeggen dat de ene oplossingsrichting prioriteit boven de andere zou moeten hebben. Het lijkt erop dat het omvangrijke pakket van arbeidsmarktmaatregelen van de afgelopen jaren het aantal knelpunten op de arbeidsmarkt heeft beperkt. Dat is een argument om deze maatregelen de komende jaren door te zetten.

Vanwege het brede palet aan maatregelen is het ondoenlijk deze in deze samenvatting allemaal op te sommen. Verwezen zij naar de hoofdstukken 3 en 4 van dit rapport.

De WJK-branches hebben eerder met overschotten dan tekorten te maken. Waar gekwalificeerd zorgpersoneel bij ontslag in het algemeen snel weer een andere baan vindt, geldt dat niet voor agogisch opgeleiden en niet- of lager gekwalificeerden. Dat betekent dat sociale plannen voor genoemde groepen anders aangevlogen moeten worden. Personeel moet van werk naar werk worden begeleid. Het moet zijn weg vinden buiten de eigen organisatie, branche of zelfs buiten de sector. Medewerkers spelen zelf ook een belangrijke rol in de eigen arbeidsmarktfitheid. Door daaraan te werken is men goed voorbereid op veranderingen binnen de eigen organisatie bij bijvoorbeeld reorganisaties.
Werkgevers moeten ook nog meer investeren in duurzame inzetbaarheid en in het ontwikkelen van medewerkers. Daarbij kan ook strategische personeelsplanning die niet alleen een cijfermatige exercitie is maar ook daadwerkelijk conclusies trekt voor het HR-beleid een belangrijke basis zijn. Dit vergroot de optimale en flexibele inzet van personeel. Wanneer een medewerker overcompleet wordt, maar er op termijn juist weer tekorten aan dergelijke mensen binnen de organisatie dreigen, is het een optie hem of haar toch in dienst te houden, bijvoorbeeld op een tijdelijk andere functie, of collegiaal uit te lenen aan een andere organisatie binnen de eigen branche of binnen de sector.
Ook bij overschotten aan personeel is een breed palet aan arbeidsmarktmaatregelen mogelijk. Omdat nog de nodige ervaringen zijn op te doen, is het van belang deze goed te evalueren en good practices te verspreiden binnen de eigen branche en naar de rest van de sector zorg en welzijn.

1 Inleiding

Het onderzoeksprogramma AZW brengt elk jaar een integrerend rapport uit. Input hiervoor vormt de - kwantitatieve en kwalitatieve - informatie uit de verschillende deelprojecten van het onderzoeksprogramma. Het vorige integrerend jaarrapport (2011) had betrekking op het jaar 2010. Voorliggend integrerend jaarrapport 2012 bevat de meest recent beschikbare data (2011). Dit inleidende hoofdstuk bevat een korte uiteenzetting over het onderzoeksprogramma AZW (paragraaf 1.1) en een leeswijzer voor het rapport (paragraaf 1.2).

1.1 Onderzoeksprogramma AZW

Doel van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma AZW brengt de arbeidsmarkt en de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK in kaart. Doel van het programma is de bij de arbeidsmarkt in de sector betrokken partijen handvatten te bieden om proactief beleid te voeren: landelijk, aan de cao-tafel, binnen de landelijk opererende instituties en op lokaal/regionaal niveau. Dit doet het door hen te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over de recente en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de sector.

Afbakening van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma AZW richt zich primair op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen. Het accent ligt daarbij vooral op het middelbare en hogere opleidings-/beroepsniveau. Waar beschikbaar zorgt het onderzoeksprogramma ook voor arbeidsmarktinformatie over andere beroepen in zorg en WJK. In het programma wordt - waar mogelijk en zinvol - de volgende indeling van de sector zorg en WJK in branches aangehouden:

- ziekenhuizen
- verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), inclusief kraamzorg
- gehandicaptenzorg
- geestelijke gezondheidszorg (GGZ), inclusief verslavingszorg
- welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)
- jeugdzorg
- kinderopvang.

Opzet van het integrerend rapport

Het onderzoeksprogramma AZW hanteert een modelmatige aanpak, waarbij ook een nadere (kwalitatieve) duiding van de (kwantitatieve) gegevens plaatsheeft. Met het oog hierop is een model voor arbeidsmarktanalyse - bestaande uit een aantal onderling samenhangende deelmodellen - ontwikkeld. In dit model is, naast (prognoses van) ontwikkelingen en knelpunten op de arbeidsmarkt, ook plaats voor context (omgeving van de arbeidsmarkt) en oplossingsrichtingen. Dit model vormt - naast leidraad voor het onderzoeksprogramma AZW als geheel - ook de 'kapstok' voor het integrerend jaarrapport. Een beschrijving van (de verschillende deelmodellen van) het arbeidsmarktmodel is te vinden in bijlage I van *Arbeid in Zorg en Welzijn 2010*.

Het programma brengt elk jaar een integrerend rapport uit. Het integrerend jaarrapport 2012 analyseert de huidige en toekomstige arbeidsmarktsituatie in zorg en WJK en trekt daaruit conclusies voor het arbeidsmarktbeleid in de sector. Input voor het rapport vormt de informatie uit de verschillende deelprojecten van het onderzoeksprogramma (en eventuele additionele onderzoeken) en een nadere duiding daarvan op basis van een interviewronde onder stakeholders.

De maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013 zijn in dit rapport vaak al verwerkt, maar dit rapport is opgesteld voordat het recentelijk afgesloten regeerakkoord tussen de VVD en de PvdA bekend werd.

1.2 Leeswijzer

De rest van dit rapport kent de volgende opbouw:

- Hoofdstuk 2 bevat een diagnose van de arbeidsmarkt in zorg en WJK. Het beschrijft de ontwikkelingen aan de vraag- en aanbodzijde, waarna een analyse volgt van knelpunten op en kansen en bedreigingen voor de arbeidsmarkt in zorg en WJK. De analyse van knelpunten onderscheidt kwantitatieve discrepanties, kwalitatieve discrepanties en intransparanties. De sterktes en zwaktes van en de kansen en bedreigingen voor de arbeidsmarkt in zorg en WJK zijn in kaart gebracht aan de hand van een SWOT-analyse. De gedetailleerde resultaten daarvan zijn opgenomen in bijlage I.
- Vervolgens schetsen hoofdstuk 3 en 4 concrete oplossingsrichtingen voor te verwachten personeelstekorten (met name in zorg) respectievelijk te verwachten personeelsoverschotten (met name in WJK).
- Hoofdstuk 5 bevat een slotbeschouwing. Deze vat de conclusies uit de voorgaande hoofdstukken nog eens samen en mondt uit in aanbevelingen voor het arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK.

De bijlagen bij dit hoofdrapport bevatten de resultaten van de SWOT-analyse (bijlage I), een lijst met geraadpleegde literatuur (bijlage II) en een overzicht van de geïnterviewde respondenten (bijlage III). Voorin het rapport is een beknopte samenvatting te vinden.

2 Diagnose van de arbeidsmarkt

Dit hoofdstuk schetst de huidige en toekomstige stand van zaken op de arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK. Aan de orde komen eerst de recente ontwikkelingen (in vraag en aanbod) op de arbeidsmarkt (paragraaf 2.1). Vervolgens beschrijft paragraaf 2.2 de huidige en verwachte knelpunten op de arbeidsmarkt. Ten slotte gaat paragraaf 2.3 in op de kansen en bedreigingen voor de arbeidsmarkt.

2.1 Ontwikkelingen in vraag en aanbod

2.1.1 Recente ontwikkelingen in de vraag naar arbeid

Omvang van de werkgelegenheid

De sector zorg en WJK was de afgelopen jaren de enige groeier op de arbeidsmarkt. Tabel 2.1 geeft de ontwikkeling van de werkgelegenheid naar branche weer van 2006 tot en met 2011.

Tabel 2.1 Werkgelegenheid naar branche (personeel in loondienst bij instellingen)

Branche	*2006 fte x 1.000*	***2006 banen x 1.000***	*Groei banen 2007*	*Groei banen 2008*	*Groei banen 2009*	*Groei banen 2010*	*Groei banen 2011*	***2011 banen x 1.000***	*2011 fte x 1.000*
Academische ziekenhuizen	50,0	61,5	4,6%	3,6%	1,9%	2,9%	2,3%	71,5	58,2
Overige ziekenhuizen	146,5	201,9	-0,7%	1,6%	2,6%	1,9%	-0,9%	211,1	156,6
GGZ	57,8	74,4	4,0%	3,2%	4,6%	4,4%	1,0%	88,1	69,9
Gehandicaptenzorg	100,8	147,1	3,4%	1,7%	1,8%	1,9%	2,8%	164,9	115,1
Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg	236,6	384,0	1,2%	-2,0%	4,8%	8,1%	3,2%	445,4	260,1
Overige zorg	83,9	122,1	5,0%	6,5%	6,2%	4,4%	5,1%	159,2	111,4
Welzijn/Maatsch. dienstverlening	48,1	66,4	0,1%	10,3%	1,3%	-2,5%	-4,4%	69,2	50,9
Jeugdzorg	21,8	27,2	6,6%	10,0%	9,8%	2,3%	-5,2%	34,0	27,9
Kinderopvang*	40,3	60,5	19,3%	15,3%	12,1%	9,7%	2,9%	105,3	71,4
Totaal zorg en WJK	786,1	1.145,2	2,9%	2,7%	4,5%	4,7%	1,9%	1.348,5	921,5

** In het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) kan de werkgelegenheid in de peuterspeelzalen niet van overige kinderopvang worden gescheiden. Hierdoor is de werkgelegenheid in de kinderopvang in de tabel hoger dan het aantal werknemers dat onder de cao Kinderopvang valt. Werknemers in de peuterspeelzalen vallen hier niet onder.*

Bron: CBS (SSB), PGGM, jaarverslagen academische ziekenhuizen.

De groei van de werkgelegenheid in de sector is het laatste jaar minder groot dan in de jaren daarvoor. Dit ligt met name aan de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de WJK. In de WMD neemt de werkgelegenheid al enige jaren af, in de jeugdzorg is dat in 2011 het geval. Ook de stijging in de kinderopvang is dat jaar veel kleiner dan eerdere jaren.

Opmerkelijk is de zeer sterke groei van het aantal banen in de VVT in 2010. Dat komt vooral voor rekening van de thuiszorg. Enerzijds hangt deze toename samen met wetswijzigingen die het instellingen onmogelijk maakten nog langer thuiszorg in natura te leveren via alfahulpen en zzp'ers. Een deel van deze groepen is door de instellingen als werknemer in dienst genomen. Anderzijds is het een gevolg van twee subsidiemaatregelen van VWS betreffende Hulp bij het huishouden in het kader van de WMO (de moties Van Geel uit 2008 en de motie Wolbert uit 2010). Samen hebben deze ontwikkelingen in 2010 geleid tot een instroom van circa 18.000 extra werknemers.

Flexibele arbeid

Met betrekking tot de verhouding tussen vast en tijdelijk personeel zijn op dit moment de volgende bewegingen waar te nemen:

- Het aandeel tijdelijk personeel (zowel met als zonder uitzicht op vast contract) is de afgelopen jaren toegenomen.
- Externe flex is duur. Het aantal uitzendkrachten en zzp'ers in de sector lijkt terug te lopen. In de thuiszorg speelt hierbij ook het feit dat er BTW in rekening gebracht wordt. Alleen schaars medisch personeel kiest nog voor een positie als zzp'er. De inzet van zzp'ers wordt ook bemoeilijkt doordat de regeling voor het persoonsgebonden budget minder mogelijkheden biedt. Overigens zijn op dit moment weinig harde cijfers over de ontwikkeling van het aantal uitzendkrachten en zzp'ers beschikbaar.
- Zeker wanneer sprake is van druk op de middelen in instellingen (bijvoorbeeld bij bezuinigingen, maar ook wanneer stelselherzieningen aanstaande zijn) kiezen deze vaak voor interne flex: tijdelijke of nulurencontracten. In de GGZ en WMD worden bijvoorbeeld steeds minder vaste contracten aangeboden. Het aantal nulurencontracten lijkt in de sector zorg en WJK ook toe te nemen, zeker voor functies op de lagere kwalificatieniveaus.[1]

Vacatures

Diverse bronnen[2] wijzen erop dat het aantal externe wervingsuitingen van instellingen in de sector de laatste paar jaar vrij stabiel is. Dit duidt niet op verkrapping van de arbeidsmarkt. Volgens enkele stakeholders is een deel van de verklaring dat sommige instellingen de afgelopen jaren veel hebben uitgegeven (onder meer aan gebouwen, interim-managers, flexpersoneel en dergelijke) en daardoor geen of weinig middelen hebben voor extra personeel.
Een flink deel van de instroom in functies in zorg en WJK vindt daarnaast plaats zonder dat sprake is geweest van actieve externe werving in de vorm van vaca-

[1] Zowel met betrekking tot uitzendkrachten als nulurencontracten lopen binnen het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn activiteiten om meer cijfers te genereren. Waarschijnlijk zijn die begin 2013 beschikbaar.

[2] De vacaturegraad volgens het CBS, de vacatureregistratie van Jobfeed, specifiek onderzoek naar vacatures van artsen/specialisten en doktersassistenten.

tures. Naar schatting de helft van het nieuwe personeel stroomt rechtreeks vanuit het onderwijs of via open sollicitaties in. Het aantal open sollicitaties neemt overigens sterk toe, ook van buiten de zorg. Naast de afnemende aantallen vacatures in andere sectoren, is mogelijk de toenemende druk vanuit gemeenten en UWV op werklozen om actief te solliciteren daarvan de oorzaak. Deze verplichte sollicitaties leiden - door de mindere geschiktheid van de kandidaten - overigens niet vaak tot resultaat, zo werd gemeld in de stakeholdersinterviews die voor dit rapport zijn gevoerd.

2.1.2 Recente ontwikkelingen in het aanbod van arbeid

Samenstelling van het personeel

In de sector werken nog steeds vooral vrouwen. In de ene branche geldt dat nog meer dan in andere branches. Vrouwen werken vaak in deeltijd. De deeltijdfactor verandert de laatste jaren nauwelijks meer.
Hoewel er verschillen zijn tussen de branches, kent de sector zorg en WJK een ondervertegenwoordiging van allochtonen. Vanuit een analyse van de instroom in de opleidingen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat dit niet snel gaat veranderen:

- Allochtonen kiezen op mbo-niveau vooral voor opleidingen als apothekers-, tandarts- of doktersassistent, voor agogisch georiënteerde niveau 3-opleidingen of voor opleidingen op niveau 1 en 2. Over het algemeen zijn dat opleidingen met beperkte arbeidsmarktkansen.
- Weinig allochtonen stromen in in de hbo-V-opleidingen. In hbo-opleidingen met minder gunstige arbeidsmarktperspectieven, zoals diëtetiek en fysiotherapie stromen naar verhouding meer allochtonen in.
- In krimpbranches zijn allochtonen vaak het laatst binnengekomen of werken ze nog op een tijdelijk contract. Ze behoren dan ook tot de eerste afvallers wanneer er wordt bezuinigd op personeel.

Onderwijs en (zij-)instroom

Voor veel functies in zorg en WJK bestaan harde opleidingseisen. Daardoor is de instroom in de opleidingen maatgevend voor de toename van het arbeidsaanbod.

Tabel 2.2 Instroom onderwijssector zorg en welzijn (x 1.000)

Soort opleiding	*Richting*		*2006*	*Groei 2007*	*Groei 2008*	*Groei 2009*	*Groei 2010*	*Groei 2011*	*2011*
MBO	Zorg*	#	28,5						29,8
		%		4,6%	-3,4%	3,5%	2,3%	-2,3%	
	Gedrag/maatschappij	#	22,6						24,0
		%		5,3%	-0,8%	3,8%	2,0%	-4,0%	
	Paramedisch	#	3,1						3,7
		%		-3,2%	6,7%	6,3%	5,9%	2,8%	
	Totaal	#	54,2						57,6
		%		4,4%	-1,8%	3,8%	2,4%	-2,7%	
HBO	Zorg**	#	11,2						13,2
		%		2,3%	0,9%	1,8%	4,9%	6,1%	
	Gedrag/maatschappij	#	16,4						16,4
		%		-2,0%	-5,1%	10,8%	2,2%	-5,2%	
	Overig	#	6,3						8,1
		%		-5,6%	17,1%	10,3%	2,1%	3,5%	
	Totaal	#	34,0						37,7
		%		-1,3%	0,9%	7,6%	3,1%	0,4%	
WO	Zorg***	#	4,8						4,9
		%		4,5%	12,8%	4,3%	0,0%	7,3%	
	Gedrag/maatschappij	#	6,9						8,3
		%		-1,6%	-1,2%	10,8%	-2,7%	15,3%	
	Overig	#	11,0						12,5
		%		10,0%	2,2%	9,6%	4,6%	8,0%	
	Totaal	#	22,7						25,7
		%		-4,3%	-2,4%	8,9%	1,3%	10,1%	

* *mbo-zorg bestaat uit de opleidingen verpleegkunde (niveau 4), verzorgende (niveau 3), helpende (niveau 2) en zorghulp (niveau 1).*

** *hbo-zorg bestaat naast verpleegkunde (niveau 5) uit de paramedische opleidingen (fysiotherapie etc.).*

*** *wo-zorg bestaat uit geneeskunde, tandheelkunde, gezondheidswetenschappen, verpleegkundige master en operatie-assistent master.*

Bron: Onderwijsstatistieken CBS.

Na enkele jaren van forse groei is de instroom in de opleidingen zorg en welzijn in 2010/2011 gestabiliseerd. De totale instroom in de mbo-opleidingen is in 2011 wat afgenomen ten opzichte van de twee voorgaande jaren. De instroom in het

totaal van hbo-opleidingen zorg en WJK is vanaf 2009 tamelijk stabiel, maar verschilt tussen zorgopleidingen en opleidingen gedrag en maatschappij. De instroom in de wetenschappelijke opleidingen neemt in 2011 sterk toe.
Met betrekking tot de instroom springt verder het volgende in het oog:

- Zowel bij de verpleegkundige als verzorgende opleidingen is de laatste jaren sprake van enige groei van de instroom.
- Er is een groot verschil in de leeftijdsverdeling tussen de bbl- en bol-instroom in het mbo. Van de deelnemers in de bbl is 80 procent ouder dan 25 jaar, terwijl 90 procent van de bol-instroom jonger dan 20 jaar is.
- De bbl-deelname van 25-plussers groeit. Van de instromende bbl'ers is bijna een derde zelfs ouder dan 45 jaar. Daarbij valt wel te bedenken dat ongeveer twee derde van deze bbl'ers op het moment van instroom al in de sector zorg en WJK werkte. De totale zij-instroom via de bbl ligt in de orde van grootte van 5.000 personen per jaar.[1] Daarvan was weer twee derde vlak voor instroom werkzaam in een andere sector. Op de totale instroom van 25-plussers bedraagt de instroom van uitkeringsgerechtigden in de bbl 6 procent.

Er is ook sprake van doorstroom tussen de (verschillende niveaus van) opleidingen zorg en WJK:

- Vooral op niveau 1 en 2 is de doorstroom naar een hoger niveau groot.
- Met name binnen de bol-opleidingen is sprake van doorstroom van het ene naar het andere mbo-niveau.
- In zijn totaliteit ligt de doorstroom van mb'-ers naar hbo-opleidingen op een vergelijkbaar niveau met dat van alle mbo 4-opgeleiden (37 procent in zorg en welzijn tegenover 41 procent totaal). Wel is opvallend dat de doorstroom van verpleegkundigen relatief laag is (bij bbl en bol respectievelijk 4 en 27 procent). Dit kan zowel te maken hebben met relatief kleine salarisverschillen tussen beginnende hbo'ers en mbo'ers met enkele jaren ervaring, maar ook met de vraag naar handen aan het bed.
- Ten slotte is nog sprake van doorstroom tussen bol en bbl. De stromen van bol naar bbl bij de opleidingen verzorgende 3, verpleegkunde 4, pedagogisch medewerker kinderopvang 3 en maatschappelijke zorg gehandicapten 4 zijn het grootst. Ze liggen in de orde van grootte van 10 procent van de bol-instroom.[2]

Onderwijs- en sectorrendement

Het onderwijsrendement (de mate waarin men de opleiding afrondt) verschilt sterk tussen de diverse zorg- en WJK-opleidingen. Dit geldt zowel voor mbo als hbo. Tabel 2.3 geeft het onderwijsrendement weer van de opleidingen met de meeste deelnemers.[3]

[1] Van de groep oudere bbl'ers was een belangrijk deel al meer jaren werkzaam in zorg en WJK. Dit duidt erop dat niet alle instroom in het zorg- en WJK-onderwijs uiteindelijk ook netto-instroom op de arbeidsmarkt betekent.

[2] Dit geldt voor de instroom van 2006.

[3] Het rendement is gemeten op het niveau van de individuele opleiding. Soms haken leerlingen af voor de ene opleiding en ronden ze een opleiding op een lager niveau wel af; deze worden dan op het lager niveau meegeteld.

Tabel 2.3 Onderwijsrendement instroom 2006 (mbo: bol en bbl)

Opleiding	*mbo-bol*	*mbo-bbl*	*hbo*
Verpleegkunde 5	-	-	55%
SPH 5	-	-	50%
Maatschappelijke dienstverlening 5	-	-	50%
Pedagogiek 5	-	-	54%
Fysiotherapie 5	-	-	56%
Verpleegkunde 4	49%	62%	-
Verzorgende 3	54%	66%	-
Helpende ZW 2	62%	80%	-

Bron: Onderwijsstatistieken CBS.

Gemiddeld genomen is op mbo-niveau het onderwijsrendement van de bbl hoger dan dat van de bol. Verder is op mbo-niveau het onderwijsrendement van de agogische opleidingen iets hoger dan dat van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen.[1]
Voor het hbo geldt het omgekeerde. Daar halen de verpleegkundigen en sociaal agogen vaker een diploma. Het rendement van academische opleidingen ligt hoger dan dat van de hbo-opleidingen. Het onderwijsrendement van niet-westerse allochtonen is voor de meest mbo-opleidingen in zorg en WJK lager dan dat voor autochtonen (met name geldt dat voor de bol).

Het sectorrendement (de mate waarin men na afronding van de opleiding in de sector gaat werken) verschilt ook sterk tussen de opleidingen. Tabel 2.4 geeft het sectorrendement weer van de opleidingen met de meeste deelnemers.[2]

Tabel 2.4 Sectorrendement gediplomeerden 2008 in 2009 (mbo: bol en bbl)

Opleiding	*Sectorrendement*
Verpleegkunde 5	88%
SPH 5	78%
Maatschappelijke dienstverlening 5	62%
Verpleegkunde 4	88%
Verzorgende 3	92%
Helpende ZW 2	50%
Pedagogische medewerker kinderopvang 3	68%
Maatschappelijke zorg gehandicapte 4	75%

Bron: Onderwijsstatistieken CBS en SSB.

[1] Er is geen recente vergelijking met andere mbo-sectoren voorhanden. Het rapport van KBA *4e benchmark middelbaar beroepsonderwijs. Bouwsteen studiesucces. Sectorraportage.* (2010) vermeldt een gemiddeld 'diplomaresultaat' van 68,5 procent voor de sector zorg en welzijn tegen 65,5 procent voor het hele mbo.

[2] Het is van belang op te merken dat twee derde van de bbl'ers al in de sector werkzaam was bij het begin van de opleiding.

Met name van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen is het sectorrendement hoog. Dat zijn in het mbo ook vaak bbl'ers. Bij andere opleidingen ligt dit lager. Bij de opleidingen op lager niveau komt dit deels doordat gediplomeerden doorstromen naar vervolgopleidingen.[1] Een andere verklaring die voor alle opleidingen met een lager rendement geldt, is dat er meer gediplomeerden zijn dan in de betreffende functies nodig zijn.

Een nadere analyse laat wel zien dat een deel van de gediplomeerden die in het eerste jaar na diplomering in zorg en WJK gaan werken na verloop van tijd weer uitstroomt naar een andere sector.[2] Dat geldt opvallend genoeg meer voor bbl-gediplomeerden dan voor bol'ers.

Vergrijzing en uitstroom naar pensioen

De branches in zorg en WJK - uitgezonderd jeugdzorg en kinderopvang – kennen inmiddels een redelijk vergrijsd personeelsbestand. Het sterkst vergrijsd is de VVT (en dan met name de thuiszorg).
De gemiddelde leeftijd waarmee deelnemers in het Pensioenfonds Zorg en Welzijn met pensioen gaan, stijgt. Het aandeel 55-plussers - op dit moment veelal meer dan 10 procent - groeit. Doordat men later met pensioen gaat, valt de uitstroom van medewerkers als gevolg van vergrijzing vooralsnog mee. Die uitstroom bedroeg de afgelopen jaren ook in de VOV-functies met de krapste arbeidsmarkt (verpleegkunde-5, verpleegkunde-4, verzorgende-3) nooit meer dan 1 procent per jaar, en was daarmee steeds minder dan een vijfde van het totale nettoverloop. Dat gaat wel veranderen. PGGM voorziet met name vanaf 2016 een verdere toename van de uitstroom naar pensioen.
De vergrijzing heeft wel twee andere gevolgen:

- Vergrijzing houdt een afname van het werkvermogen van het personeel in; daarmee hangt een toename van het langdurig ziekteverzuim samen. Vergeleken met andere sectoren kent de sector een wat hogere instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen.
- De populatie niet-werkenden met een opleiding in zorg en WJK vergrijst ook steeds verder. De kans dat deze groep nog gaat werken in de sector is minimaal.

Overige uitstroom

Naast de al eerder gememoreerde uitstroom van jongeren in de jaren na diplomering (enkele procenten) en van ouderen na pensionering (op termijn rond de 1 procent per jaar) is er ook nog op beperkte schaal uitstroom naar andere sectoren, het zelfstandig ondernemerschap, een uitkering of andere vormen van inactiviteit. Voor de belangrijkste opleidingen/functies (en hun voorlopers) ziet de totale uitstroom uit de sector er daarmee als volgt uit.

[1] Van deze doorstromers niveau 1 naar niveau 2 en niveau 2 naar niveau 3 sluit 60% de vervolgopleiding met succes af.

[2] Van de 40.000 personen die in 2005 een opleiding (MBO/HBO/WO, ongeacht het type opleiding) hebben afgerond **en** in 2006 werkzaam zijn in de zorg en WJK, werken er na drie jaar 8.000 niet meer in de sector (20 procent). Hierbij is het mogelijk dat ze weer een opleiding zijn gaan doen.

Tabel 2.5 Uitstroom uit de sector zorg en welzijn 2008 op 2009*

Opleiding	*Uitstroom*
Verpleegkunde 5	3,1%
SPH 5	5,6%
Maatschappelijke dienstverlening 5	7,6%
Verpleegkunde 4	3,6%
Verzorgende 3	3,7%
Helpende ZW 2	6,0%
Pedagogische medewerker 3	5,0%

** De opleiding MMZ blijft hier buiten beschouwing. Doordat deze opleiding nog maar relatief kort bestaat en er ook geen voorlopers zijn, bestaat de uitstroom hier over het algemeen alleen uit jongeren.*

Bron: Onderwijsstatistieken CBS en SSB.

Het valt op dat de verpleegkundigen en verzorgenden de laagste totale uitstroom kennen. Bij Verpleegkunde 5 ligt de uitstroom naar inactiviteit naar verhouding erg laag (1,3 procent); dit houdt er vooral mee verband dat deze opleiding korter bestaat dan de niveau 4-opleiding. Verpleegkundigen 4 en verzorgenden stromen relatief weinig uit naar andere sectoren. Achtergrond hiervan kan zijn dat verpleegkundigen en verzorgenden schaars zijn en werkgevers hen daarom niet erg snel laten gaan. Ook zijn er weinig vergelijkbare functies in andere sectoren.

2.1.3 Verwachte ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Demografie, economie en technologie

Een belangrijke externe factor voor de ontwikkeling van de arbeidsmarkt in zorg en WJK is de vergrijzing van de bevolking. Door die vergrijzing neemt de zorgvraag de komende decennia toe. En de stijging van de zorgvraag zou - zo was de afgelopen jaren steeds de voorspelling - kunnen resulteren in een toenemende vraag naar personeel. Belangrijke randvoorwaarde hierbij is natuurlijk de financiering van de zorg. Bovendien is aan de stijgende zorgvraag mogelijk ook te voldoen door de zorg anders te organiseren of door de arbeidsproductiviteit te verhogen.
Tegelijkertijd is sprake van ontgroening. Die leidt tot een dalende zorgvraag in specifieke branches als de jeugdzorg en de kinderopvang, maar misschien nog wel belangrijker is dat hierdoor ook de instroom in het relevante beroepsonderwijs afneemt. Daar komt voor het mbo-niveau nog bij dat ook de instroom in het vmbo daalt en jongeren meer naar havo/vwo gaan. Dat kan op termijn leiden tot een lagere deelname aan het mbo.
De ontgroening gaat volgens het CBS echter minder hard dan oorspronkelijk voorzien. Het leerlingenaantal daalt daardoor minder snel.

De ontwikkeling van de economie is met name van invloed op de concurrentiepositie van (opleidingen in) zorg en WJK op de arbeidsmarkt. Waren de economische vooruitzichten al niet erg florissant, dan zijn ze het afgelopen jaar alleen maar negatiever geworden. Vooralsnog lijkt de economische groei in de komende jaren geringer dan de verwachte groei van de arbeidsproductiviteit. Daardoor

neemt de werkgelegenheid in de marktsector af, wat de populariteit van zorg als werkgever zal vergroten.

Te verwachten valt dat, naarmate er meer druk komt op de beschikbare budgetten, instellingen in zorg en WJK toch nadrukkelijker gaan kijken naar middelen om de arbeidsproductiviteit te laten stijgen. Technologische vernieuwingen zullen dan ook vaker daadwerkelijk leiden tot arbeidsbesparing.

Beleidsontwikkelingen

De manier waarop de politiek de komende periode zal omgaan met (de kosten voor) de zorg is op dit moment erg onzeker, want dit is afhankelijk van het nieuwe regeerakkoord. Een aantal zaken is - naast al eerder ingezette processen als de decentralisatie van de jeugdzorg - wel duidelijk:

- In zorg komen sterkere accenten te liggen op het minder laten groeien van het beroep op professionele zorg (door preventie, zelfmanagement en informele zorg en ondersteuning), op extramuralisering (onder meer scheiding van wonen en zorg in de AWBZ[1]) en op zorg in de buurt (waarbij een coördinerende rol is weggelegd voor huisarts en wijkverpleegkundige).
- De extra middelen ter verhoging van de kwaliteit van de intramurale langdurige zorg gaan na 2012 niet meer naar de gehandicaptenzorg en de GGZ. Het voor de VVT gereserveerde deel wordt mogelijk ook toegankelijk voor extramurale verpleging en verzorging en voor thuiszorg.
- Nadat eerder met ziekenhuizen al afspraken zijn gemaakt over beheerste uitgavengroei c.q. bevordering van de doelmatigheid, zijn onlangs vergelijkbare akkoorden afgesloten met de GGZ en met de huisartsen. De groeiruimte voor de AWBZ wordt verlaagd.
- Er vinden in de zorg aanvullende lastenverzwaringen voor burgers plaats (onder meer verdere verhoging van het eigen risico voor de basisverzekering, sterkere vermogensafhankelijkheid van de eigen bijdrage voor AWBZ en WMO).
- De toeslag in de kinderopvang wordt verder beperkt.
- De aangekondigde invoering van de leeftijdsgrens van 30 jaar voor publieke bekostiging van mbo-opleidingen komt te vervallen. Dit betekent dat de sector weer beter zij-instromers kan werven en opleiden.
- Er zal nog meer druk komen op de macrodoelmatigheid van opleidingen in het beroepsonderwijs. Op de arbeidsmarkt slecht scorende opleidingen verdwijnen of krijgen een vorm van numerus fixus. Dit verhoogt het potentieel voor zorgopleidingen.
- De pensioengerechtigde leeftijd gaat hoogstwaarschijnlijk eerder omhoog dan voorzien. Dat betekent dat medewerkers nog langer blijven doorwerken. Het voornemen is verder de werkbonus voor werkgevers met 62-plussers in dienst af te schaffen. Tegelijkertijd is het de bedoeling het voor werkgevers aantrekkelijker te maken gepensioneerden in dienst te nemen.

Over het algemeen gaat het hierboven om maatregelen die zullen leiden tot minder vraag (dan wel een minder grote toename van de vraag) naar arbeid, terwijl de laatste drie maatregelen juist leiden tot meer personeel.

[1] De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft berekend dat een kwart van de AWBZ-instellingen in 2013 vijf procent van de omzet gaat verliezen vanwege het scheiden van wonen en zorg. In 2014 zullen zelfs een op de drie instellingen de inkomsten zien dalen met tien procent. Zie: NZA (2012). *Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ. Extramuraliseren van ZZP's.*

2.2 Discrepanties op de arbeidsmarkt

2.2.1 Kwantitatieve discrepanties

Van kwantitatieve discrepanties is sprake wanneer er op de sectorale arbeidsmarkt als geheel of in bepaalde branches en/of regio's te weinig (gediplomeerde) schoolverlaters en andere categorieën werkzoekenden zijn, dan wel voor deze werkzoekenden bij werkgevers te weinig vacatures zijn.

Huidige kwantitatieve discrepanties

Jarenlang hadden eventuele knelpunten op de arbeidsmarkt in zorg en WJK, als die er al waren, vooral te maken met een tekort aan arbeidsaanbod met bepaalde kwalificaties. Door (dreigende) bezuinigingen is er in sommige branches sinds kort ook sprake van overschotten aan bepaald personeel. Het beeld op dit moment is als volgt.[1]

Op een beperkt aantal plaatsen is sprake van tekorten aan personeel:

- Bepaalde specifieke functies: tandartsen, ervaren doktersassistenten in de eerstelijnszorg, gespecialiseerde verpleegkundigen (diabetes, kinderverpleegkunde, gipsverbandmeesters) en SEH-artsen in de ziekenhuiszorg, verpleeghuisartsen, artsen AVG, psychiaters en psychologen in de jeugdzorg.[2]
- Ziekenhuizen komen in veel gevallen gemakkelijker aan personeel dan instellingen in de overige zorgbranches.
- In de Randstad en demografische krimpregio's zoals Limburg is het lastiger aan personeel te komen dan in andere regio's. In de Randstad en met name in de grote steden is dat deels ook te verklaren door een hogere doorstroom van personeel. Dit verklaart ook voor een deel dat er nog steeds veel vacatures voor verpleegkundigen en verzorgenden zijn die meestal op termijn wel zijn te vervullen. Ook is vervanging in de vakantieperioden vaak een probleem; dit speelt bijvoorbeeld in de kraamzorg. Gaten in de bezetting zorgen er volgens diverse geïnterviewde stakeholders in verschillende branches vervolgens voor dat werkzaamheden worden verricht door medewerkers die daarvoor niet zijn gekwalificeerd.
- Meer in het algemeen nemen de eisen van werkgevers in zorg en WJK aan actuele kennis, kunde, competenties en (praktische) vaardigheden van het personeel toe. Een deel van het zittend personeel voldoet daar niet aan. Voor een deel wordt dit trouwens gecompenseerd, doordat andere medewerkers door aanvullende functieopleidingen in feite hoger zijn gekwalificeerd dan hun basisopleiding doet vermoeden.

Aan de andere kant is al enige tijd sprake van aanbodoverschotten op de lagere mbo-niveaus en van mbo'ers met een aantal agogische opleidingen. Gediplomeerde schoolverlaters komen niet aan de slag in hun eigen beroep. Door (dreigende) bezuinigingen zijn daar overschotten aan psychologen en therapeuten (GGZ[3]), welzijnswerkers (WMD) en niveau 3-medewerkers in de kinderopvang

[1] Gebaseerd op informatie uit interviews met stakeholders en beschikbare rapporten en artikelen.

[2] Problemen met assistenten op de OK lijken inmiddels mee te vallen.

[3] GGZ Nederland schat op basis van een quickscan onder leden in dat door de bezuinigingen een overschot van 5.000 personeelsleden zal ontstaan. Overigens blijft de zorgvraag groeien en dat kan ertoe leiden dat dit personeel op termijn weer nodig is.

bijgekomen. In de kraamzorg dreigen overschotten door een aflopend kindertal en doordat het aandeel allochtone baby's groeit en allochtonen minder kraamzorg vragen.
Gekwalificeerd zorgpersoneel weet bij reorganisaties of faillissementen vaak wel redelijk snel een andere baan te vinden. Problemen zitten er dan vooral bij management, secretaresses, welzijnspersoneel, fysiotherapeuten en ongekwalificeerd personeel.
Een bijzondere vorm van aanbodoverschot is een teveel aan kandidaten voor het aantal beschikbare stageplaatsen. Hoewel het aantal stageplaatsen in de zorg stijgt, overtreft voor bepaalde opleidingen op dit moment het aantal kandidaten het aantal beschikbare plaatsen. Naast voor doktersassistenten geldt dat voor helpenden en zorghulpen niveau 1 en 2. Ook eerste- en tweedejaars verpleegkundigen (niveau 4) komen steeds moeilijker aan een stageplaats. Zorginstellingen hebben volgens stakeholders vaak te weinig mogelijkheden om studenten goed te begeleiden en zoeken vooral stagiairs die meteen volwaardig kunnen meedraaien.

Te verwachten kwantitatieve discrepanties

In het kader van het onderzoeksprogramma zijn voor de periode 2011-2015 prognoses gemaakt van vraag naar en aanbod van personeel met een VOV-kwalificatie tot en met hbo-niveau; dit naar een hoog scenario (vraag naar personeel volgens ramingen van het CPB) en een laag scenario (zorguitgaven volgens de Miljoenennota 2012 en een positieve ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit). In beide scenario's zijn bovengenoemde maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013, waaronder de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd per 2013, nog niet meegenomen. Gegeven de afspraken in het begrotingsakkoord is het lage scenario het meest plausibele. Het volgende kader biedt de belangrijkste uitkomsten daarvan.

Belangrijkste uitkomsten lage scenario

- Totaal aanbod VOV neemt sneller toe dan vraag: overschotten
- Tekorten verzorgenden niveau 3: 8.000 werknemers in 2015, vooral in de VVT
- Tekort begeleiders niveau 3 en 4 gehandicaptenzorg
- Overschotten helpende ZW, zorghulpen
- Groot overschot agogisch personeel voor kinderopvang niveau 3
- Overschotten in WMD en jeugdzorg

Bij de in dit scenario voorspelde grote overschotten aan personen met een agogische kwalificatie op niveau 3 en 4, valt te bedenken dat deze kwalificaties ook de nieuwe opleiding maatschappelijke zorg omvatten, die een overlap kent met verpleegkundige kwalificaties. Deze personen kunnen ook terecht in de VVT en gehandicaptenzorg. Ook zijn door de instellingen zelf bekostigde opleidingen niet meegenomen in de prognoses; dergelijke opleidingen komen veel voor in de VVT. Dat betekent dat het lage scenario de overschotten nog onderschat.

Op het wo- en hbo+-niveau meldt het Capaciteitsorgaan dat de instroom in de meeste vervolgopleidingen en daarmee ook in de initiële opleidingen omhoog

moet om tekorten te voorkomen.[1] Dit houdt met name verband met feminisering van deze beroepen en daarmee een stijgend aantal deeltijdwerkers. In het bijzonder de ouderengeneeskunde gaat problemen geven, omdat er al een bestaand tekort is (zie boven) en het aantal studenten in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde nu al terugliep (hoewel 2011 een opleving laat zien). Ook aan tandartsen dreigen steeds forsere tekorten. In het nog jonge specialisme van de spoedeisende geneeskunde gaan de ontwikkelingen snel. Ook hier zal de instroom omhoog moeten om (toekomstige) tekorten te kunnen bestrijden. Hetzelfde geldt voor relevante beroepsgroepen op dit niveau in de GGZ (gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz).
Het Capaciteitsorgaan gaat al uit van taakherschikking van de arts naar de verpleegkundig specialist/physician assistant en van de tandarts naar de mondhygienist, waardoor daar ook een flinke toename van de instroom in de opleidingen nodig is.

Conclusie

Gezien de in paragraaf 2.1.3 beschreven verwachte ontwikkelingen op de arbeidsmarkt is aan te nemen dat de kwantitatieve discrepanties in termen van aanbodtekorten respectievelijk aanbodoverschotten de komende jaren relatief beperkt zullen blijven. Al met al dient het arbeidsmarktbeleid in de sector zich op korte en middellange termijn in beperkte mate te richten op het opheffen en voorkomen van kwantitatieve discrepanties:

- Naast een aantal meer specialistische beroepen gaat het om verpleegkundigen en verzorgenden in een deel van de branches (met name VVT) en in bepaalde regio's. Daarvoor bestaan nu tekorten en de verwachting is dat deze tekorten toenemen.
- Waar overschotten optreden, zoals in de WMD en de jeugdzorg, is omgekeerd inzet op 'Van Werk Naar Werk'-beleid nodig. Dat kan zowel binnen de sector als daarbuiten. Nu en in de nabije toekomst bestaan er overschotten op de lagere mbo-niveaus VOV-personeel en bij agogisch opgeleiden. Dat laatste speelt zeer sterk in de WJK-branches, waarbinnen de onzekerheid bovendien groot is vanwege het verschuiven van verantwoordelijkheden naar de gemeenten.

Op lange termijn vallen - gelet op de toenemende vergrijzing van het personeelsbestand - wel substantiële kwantitatieve discrepanties te verwachten.

2.2.2 Kwalitatieve discrepanties

Kwalitatieve discrepanties treden op wanneer de eisen van de werkgevers hoger zijn dan de kennis, kunde, competenties en/of sociale vaardigheden van gediplomeerde schoolverlaters en andere categorieën werkzoekenden, dan wel wanneer deze werkzoekenden hogere eisen stellen aan arbeidsinhoud, -voorwaarden en -omstandigheden dan wat werkgevers willen/kunnen bieden.

[1] Capaciteitsorgaan (2011), *Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg) opleidingen.* Capaciteitsorgaan (2001), *Capaciteitsplan voor de medische vervolgopleiding spoedeisende geneeskunde.* Capaciteitsorgaan (2011), *Capaciteitsplan 2011: Advies voor de (vervolg)opleidingen tot gezondheidspsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz.*

Toenemende eisen aan werknemers

Er was al langer een algemene tendens te bespeuren van stijgende kwalificatie-eisen aan het personeel in zorg en WJK. Door de recente (beleids)ontwikkelingen worden die eisen alleen nog maar hoger:

- In zorg en WJK wordt steeds meer technologie toegepast. Dat leidt overigens lang niet altijd tot arbeidsbesparing; sommige technologische vernieuwingen hebben een stijging van de zorgvraag en daardoor van de arbeidsvraag tot gevolg. Wel stelt de toenemende toepassing van technologie in zorg en WJK hogere eisen aan opleiding en competenties van medewerkers.
- De verpleegkundige krijgt, mede door de verschuiving van de tweede- naar de eerstelijnszorg, steeds meer een regierol. Dat betekent dat er vaker een hbo verpleegkundige wordt gezocht.
- VOV-personeel moet ook steeds meer de activiteiten van vrijwilligers en mantelzorgers organiseren. Dit vraagt ook om specifieke kennis en vaardigheden.
- Er worden ook hogere eisen gesteld aan het leiderschap van managers. Die zouden zich minder moeten bemoeien met details op de werkvloer.
- Bij extramuralisering van zorg, zoals bijvoorbeeld in de GGZ en vanuit de verplegings- en verzorgingshuizen, is bijscholing van medewerkers naar ambulante functies nodig.
- De levensverwachting van verstandelijk gehandicapten neemt toe en daarmee ook het aantal demente verstandelijk gehandicapten. De verpleging en verzorging van deze groep vraagt om specifieke scholing.
- In de verpleging en verzorging is het soms lastig aan verpleegkundigen niveau 4 en 5 te komen. Hierdoor komt er extra druk op de werknemers op niveau 2 en 3. In voorkomende gevallen verrichten niveau 2- en 3-opgeleiden handelingen die ze niet mogen maar soms wel goed kunnen verrichten.

Potentiële uitstroomfactoren voor werknemers

De overgrote meerderheid van werknemers in de sector is - alles overziend - tevreden over zijn werk. Daardoor is de daadwerkelijke uitstroom van gekwalificeerd personeel relatief beperkt. Toch spelen aan de aanbodzijde van de arbeidsmarkt enkele structurele zaken die zouden kunnen leiden tot uitstroom van personeel:

- In arbeidsvoorwaardelijke sfeer gaat het in zorg en WJK dan vooral om de beleving van de beloning (de lonen zijn in vergelijking met andere sectoren niet slecht), de geringe loonverschillen tussen verpleegkunde mbo-4 en hbo, de loonkloof tussen mannen en vrouwen, de beperkte carrière- en doorgroeimogelijkheden en de beperkte mogelijkheden voor tijd- en plaatsonafhankelijk werken.
- Qua arbeidsomstandigheden is vooral te wijzen op het naar verhouding met veel andere sectoren lichamelijk, geestelijk en emotioneel zware werk, onregelmatige werktijden (waaronder 's nacht werken), en de sociale onveiligheid door agressie van cliënten.
- Veel werkenden ervaren een gebrek aan autonomie. Managers zouden zich teveel met de werkvloer bemoeien en professionals zouden te weinig ruimte hebben zelf hun werkzaamheden in te richten. Tegelijkertijd zou sprake zijn van te weinig waardering door leidinggevenden. Dit uit zich ook erin dat volgens werknemers de afstand tussen top en werkvloer juist weer veel te groot is.

2.2.3 Intransparanties

Bij intransparanties gaat het om verschillen tussen het wervingsgedrag van werkgevers in de sector en het zoekgedrag van gediplomeerde schoolverlaters en andere categorieën werkzoekenden. Ook kunnen werkzoekenden een verkeerd beeld hebben van een sector en werkgevers een verkeerd beeld van werkzoekenden.

Door de aanwezigheid van specifieke vacaturesites en door gespecialiseerde bemiddelaars (voor specialistische functies, voor zzp'ers etc.) weten vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in de zorg elkaar steeds beter te vinden. De belangrijkste vorm van intransparantie blijft daardoor het relatief slechte imago van een aantal branches, bijvoorbeeld ouderenzorg, gehandicaptenzorg, ten opzichte van andere, bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, GGZ en jeugdzorg.

2.2.4 Door werkgevers ervaren knelpunten

Ter afsluiting van deze discrepantieanalyse geeft tabel 2.6 de drie door werkgevers in zorg en WJK in 2011 het vaakst respectievelijk als belangrijkst ervaren knelpunten weer. De top drie bevat discrepanties van zowel kwantitatieve als meer kwalitatieve aard. Intransparanties maken geen deel uit van de top drie.

Tabel 2.6 Top 3 van door werkgevers in zorg en WJK ervaren knelpunten (vaakst ervaren respectievelijk belangrijkste knelpunten), 2011

	Top 3 vaakst ervaren knelpunten	*Top 3 belangrijkste knelpunten*
Zorg	1. Beheersing van de werkdruk	Het aantrekken van (nieuw) personeel
	2. Vergrijzing van het personeel	Vergrijzing van het personeel
	3. Aantrekken van (nieuw) personeel	Ziekteverzuim en/of AO-instroom
WJK	1. Beheersing van de werkdruk	Beheersing van de werkdruk
	2. Omgaan met overtollig personeel	Ziekteverzuim en/of AO-instroom
	3. Ziekteverzuim en/of AO-instroom	Omgaan met overtollig personeel

Bron: Panteia (2011). Werkgeversenquête 1 Zorg en WJK 2011 (vestigingen).

Tussen zorg en WJK zijn zowel overeenkomsten als verschillen:

- Belangrijk verschil is dat werkgevers in zorg het aantrekken van (nieuw) personeel en werkgevers in WJK juist het omgaan met overtollig personeel vaak als (belangrijk) knelpunt ervaren. Ook wordt in zorg vergrijzing vaker als probleem gezien dan in WJK.
- Werkdruk en ziekteverzuim/instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen vormen voor zowel zorg als WJK een belangrijk probleem.

Door werkgevers in zorg worden in 2011 in het algemeen vaker knelpunten ervaren dan door werkgevers in WJK. Vergeleken met de enquête 2009 worden in zorg over de gehele linie minder vaak en in WJK juist vaker knelpunten ervaren.

2.3 Kansen en bedreigingen voor de arbeidsmarkt

Ten behoeve van het onderzoek is een SWOT-analyse uitgevoerd. De SWOT-analyse is een van oorsprong bedrijfskundig model dat vier elementen bevat: Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats (sterktes, zwaktes, kansen en

bedreigingen). In bijlage I is een gedetailleerde tabel opgenomen met de resultaten van deze analyse. Het tekstvak hieronder volstaat met een korte opsomming van kansen en bedreigingen. Hoe deze kansen te benutten c.q. bedreigingen te weerstaan, wordt nader belicht in de hoofdstukken 3 en 4, die concrete oplossingsrichtingen beschrijven voor verwachte personeelstekorten en -overschotten in zorg en WJK.

Kansen

Zorgvraag/arbeidsvraag/arbeidsproductiviteit:

- Afremmen zorgvraag; verhoging arbeidsproductiviteit/arbeidsbesparing door sociale en technologische innovaties; verhoging efficiëntie/arbeidsbesparing door concentratie van activiteiten; meer nadruk op zelfzorg.

Arbeidsaanbod:

- Potentieel aanbod: omvang en opleidingsniveau beroepsbevolking stijgen; beroepsbevolking individualiseert (zzp'ers), feminiseert en verkleurt.
- Zittend personeelsbestand Z&W: upgrading in combinatie met interne doorscholing; duurzaam inzetbaarheidsbeleid; diversiteitsbeleid; opvang (tijdelijke) overschotten.
- Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs: verbetering Z&W-opleidingen; binding studenten aan Z&W; actieve benutting social media.
- Reserves: re-integratietrajecten; zij-instroom; grenspendel; arbeidsmigratie.

Pullfactoren:

- Verdere verbetering arbeidsinhoud; concurrerende arbeidsvoorwaarden; taakherschikking (nieuwe doorgroei- en carrièremogelijkheden); door laagconjunctuur is Z&W geliefder als werkgever.

Omgevingsfactoren:

- Z&W-beleid: generieke toename Z&W-budget; gerichte financiële impulsen; hoofdlijnenakkoorden branches; stelselwijzigingen.
- Onderwijsbeleid: nieuwe mbo-kwalificatiestructuur; macrodoelmatigheidsbeleid; kortere mbo 4-opleidingen; extra opleidingsplaatsen hbo+/wo.
- SZ- en overig beleid: verhoging AOW-leeftijd; mogelijkheden doorwerken gepensioneerden; meer verplichtingen uitkeringsgerechtigden.
- Randvoorwaarden: impuls voor regionale samenwerking; verspreiding good practice arbeidsmarktbeleid; meer aandacht voor strategische personeelsplanning.

Bedreigingen

Zorgvraag/arbeidsvraag/arbeidsproductiviteit:

- Sterk stijgende arbeidsvraag in zorg; crisis vertraagt proces verwachte personeelstekorten in zorg (gevaar voor onderschatting); personeelsoverschotten in WJK door bezuinigingen.

Arbeidsaanbod:

- Potentieel aanbod: vergrijzing zet door.
- Zittend personeelsbestand Z&W: door vergrijzing afnemend werkvermogen; door uitstroom babyboomers verlies van kennis en kunde.
- Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs: ontgroening en veranderingen in studiekeuze; langer doorleren jongeren; toenemende concurrentie om hoger opgeleide jongeren.
- Reserves: bron van stille reserves droogt op.

Pullfactoren:

- Bij omslag economie naar hoogconjunctuur Z&W minder kansen als werkgever.

Omgevingsfactoren:

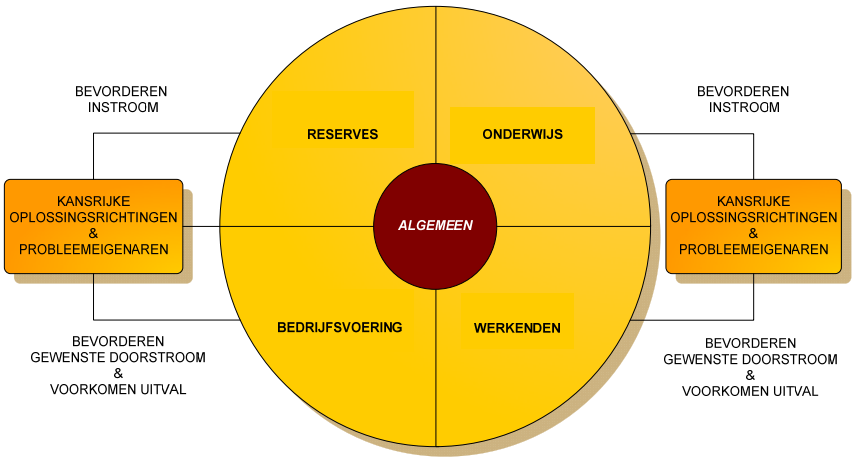
- Z&W-beleid: discontinuïteit in beleid; bezuinigingen op Z&W-branches (bedreiging voor aanbodkant).
- SZ- en overig beleid: afschaffen werkbonus oudere werknemers voor werkgevers; verlaging re-integratiebudgetten.

3 Oplossingsrichtingen voor personeelstekorten

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft mogelijke concrete oplossingsrichtingen voor de eerder geconstateerde discrepanties op de arbeidsmarkt in zorg en WJK. Het gaat vooral om oplossingen op het gebied van het VOV-personeel. Daar richt het onderzoeksprogramma AZW zich primair op. Regelmatig gelden ze echter ook voor andere beroepsgroepen in de sector zorg en WJK.
Voor de ordening van de oplossingsrichtingen is gebruikgemaakt van de Arbeidsmarktcirkel. Deze onderscheidt oplossingen in de sfeer van onderwijs, werkenden, reserves en bedrijfsvoering. De kern van de cirkel biedt ruimte aan meer algemene, strategische oplossingsrichtingen.

Figuur 3.1 Oplossingenmodel: Arbeidsmarktcirkel



Bron: Research voor Beleid.

Het overzicht van oplossingsrichtingen in dit hoofdstuk borduurt deels voort op reeds in gang gezette maatregelen/projecten/activiteiten, deels bevat het ook 'nieuwe', aanvullende oplossing(srichting)en. We pretenderen daarbij niet uitputtend te zijn. Geregeld bestaan er ook vergelijkbare voorbeelden elders uit de sector. In het hiernavolgende ligt de focus vooral op die arbeidsmarktmaatregelen en -projecten waarvan op basis van rapporten en/of informatie van stakeholders bekend is dat ze werken.
Lang niet altijd zijn de effecten van de gekozen oplossingen duidelijk. In sommige gevallen zijn evaluaties beschikbaar, vaak is dat echter niet het geval. Soms ontbreekt de tijd voor evaluatie of evalueert men niet, omdat het beleid inmiddels weer is veranderd.
Probleem is ook dat het in het algemeen lastig is het netto-effect van interventies op de arbeidsmarkt vast te stellen. Momenteel loopt een haalbaarheidsonderzoek dat de (on)mogelijkheden van evaluatie van arbeidsmarktmaatregelen in de zorg nader onder de loep neemt.

3.2 Algemeen

Een eerste categorie oplossingen is die van bredere, meer algemene oplossingen die niet direct in een van de vier kwadranten van de Arbeidsmarktcirkel zijn onder te brengen.

Hoofdthema's	*Specifieke thema's*
Temperen vraag naar professionele zorg en WJK	Preventie en gezondheidsbevordering
	Zelf- en samenredzaamheid
	Vermindering overbehandeling en praktijkvariatie
Hervormingen stelsel professionele zorg en WJK	Zorg in de buurt
	Ketenzorg
	Concentratie en specialisatie
	Marktwerking
	Wijzigingen in AWBZ/WMO
	Decentralisatie jeugdzorg
Randvoorwaarden adequaat arbeidsmarktbeleid zorg en WJK	Structurele vormen van overleg
	Voldoende (financiële, organisatorische, personele) middelen voor arbeidsmarktbeleid
	Gezamenlijke arbeidsmarktagenda
	Disseminatie en mainstreaming
	Strategische personeelsplanning

3.2.1 Maatregelen om vraag naar professionele zorg en WJK te temperen

Maatregelen in de sfeer van *preventie en gezondheidsbevordering* leiden tot minder zorgbehoefte. Het begrotingsakkoord voorziet in een financiële impuls hiervoor. Zo heeft KPMG berekend dat 10 procent meer stedelijk groen een totale besparing in de kosten voor zorg én ziekteverzuim als gevolg van depressies en obesitas oplevert van jaarlijks 400 miljoen euro. Voor een belangrijk deel komt die besparing wel voor rekening van vermeden verzuimkosten (jaarlijks 50.000 werknemers minder ziek).[1] Of betere preventie ook leidt tot minder vraag naar personeel is ook niet zeker; rokers kosten bijvoorbeeld minder zorg dan niet-rokers.

Naast preventie tempert ook *'zelf- en samenredzaamheid'* de vraag naar professionele zorg:

- Enerzijds gaat het hierbij om zelfmanagement: patiënten gaan zelf zodanig om met een (chronische) aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat deze optimaal is in te passen in het leven. Een recent voorbeeld is het (door het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam) opleiden van nierpatiënten voor thuis-

[1] KPMG (2012). *Groen, gezond en productief. The Economics of Ecosystems & Biodiversity (TEEB NL): natuur en gezondheid.*

dialyse (zelfbehandeling).[1] Bij samenredzaamheid past ook zelforganisatie. Vermelding in dit verband verdient de opkomst van zorgcoöperaties: ouderen en hun omgeving nemen zelf het initiatief om hulp en ondersteuning te organiseren, het liefst dicht in de buurt.[2]

- Anderzijds is sprake van informele zorg en ondersteuning. Kern daarvan is mantelzorg door familieleden, maar het kan ook vanuit het sociale netwerk en door vrijwilligers.[3] Dit kan zowel aan huis als in een instelling.

De effecten van zelf- en samenredzaamheid op de zorgbehoefte en daarmee op de personeelsbehoefte zijn voor zover bekend nog niet gekwantificeerd. Het is wel nodig zelfredzaamheid te ondersteunen en dat vraagt om andere competenties van zorgverleners.[4]

Tot dit cluster oplossingsrichtingen behoort ook het *verminderen van overbehandeling en praktijkvariatie*.[5] Het achterwege laten van overbodige en ondoelmatige behandelingen kan maar liefst 30 procent besparen op het budget voor curatieve zorg.[6] Volgens het CPB leidt ook het verminderen van praktijkvariatie tot de nodige winst. Hoe meer specialisten in een bepaalde regio werken, hoe meer er wordt behandeld. Meer behandelen blijkt echter niet meer gezondheid op te leveren.[7]

3.2.2 Hervormingen van het stelsel van professionele zorg en WJK

Het tweede type oplossingsrichtingen op strategisch niveau betreft de inrichting van het stelsel van professionele zorg en WJK, de verhoudingen daarbinnen tussen stakeholders en de wijze waarop deze met elkaar omgaan.

Een belangrijke ontwikkeling is die van *meer zorg in de buurt/inzet van wijkverpleegkundigen*. In het kader van het programma 'Zichtbare schakel' worden in wijken en plattelandsgebieden met sociaaleconomische en gezondheidsachterstanden projectmatig extra wijkverpleegkundigen ingezet. In 70 procent van de gevallen betreft dit wijkverpleegkundigen op hbo-niveau en in 20 procent op mbo-niveau.[8] De wijkverpleegkundige heeft een belangrijke preventieve functie,

[1] Artikel 'Sint Franciscus leidt nierpatiënten op voor thuisdialyse', OP: zorgvisie.nl, 1 augustus 2012.

[2] Artikel 'Zorgcoöperaties van ouderen', IN: *De Volkskrant*, 30 augustus 2012.

[3] Te noemen zijn ook nog vormen van sociale dienstverlening. Voorbeelden zijn maatschappelijke stages (zie ook verderop), dienstverlening door cliënten aan medecliënten en integratie van ouderenzorg en kinderopvang.

[4] NIVEL (2011). *Overzichtsstudie Zorg voor chronisch zieken.* Ander onderzoek van NIVEL toont aan dat - in geval van dementie - casemanagement een zeer belangrijke laagdrempelige schakel vormt tussen professionals en mantelzorgers. NIVEL en Trimbos-instituut (2012). *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie.*

[5] Praktijkvariatie is het verschijnsel dat voor dezelfde kwalen in de ene regio veel vaker voor een bepaalde behandeling wordt gekozen dan in de andere, terwijl de zorgbehoefte vergelijkbaar is.

[6] Booz & Company (2012). *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten.*

[7] CPB (2012). *The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments.* Dat effect wordt versterkt als de specialisten niet in loondienst zijn maar vrijgevestigd. Praktijkvariatie treedt alleen op bij behandelingen waarvoor weinig tot geen wetenschappelijk bewijs bestaat.

[8] Het is overigens de vraag of dit alleen gedaan kan worden door wijkverpleegkundigen. Volgens stakeholders zouden ook verzorgden en zelfs helpenden zijn in te zetten, mits deze beschikken over voldoende levens- en werkervaring én cliëntgericht zijn. Wel moet er dan een achterwacht van hoger opgeleiden zijn.

een bredere kijk op de probleemanalyse, weet bij veel cliënten somatische, psychische en sociale zorg te combineren en fungeert als schakel richting overige (zorg- en welzijns)organisaties in de buurt. Een cliëntgebonden kosten-batenanalyse laat zien dat de inzet van één wijkverpleegkundige een besparing aan zorgkosten oplevert van bijna 18 duizend euro per jaar. Hiervan wordt 84 procent bereikt door het voorkomen van zorg door instellingen in de tweede lijn. Daarnaast is sprake van gezondheidswinst voor cliënten ter waarde van bijna 38 duizend euro.[1] De besparing in zorgkosten vertaalt zich in minder vraag naar zorgpersoneel. Die arbeidsbesparing is niet alleen het gevolg van bovengenoemde factoren. Volgens de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen (CIZO) is door het inzetten van goed opgeleide wijkverpleegkundigen ook minder management nodig.[2]
Mede op basis van de resultaten van het eind 2012 aflopende programma 'Zichtbare schakel' hebben de ministeries van BZK en VWS besloten via het gemeentefonds structureel 10 miljoen euro beschikbaar te stellen voor projecten rond wijkverpleegkundigen.

Andere voorbeelden van (voorgenomen) hervormingen van het stelsel van professionele zorg en WJK zijn ketenzorg, concentratie/specialisatie en marktwerking. Daarnaast is te wijzen op wijzigingen in de AWBZ/WMO en de decentralisatie van de jeugdzorg. Voor deze hervormingen zijn (nog) geen (ex ante) evaluaties van de personele consequenties beschikbaar. Daarmee is ook niet duidelijk of deze hervormingen juist een oplossing of een vergroting van de arbeidsmarktknelpunten in de sector inhouden.

3.2.3 Randvoorwaarden voor adequaat arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK

Ook meer op randvoorwaarden van arbeidsmarktbeleid gerichte maatregelen/ activiteiten kunnen van positieve invloed zijn op het functioneren van de arbeidsmarkt in zorg en WJK:

- Structurele vormen van (inter)sectoraal *overleg/samenwerking* op landelijk, regionaal en lokaal niveau.
- Optimaal benutten van elkaars capaciteiten, kennis en expertise door overleg/samenwerking tussen overheid, onderwijs en instellingen.
- Voldoende (financiële, organisatorische en personele) middelen voor het (verder) ontwikkelen en uitvoeren van een gezamenlijke sectorale arbeidsmarktagenda. De zeventien regionale werkgeversverbanden in de sector zorg en WJK (onder de vlag van RegioPlus) krijgen in de periode 2012-2015 samen een impuls van in totaal € 30 miljoen voor regionaal arbeidsmarktbeleid.[3] Hierbij is tevens sprake van cofinanciering door regionale zorginstellingen.
- Adequate wijze van ontwikkelen en uitvoeren van een *gezamenlijke sectorale arbeidsmarktagenda* (strategisch arbeidsmarktbeleid; anticyclisch en (vraag)gericht arbeidsmarktbeleid).
- Het overzetten van succesvol gebleken oplossingen voor arbeidsmarktproblemen (good practices) van de ene naar de andere plek (*disseminatie en main-*

[1] ZonMw (2011). *Tussenbalans. Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt;* BMC (2012). *De 'Zichtbare schakel'- wijkverpleegkundige: een hele zorg minder*.

[2] In dit verband is ook te wijzen op de proeftuinen in de ouderenzorg met een aanzienlijke regelvrijheid. Taken worden hier georganiseerd rondom een mix van verpleegkundig specialisten en hbo-verpleegkundigen.

[3] Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief - Vertrouwen in professionals.*

streaming).[1] Websites van instanties als ZonMw, van A+O-fondsen in zorg en welzijn en van programma's als *In voor zorg* spelen hierin een belangrijke ondersteunende rol.

Een laatste randvoorwaarde - min of meer op het raakvlak tussen enerzijds de algemene kern en anderzijds de verschillende kwadranten van de Arbeidsmarktcirkel - is *strategische personeelsplanning* (SPP). SPP is het - op basis van regionale/sectorale ontwikkelingen in vraag en aanbod - voorbereiden, vormgeven en implementeren van strategisch beleid rond de instroom, doorstroom en uitstroom van personeel op instellingsniveau. Uiteindelijk doel is op dat niveau een doeltreffende en doelmatige allocatie van arbeid tot stand te brengen. Naarmate instellingen meer moeite hebben personeel te werven, neemt het belang van SPP toe. In zorg en WJK is de inzet van SPP nog voor verbetering vatbaar:

- Uit de werkgeversenquête blijkt dat in 2011 SPP bij minder dan de helft van de concerns in zorg en WJK (43 en 46 procent) een belangrijke rol speelt in strategische beslissingen.[2]
- In de nodige gevallen blijft SPP nog teveel een cijfermatige exercitie zonder daadwerkelijk concreet vervolg. Probleem is ook hoe in SPP rekening te houden met de zeer frequente wijzigingen in het beleid rond zorg en WJK.[3]

Er komt in de sector wel steeds meer aandacht voor SPP. Veel regionale werkgeversverbanden en brancheorganisaties ondersteunen hun leden bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid op dit gebied. Daarmee neemt het aantal instellingen met SPP geleidelijk toe.

3.3 Oplossingsrichtingen op het gebied van het onderwijs

Hoofdthema's	*Specifieke thema's*
Bevorderen instroom en gediplomeerde uitstroom	Bevorderen instroom
	Bevorderen studierendement
	Bevorderen sectorrendement
Verbetering aansluiting onderwijs - arbeidsmarkt	Monitoren van ontwikkelingen op arbeidsmarkt
	Uitwisselen informatie/kennis tussen onderwijs en arbeidsmarkt
	(Gezamenlijk) ontwikkelen nieuwe onderwijsprogramma's
	Optimaliseren outfit/faciliteiten onderwijs
	Volgen schoolverlaters

[1] Een voorbeeld hiervan is het overnemen van de aanpak van Buurtzorg Nederland (zelfsturende wijkteams van verpleegkundigen in de thuiszorg) door andere thuiszorginstellingen. Ook het toepassen van de aanpak door Buurtzorg Nederland in andere branches (huishoudelijke zorg, jeugdzorg, GGZ) valt hieronder, evenals de navolging van de Buurtzorg aanpak in andere landen (zoals Zweden).

[2] Panteia (2012). *Werkgeversenquête 2 Zorg en WJK 2011 (concerns).*

[3] Ook in andere sectoren valt de mate waarin SPP ook leidt tot daadwerkelijke maatregelen vaak tegen.

3.3.1 Bevorderen van instroom en gediplomeerde uitstroom

Bevorderen van instroom

Dit kan door het *enthousiasmeren van jongeren voor studie en werk* in zorg en WJK. Dat kan onder meer door imagocampagnes (zoals *Jij en de Gehandicaptenzorg* en *Open Armen* in de VVT), informatieve websites, beroepenvoorlichting op scholen, open dagen et cetera. Een voorbeeld is de theatervoorstelling voor leerlingen van basisonderwijs, vmbo en havo *Een wereld zonder zorg* en de hieraan gekoppelde website www.jijendez.org (een project van VenturaPlus). Een beperkte evaluatie daarvan laat zien dat de theatervoorstelling en website succesvol bijdragen aan de oordeels-, beeld- en keuzevorming van leerlingen in het vmbo-onderwijs.[1] Een ander voorbeeld zijn de activiteiten in SRZ-verband van elf ziekenhuizen in de Rijnmond. Hier lopen drie projecten richting onderwijs. Naast de Beroepencarrousel (voor het vmbo) gaat het om 'Tante Toos' (voor de laatste klassen van het basisonderwijs) en 'Herrie in het hospitaal' voor (havo/vwo). De kortetermijneffecten van deze acties worden gemonitord.
Abvakabo FNV acht het van belang dat dergelijke imagocampagnes een reëel beeld schetsen van het werken in zorg en WJK. Werkgeversorganisaties wijzen erop dat het imago sterk wordt beïnvloed door slechtnieuwsberichten over de sector; het is van belang daarvoor te waken.

Belangrijk is *jongeren direct in contact te brengen met het beroepenveld*. Als zij al op vroege leeftijd kennismaken met werk in zorg en WJK, vergroot dat de kans op een realistisch, positief beeld. Een middel hiertoe is de maatschappelijke stage voor scholieren uit het vo. Evaluaties van SIGRA en Parnassus Bavo Group laten positieve effecten zien. De betrokkenheid van jongeren bij de zorgverlening wordt bevorderd.[2] Een ander mogelijkheid zijn bijbanen voor scholieren uit het voortgezet onderwijs in zorg en WJK. Een voorbeeld is het project 'Zorg after School (ZaS)', waarin Zorggroep Apeldoorn 200 scholieren heeft geworven voor een bijbaan in de zorg. Daarin dekken de 'ZaS'ers' samen met de cliënten de tafels voor het avondeten, eten samen, ruimen af en doen daarna een spelletje, maken een praatje of wandelen een stukje met de cliënten. De scholieren leren de ouderenzorg van binnenuit kennen.[3] En voor de cliënten betekent het rust, gezelligheid en aandacht.
Mogelijk neveneffect van zowel maatschappelijke stages als bijbanen voor scholieren is het gevaar van devaluatie van het beroep, vanuit de gedachte dat als zelfs middelbare scholieren het werk kunnen doen, het wel niet veel zal voorstellen.

Daarnaast kan *verhoging van de status* van relevante beroepen het imago van het werk in zorg en WJK verbeteren en op die manier meer instroom tot stand brengen. Een dergelijke 'pull-strategie' maakt een sector aantrekkelijk door in te

[1] De voorstelling opent het gesprek en draagt bij aan de vorming van een realistischer beeld van (werken in de) zorg. De website toont wat het is om te werken in de zorg en geeft aan welke opleidingen er zijn. Een en ander draagt bij aan een beter onderbouwde en dus bewustere keuze al dan niet voor de zorgsector te kiezen. Zie: Partoer (2012). *Een wereld zonder zorg. Evaluatie theatervoorstelling en www.jijendez.org.*

[2] SIGRA (2011). *Samenvatting resultaten webenquête Maatschappelijke stage (MaS)*; maatschappelijkestage.nl; Artikel 'Maatschappelijke stage verbetert reputatie GGZ', OP: *zorgvisie.nl*, 27 oktober 2011.

[3] Actiz (2012). *Ezin&Zorg.* Nr. 4. Juni 2012. Thema: Werken in de zorg (op: ezinenzorg.com).

zetten op de werkgelegenheid aan de bovenkant van de arbeidsmarkt. De nadruk ligt op de hoge eisen, de bijzondere werkomgeving en de hoge kennisintensiteit. Dat kan een aanzuigende werking hebben in het opleidings- en functiehuis van de sector. In dit verband is allereerst te wijzen op de professionaliseringsslagen in WJK en de voorstellen van de Stuurgroep V&V 2020 voor een nieuw toekomstgericht beroepsprofiel voor hbo-verpleegkundigen.[1] Over deze voorstellen voert het ministerie van VWS momenteel overleg met het veld.
Statusverhoging is ook te bereiken door uitgesproken profilering van opleidingen. Daarbij is tevens de benaming van de opleidingen relevant. Zo slaan volgens Calibris opleidingen met het woord 'zorg' in de naam (bijvoorbeeld medewerker maatschappelijke zorg) minder aan dan opleidingen met het woord 'verpleegkund(ig)e' in de naam.

Een aanverwante oplossingsrichting is ook het bevorderen van de *doorstroom van mbo naar hbo.* Op dit moment is met name de doorstroom van verpleegkundigen naar het hbo veel minder groot dan die in andere opleidingen (binnen en buiten zorg en welzijn). Meer doorstroom kan vergroot op termijn de basis van verpleegkundigen die bepaalde specialisaties kunnen aanleren. Op het niveau van die specialisatie lijken met name tekorten te ontstaan. Anderzijds betekent doorstroom ook dat verpleegkundigen vooralsnog niet of minder intensief beschikbaar zijn voor de directe zorg. Dat kan op korte termijn voor grotere tekorten zorgen.

Ook kunnen *financiële prikkels* instroombevorderend werken. Te wijzen in dit verband is op het Fonds Ziekenhuisopleidingen. Met deze regeling ontvangen instellingen meer subsidie naarmate zij meer medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen opleiden.

In dit verband is ten slotte te wijzen op een maatregel die met een omweg tot een hogere instroom kan leiden. Dat is de mogelijkheid van vormen van numerus fixus voor bepaalde 'overschotopleidingen' (op alle niveaus). Dit vergroot als het goed is de instroom in 'tekortopleidingen', zoals in de zorg.

Bevorderen van studierendement

Het studierendement van de zorg- en WJK-opleidingen is onder meer te verhogen door: goede beroepenoriëntatie en studiekeuzebegeleiding voorafgaand aan de opleiding, attractieve opzet van de zorg- en WJK-opleidingen en intensieve begeleiding tijdens de opleiding.

Van essentieel belang voor het studierendement is een *goed functionerende stageplaatsen- en leerbanenmarkt*. Er moeten voldoende leerbedrijven en stageplaatsen en leerbanen in de sector zorg en WJK beschikbaar zijn, en de stageplaatsen- en leerbanenmarkt dient transparant te zijn.

[1] V&V 2020 (2012). *Leren van de toekomst;* NVZ (2012). *Een kwestie van samenspel. Verpleegkundigen opleiden voor het algemene ziekenhuis.* NJI (2010). *Actieplan Professionalisering Jeugdzorg*; NJI (2010). *Hoofdlijnen implementatieplan Professionalisering Jeugdzorg*; Nji.nl; MOgroep (2011). *Hoofdlijnen actieplan professionaliseringsslag W&MD;* Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, MOgroep, NVMW, Code 2.0, BVJong, HBO-Raad en MBO-Raad (2012). *Actieprogramma Professionalisering Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening;* Ministerie van VWS (2012). *Kamerbrief kwaliteitsagenda kinderopvang.*

Belangrijk voor effectieve stages is een goede begeleiding. Uit een evaluatie van het Stagefonds Zorg in 2011 blijkt dat het fonds in de afgelopen drie jaar in het mbo heeft geleid tot ruim 20 procent meer stageplaatsen en in het hbo tot een gelijkblijvend aantal (ondanks remmende factoren als fusies, reorganisaties en bezuinigingen). Instellingen in de VVT maken naar verhouding vaker gebruik van het fonds dan ziekenhuizen. Naast een groter aanbod aan stageplaatsen blijkt ook de kwaliteit van de stagebegeleiding te zijn verbeterd, hoewel volgens sommige stakeholders[1] de begeleiding, onder meer door tijdgebrek bij het zittend personeel, soms nog voor verbetering vatbaar is. Mede naar aanleiding van de evaluatie wordt het fonds vanaf 2012 structureel voortgezet. Daarbij wordt een deel van de middelen specifiek ingezet ten behoeve van de duale hbo-opleiding verpleegkunde.[2]
Een praktijkgerichte/-simulerende aanpak draagt bij aan de kwaliteit van stages. De leerafdeling is bijvoorbeeld een concept waarbij mbo-leerlingen groepsgewijs stagelopen op één afdeling binnen een zorginstelling onder coachende begeleiding van alle medewerkers van die afdeling. Naast de leerafdeling is er een aantal nieuwe stage- en leerbaanconcepten van Calibris. Het gaat onder meer om GildeLeren (volledig opleiden van niveau 1 en 2 binnen het leerbedrijf), Wijk-Leerbedrijf (waarbij stage wordt gelopen in de wijk) en WelSlagen (voortraject voor potentiële leerlingen).[3]

Van een andere orde dan stageplaatsen en leerbanen maar evenzeer relevant zijn *gerichte bijbanen van studenten aansluitend op hun opleiding*. Een interessant initiatief in dit verband is de Studentenkliniek. Dit is een organisatie - voor en door studenten - in Amsterdam met als doel geneeskundestudenten via een (bij)baan ervaring op te laten doen in de dagelijkse praktijk van een ziekenhuis (i.e. het AMC).[4]

Ook *beperking van de studie-uitval* leidt tot meer instroom in de sector. Van belang is de uitvallers waar mogelijk toch te behouden voor de sector. In het hbo-V valt met name een deel van de havo-/vwo-instroom af. Het Maasstad Ziekenhuis biedt deze groep een verkorte opleiding op mbo-niveau aan.

Bevorderen van sectorrendement

Maatregelen in de sfeer van *arbeidsmarktcommunicatie* (PR; informatie; sectorale imagocampagnes) en *arbeidsmarktbemiddeling* (online vacaturebanken; werving via sociale media) zorgen voor een beter sectorrendement. Op het gebied van werving via sociale media hebben zowel werkgevers als werknemers vaak een afwachtende, passieve houding. Daardoor loopt men elkaar online vaak mis.[5] Werkgevers kunnen actiever gebruikmaken van online media. Voorbeelden daarvan zijn:
- social referral: in de werving gebruikmaken van de sociale netwerken van eigen werknemers;

[1] Abvakabo, Cap Gemini.

[2] AEF (2011). *Onderzoeksrapport Evaluatie Stagefonds Zorg.* Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief - Vertrouwen in professionals.*

[3] Calibris.nl.

[4] SIGRA (2011). *Jaarbeeld 2011. Zorggrensverleggend.*

[5] Artikel 'Werkgevers en werknemers lopen elkaar online mis', OP: werf-en.nl, 7 februari 2012.

- inzet van zogenaamde websharks: HR-functionarissen die continu sociale media afspeuren op interessante potentiële werknemers.

3.3.2 *Verbetering van aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt*

Een goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt draagt bij aan het beperken van de uitstroom van gediplomeerden naar andere sectoren.

Uitwisseling van informatie en kennis tussen onderwijs en arbeidsmarkt

Op mbo-niveau zijn er landelijk en regionaal de nodige kanalen voor uitwisseling van informatie en kennis, zoals natuurlijk het kenniscentrum Calibris. Momenteel hebben vrijwel alle hbo-opleidingen in de richting zorg en WJK een eigen beroepenveldcommissie op lokaal/regionaal niveau. VNO-NCW pleiten - in aanvulling hierop - voor landelijk werkveldoverleg. Landelijke brancheorganisaties hebben beter zicht op de sectorale ontwikkelingen en kunnen daardoor beter aangeven wat de kwalitatieve en kwantitatieve behoeften op de langere termijn zullen zijn.[1]

Ontwikkelen van nieuwe onderwijsprogramma's

Op dit gebied zijn de volgende ontwikkelingen te noemen:

- Serious games zijn (3D-)spellen en simulaties die worden ingezet voor een serieus doel. Waar deze technieken elders in het onderwijs al toepassing kennen, liggen hier ook kansen voor het zorgonderwijs.[2]
- De nieuwste ontwikkeling op het gebied van doorlopende leerlijnen is - in navolging van het Vakcollege Techniek - het Vakcollege Zorg. Het betreft een geïntegreerde opleiding van zes jaar, namelijk vier jaar vmbo en twee jaar bbl niveau 2 of 3. Kenmerkend is vanaf het eerste jaar een hoog praktijkgehalte.[3] Daarmee richt het Vakcollege Zorg zich op de groep leerlingen die al vroeg weten dat ze de zorg in willen.
- Actiz is samen met enkele hogescholen bezig met (het opzetten van) een hbo-opleiding verpleegkundige gerontologie.
- In de gehandicaptenzorg ondernemen onderwijs- en werkveld gezamenlijk activiteiten gericht op het tot stand brengen van een hbo-arrangement gehandicaptenzorg. Het betreft een hbo-opleiding met zowel een gezondheidskundige als sociaal agogische component.[4] Amarant (een instelling voor gehandicaptenzorg in Midden- en West-Brabant) heeft met een ROC in de regio een mbo-opleiding opgezet specifiek gericht op verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsstoornissen.
- Vanuit Calibris is in overleg met de MO-Groep en drie relevante hbo-opleidingen een nieuw beroepsprofiel voor de sociaal professional opgesteld.

Volgens GGZ Nederland zou ten slotte het zorgonderwijs meer moeten aansluiten op de tendens/het beleid van extramuralisering. Dat vergt andere kennis, vaardigheden en competenties van het zorgpersoneel.

[1] VNO-NCW (2009). *Stelselmatig samenwerken. Een agenda voor hbo en bedrijfsleven.*

[2] Dit wordt opgemerkt door de geïnterviewde stakeholder van Cap Gemini. Zie: Artikel 'Zorg heeft baat bij serious gaming', OP: *zorgvisie.nl*, 13 december 2011.

[3] Vakcollegezorg.nl.

[4] MOVISIE Beroepsontwikkeling (2011). *Naar een eigentijds hbo-arrangement voor de gehandicaptenzorg.*

Optimaliseren van outfit/faciliteiten voor onderwijs

Een voorbeeld hiervan is Zorgacademie Parkstad Limburg, een gebouw waarin alle zorgopleidingen in de regio zijn ondergebracht. Het gebouw is voorzien van de modernste onderwijs- en onderzoeksfaciliteiten. Onderwijs- en zorginnovatie komen samen in het 'skillslab', een praktijkgerichte leer- en trainingsplek waar deelnemers kunnen oefenen in nagebootste situaties. De academie krijgt ook een zorginnovatiecentrum, waar in samenwerking met bedrijven nieuwe innovatieve zorgconcepten ontwikkeld zullen worden. Naast de academie in 'steen', komt er een - door de Open Universiteit Nederland ontwikkelde - virtuele Zorgacademie.[1] Een ander voorbeeld is Maastricht Health Campus te noemen. Deze compacte stadscampus herbergt onder meer gebouwen van Universiteit Maastricht (UM), Maastricht Universitair Medisch Centrum (Maastricht UMC+) en Maastricht Exposition en Congres Centrum (MECC). Daartussen liggen gebouwen en faciliteiten voor (startende) bedrijven.[2]

3.4 Oplossingsrichtingen op het gebied van werkenden in de sector

Hoofdthema's	*Specifieke thema's*
Bewust HR-beleid	Strategische personeelsplanning *(zie boven)*
Optimaliseren inzet werknemers	Stimuleren jobgerichte scholing (leven lang leren)
	Stimuleren verticale en horizontale doorstroming (mobiliteitsbeleid)
	(Aanpassen van) werktijden
Voorkomen uitstroom werknemers	Verbetering arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en werksfeer
	Bevordering ontplooiing werknemers
	Duurzaam inzetbaarheidsbeleid
	Diversiteitsbeleid
	Opvangen (tijdelijke) personeelsoverschotten

3.4.1 HR-beleid in zorg en WJK

Alvorens in te gaan op arbeidsmarktbeleid op het gebied van werkenden is het interessant te kijken naar het HR-beleid van instellingen in het algemeen. De werkgeversenquête op concernniveau (2011) schetst onderstaand beeld van het HR-beleid in zorg en WJK.

Omvang en positie HR-afdelingen

- Aantal fte's per HR-adviseur op concernniveau bedraagt 251 in de zorg en 194 in de WJK.
- Hoofd HR legt vrijwel altijd direct verantwoording af aan de directie.
- 10% van de concerns gebruikt HR Shared Service Centrum (zorg 12%; WJK 9%).
- 44% zorg- en 51% WJK-concerns besteedt deel werk HR-afdelingen uit. Het vaakst salarisadministratie, gevolgd door arbobeleid. Personeelsadministratie en W&S bijna altijd in eigen huis.

[1] Zorgacadamieparkstadlimburg.nl.

[2] Maastrichthealthcampus.nl.

Beleidsproces HR

- Ontwikkeling HR-beleid veelal in samenspraak met directie/HR-afdeling (78% zorg; 68% WJK).
- Belangrijke rol HR-afdeling in implementatie van HR-beleid.
- Daadwerkelijke uitvoering HR-beleid is taak management. In ruim helft concerns toetst HR-afdeling achteraf.
- Men ziet HR-afdeling als ondersteuner van organisatiebeleid, nauwelijks als belangenbehartiger van personeel.

Inhoud HR-beleid

- SPP speelt minder dan de helft van de concerns rol in strategische HR-beslissingen (zie ook eerder).
- Ongeveer driekwart van de concerns heeft beleid m.b.t. jaarlijkse cyclus van functionerings- en beoordelingsgesprekken.
- Twee derde van de concerns heeft arbobeleid, gezondheidsmanagement en opleidingsbeleid.
- Beeld voor overige personeelsinstrumenten is erg wisselend.
- 84% zorg- en 74% WJK-concerns houdt regelmatig medewerkerstevredenheidsonderzoeken. 85% daarvan doet ook iets met uitkomsten.

3.4.2 Optimaliseren van de inzet van werknemers

Stimuleren van jobgerichte scholing

Uit onderzoek van NIVEL onder het Panel Verpleging & Verzorging blijkt dat in 2011 90 procent van de verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen in het voorafgaande jaar bij- en nascholing heeft gevolgd, meestal op kosten van de werkgever. Ruim twee derde van de zorgverleners vindt het scholingsaanbod vanuit de werkgever voldoende, de rest niet.[1]
De extra middelen in het kader van Convenant Investeringen Langdurige Zorg 2011-2015 zijn - naast het aantrekken van nieuw personeel - ook in te zetten voor scholing van het zittend personeel; dit blijkt veel te gebeuren.

Een belangrijke kanttekening volgens diverse stakeholders (V&VN, CNV, PGGM) is dat het soms moeilijk is werknemers waarvoor op mbo-niveau 2 geen werk meer is op te scholen naar mbo-niveau 3. In de zorg vragen werkzaamheden op niveau 3 om een aantal aanvullende competenties, zoals het kunnen abstraheren en rapporteren, waarover lang niet iedereen op niveau 2 beschikt. Op de hogere niveaus (mbo 3-> mbo 4, mbo 4 -> hbo, hbo bachelor -> hbo master) lijken meer mogelijkheden te zijn. In het initiële onderwijs is al wel veel sprake van dergelijke directe doorstroom. Dit heeft ook vaak betrekking op zittende werknemers die daarmee naar hoger gekwalificeerde functies kunnen doorstromen. In dit geval gaat het echter om medewerkers die nog bezig zijn carrière te maken.

Stimuleren van verticale en horizontale doorstroming

Van belang voor doorstroom van zittend personeel is verder aandacht voor competenties van werknemers en EVC-trajecten waarmee die competenties zijn te verzilveren. De afgelopen jaren heeft de sector zorg en WJK veel geïnvesteerd in

[1] Dit panel bestaat uit 1.350 verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen. Zie: NIVEL (2012). *De aantrekkelijkheid van de verpleegkundige en verzorgende beroepen 2011. Cijfers en trends over de afgelopen 10 jaar.*

het ontwikkelen van instrumenten om EVC's toe te passen, zoals portfolio's. In de praktijk leidt dat nog onvoldoende tot aanpassing van de opleidingstrajecten. Om die reden zijn de ministeries van VWS en OCW, het onderwijsveld en het zorgveld in overleg om tot werkbare en effectieve afspraken te komen. Het beter benutten van EVC's is overigens niet alleen van belang voor de huidige professionals, maar juist ook om het voor elders werkenden aantrekkelijk te maken naar de zorg over te stappen.[1]

Vermelding in dit verband verdienen verder de dertig *Servicepunten Zorg en Welzijn*, waarin UWV samenwerkt met de regionale werkgeversverbanden en andere relevante regionale partijen op het gebied van onderwijs en arbeidsmarkt in zorg en WJK. Naast instroom van werkzoekenden richten deze Servicepunten zich ook op mobiliteit in de vorm van bijscholing of doorstroom van werknemers in de sector. Interne doorstroom betekent niet alleen een uitdaging/positieverbetering voor betreffende medewerkers en een bijdrage aan vermindering van de tekorten aan hoger opgeleid personeel, het biedt tevens ruimte voor instroom van minder hoog gekwalificeerden aan de onderkant van de arbeidsmarkt in zorg en WJK.

Aanpassen van werktijden

Personeel al dan niet tijdelijk meer uren te laten werken kan door het aantrekkelijker maken van overwerk, maar vooral ook door deeltijdwerkers contracten aan te bieden voor meer uren. In de VVT zou volgens CNV zo'n 20 procent van de parttimers meer uren willen werken. Ook de afdelingen HR staan er voor open. In de praktijk worden in de VVT verzorgenden al voor meer uren ingezet dan in hun contract staat. Met de nieuwe cao VVT hebben zij een middel in handen waarmee ze een groter contract kunnen afdwingen.[2]
Een voorbeeld van het opplussen van deeltijdcontracten is het project 'Deeltijd Plus' van Amarant. Volgens de instelling heeft dat, onder meer door het aanbieden van aantrekkelijke diensten, effect gehad (van 46 procent 24-pluscontracten naar 54 procent).
Er zijn ook andere kanten aan deze oplossingsmogelijkheid. Planners zijn bijvoorbeeld vaak geen voorstander van grotere contracten, omdat dat het roosteren lastiger maakt. Zoals RIVM meldt, is het overigens wel zo dat wanneer zorgmedewerkers meer uren gaan werken, zij minder tijd overhouden voor mantelzorg.

Een ander aspect van 'time management' is roostering. Roosteren in zorg en WJK gaat moeizaam, zeker in vergelijking met bijvoorbeeld het onderwijs, een sector die ook allerlei complexe randvoorwaarden kent. Door slimmer roosteren, efficientere en effectievere planning van de dienstroosters, is de inzet van het personeel te optimaliseren en beter af te stemmen op de zorgvraag van cliënten en de wensen van de werknemer. Het Maasstad Ziekenhuis bijvoorbeeld roostert voor 80 tot 90 procent in in plaats van voor 100 procent. Dat blijkt te kunnen, omdat teamleiders bij het inschatten van de werkzaamheden altijd aan de voorzichtige kant gaan zitten. Wel houdt men goed in de gaten dat de bezetting nooit onder

[1] Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals.*

[2] Wanneer een verzorgende gedurende drie maanden bijvoorbeeld structureel 24 uur per week werkt, in plaats van de 20 uur die in het contract staan, kan hij of zij een 24-uurscontract afdwingen bij de werkgever.

een bepaald niveau komt. Complicerende factor in het roosteren is volgens Cap Gemini de toenemende inzet van zzp'ers in de zorg. Dat stelt specifieke eisen aan de dienstroosterplanning.

Vormen van zelfroosteren dragen - naast een effectievere en efficiëntere wijze van planning van de dienstroosters - ook bij aan een betere afstemming van werk en privé. Uit een pilot met zelfroosteren in de GGZ blijkt dat het merendeel van de werknemers hier positief over denkt (toegenomen verantwoordelijkheid, kortere roosterperiodes, roosteren in stappen). Ook planners en teamleiders staan er overwegend positief tegenover (meer inzicht in werktijdvoorkeuren medewerkers).[1]

3.4.3 Voorkomen van uitstroom van werknemers

Verbetering van arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en werksfeer

De primaire arbeidsvoorwaarden in zorg en WJK zijn naar verhouding niet slecht. Werknemers beleven dit echter vaak anders. Tevens is er - net als in andere sectoren - nog steeds sprake van een loonkloof: in dezelfde functie verdienen mannen gemiddeld meer dan vrouwen.
Een oplossing is het loongebouw flexibeler te maken. In de cao voor VVT zit momenteel een element van 'individueel ondernemerschap': een basispakket voor elke werknemer met individuele afspraken daarbovenop. Daar zit ook een factor autonomie in. Op deze wijze is de beloning beter aan te passen bij wat men feitelijk doet.
Voor veel werknemers spelen andere overwegingen dan het salaris een belangrijkere rol. Loonstijgingen leiden in het algemeen maar in beperkte mate tot meer aanbod van personeel. Dat geldt zeker in een sector als zorg en WJK; hier is het personeel vooral intrinsiek gemotiveerd: de arbeidsinhoud weegt zwaarder dan de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden.

De arbeidsomstandigheden kunnen ook een rol spelen bij de keuze al dan niet in de sector te blijven werken. Daarbij lijken werkdruk en agressie de belangrijkste factoren. Van het - weliswaar geringe - werkgerelateerde ziekteverzuim is de helft het gevolg van werkdruk en agressie.

[1] Het betreft hier een pilot in drie GGZ-instellingen (en in totaal vijf afdelingen), waaraan 57 personen deelnamen. De resultaten dienen dan ook als indicatief te worden beschouwd. Zie: O&O Fonds GGZ (2011). *Resultaten project zelfroosteren in de GGZ.*

Tabel 3.1 Maatregelen om werkdruk te verminderen

	Zorg	*WJK*
Aanpassen werktijden	5%	2%
Betere roostering	14%	5%
Flexibilisering werktijden	6%	2%
Werkprocessen efficiënter vormgeven	25%	12%
Werkdrukanalyse	7%	4%
Stressmanagementtraining	1%	0%
Coaching van leidinggevenden	4%	2%
Ziekteverzuim verlagen	1%	1%
Extra personeel aantrekken	19%	10%
Meer vrijwilligers	2%	3%
Instellen wachtlijst	1%	1%
Inzet van (til)hulpmiddelen	4%	1%
Anders	41%	26%
Geen maatregelen	21%	48%

Bron: Panteia (2011). Werkgeversenquête 1 Zorg en WJK 2011 (vestigingen).

Tabel 3.1 laat zien dat het aandeel werkgevers dat maatregelen neemt om de werkdruk te verminderen in de zorg groter is dan in WJK (79 tegenover 52 procent). Dit is ook logisch. Werkgevers in de zorg zeggen vaker dan werkgevers in de WJK negatieve gevolgen van te hoge werkdruk te ondervinden. Daarbij gaat het om overwerk, klachten van personeel, ziekteverzuim e.d.
Een belangrijke opmerking is dat het bij werkdruk deels ook gaat om de beleving daarvan door werknemers. Naast maatregelen gericht op het verminderen van de reële werkdruk zou er ook wat gedaan moeten worden aan de beleefde werkdruk. Die is trouwens gerelateerd aan de mate waarin men ervaart dat men autonomie in het werk heeft en de kwaliteit van zorg die men denkt te leveren.

Met het oog op het terugdringen van agressie tegen zorgprofessionals stelt het kabinet in de periode 2012-2015 € 6,4 miljoen beschikbaar aan sociale partners om zorginstellingen te ondersteunen bij het implementeren van agressiebeleid. Belangrijke aandachtspunten in dit *Actieplan Veilig Werken in de Zorg* zijn:

- Beter voorbereiden van zorgpersoneel om professioneel met agressie en geweld om te gaan, dit onder meer door weerbaarheidstrainingen.
- Stimuleren van de aangiftebereidheid door de werkgever.
- Organiseren van jaarlijkse regionale bijeenkomsten, waarbij goede voorbeelden worden gedeeld en instellingen van elkaar kunnen leren[1].
- Opzetten van een landelijk coördinatiepunt waar branchespecifieke kennis wordt verzameld en gedeeld.[2]

[1] Voorbeelden van good practices zijn op dit moment onder meer het anti-agressiebeleid van Medisch Centrum Alkmaar, het beleid van Veilige zorg van Viecuri MC in Venlo en periodieke 'anti-agressie middagen' van Verpleeghuis Lucia in Breda. Zie: Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals.*

[2] Ministerie van VWS (2012). *Kamerbrief Actieplan Veilig Werken in de Zorg.*

– Anoniem aangifte doen. Dit is sinds september 2012 mogelijk voor zorgpersoneel (onder nummer, in plaats van naam en/of adresgegevens).

Net als werkdruk vormt agressie in zorg en WJK vanaf april 2012 een speerpunt voor de Inspectie SZW. Inspecteurs bekijken of werkgevers hun mensen wel voldoende beschermen tegen agressie van patiënten en hun familieleden. Blijven de instellingen in gebreke, dan wordt handhavend opgetreden.[1]

Naast arbeidsvoorwaarden, -omstandigheden en -inhoud is voor werknemers de werksfeer een belangrijk element van hun werk. Volgens BTN draagt het werken in kleinschalige zorgteams - door de directere contacten/kortere lijnen met collega's/leidinggevenden en intensievere contacten met cliënten - bij aan de werksfeer en daarmee aan de motivatie van werknemers en het beperken van ziekteverzuim. De tweejaarlijkse bevraging door NIVEL van het Panel Verpleging & Verzorging naar de aantrekkelijkheid van hun beroep wijst op het belang van waardering door werkgevers. Volgens iets meer dan de helft van de verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen is de top van de organisatie niet of nauwelijks op de hoogte van de feitelijke problemen op de werkvloer. Iets minder dan de helft van deze werknemers voelt zich voldoende gewaardeerd door de directie. Ruim 70 procent van de verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen vindt dat de aantrekkelijkheid van hun beroep kan verbeteren door meer waardering binnen de organisatie en verkleining van de afstand tussen top en werkvloer.[2]

Bevordering van ontplooiing van werknemers

Bij dit thema gaat het onder meer om een leven lang leren, zelfsturing en activiteiten gericht op verbetering van de positie van de zorgprofessional.

De loopbaanbegeleiding in zorg en WJK blijft een verbeterpunt. Ruim de helft (55 procent) van de verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen geeft in 2011 aan dat er in het voorgaande jaar gesproken is over loopbaanmogelijkheden. Slechts 35 procent is tevreden over de loopbaanbegeleiding en 43 procent over de loopbaanmogelijkheden. Extra aandacht voor loopbaanmogelijkheden zou naar de mening van 41 procent van de zorgverleners de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep vergroten.[3]

Een eerste stap in zelfsturing is zelfroostering. Een stap verder gaan zelfsturende teams. Op dit punt worden diverse nieuwe concepten ontwikkeld. Een voorbeeld is de inzet van autonome buurtteams in verschillende zorg- en WJK-branches.[4] In een zelfsturend team liggen alle taken binnen het team. Dat betekent voor betrokkenen een grote variatie aan werkzaamheden - ook werkzaamheden waar

[1] Artikel 'Inspectie controleert aanpak werkstress in zorgsector', OP: *inspectieszw.nl*, 11 april 2012.

[2] NIVEL (2012). *De aantrekkelijkheid van de verpleegkundige en verzorgende beroepen 2011. Cijfers en trends over de afgelopen 10 jaar.*

[3] NIVEL (2012). *De aantrekkelijkheid van de verpleegkundige en verzorgende beroepen 2011. Cijfers en trends over de afgelopen 10 jaar.*

[4] Bijvoorbeeld Buurtzorg, zie: Buurtzorgnederland.nl; buurtdiensten.nl; buurtzorgjong.nl; Artikel 'Buurtzorg ook toepassen op Jeugdzorg', OP: *zorgenwelzijn.nl*, 10 april 2012; Artikel 'Buurtzorg Nederland biedt psychiatrische zorg aan huis', OP: *zorgvisie.nl*, 25 juni 2012.

men misschien nog geen vaardigheden voor ontwikkeld heeft - en tegelijkertijd een grote uitdaging. Uit onderzoek blijkt dat zelfsturende teams economisch en sociaal beter presteren en dat werknemers zich meer betrokken voelen bij hun organisatie. Medewerkers die meer eigen verantwoordelijkheid krijgen, blijken in de praktijk betere kwaliteit te leveren én meer plezier in hun werk te hebben. Dat leidt weer tot een grotere cliëntentevredenheid. Het werken in een zelfsturend team vraagt wel bepaalde eigenschappen van zorgprofessionals, zoals zelfstandigheid, flexibiliteit, inlevingsbereidheid en kunnen omgaan met kritiek. Niet iedere zorgprofessional beschikt in voldoende mate over deze eigenschappen.[1]

Amerika kent al geruime tijd zogenaamde magneetziekenhuizen. Dit zijn ziekenhuizen met een bedrijfscultuur waarin verpleegkundigen de bepalende factor zijn en veel meer verantwoordelijkheden hebben dan in Nederland. Om de positie van de zorgprofessional binnen de zorginstelling in Nederland te verbeteren, voert V&VN met subsidie van VWS het programma *Excellente Zorg* uit. Kenmerken van Excellente Zorg zijn het werken met vakbekwame collega's, een goede relatie tussen medisch, verplegend en verzorgend personeel, autonomie, support van de directe leidinggevenden, zeggenschap over de beroepsuitoefening, opleidingsmogelijkheden, voldoende personeel en een patiëntgerichte zorgcultuur. Dat vraagt niet alleen een cultuuromslag van zorginstellingen, maar ook van de professionals zelf.
Een voorbeeld van een project in het kader van *Excellente Zorg* is de interne rekrutering door het Delta Psychiatrisch Centrum in Zuid-Holland van vijftig 'gangmakers'. Dit zijn verpleegkundigen en verzorgenden die zelf issues en verbeterpunten identificeren en die ook zelf aanpakken. Ze worden getraind om anders te denken en krijgen de ruimte om te innoveren. Op deze manier ervaren ze meer autonomie en wordt de kwaliteit van het werk en de zorg verbeterd. Het resultaat is een herleefd enthousiasme en passie bij de werknemers.[2]
De komende jaren krijgt het programma *Excellente Zorg* van VWS subsidie voor de doorontwikkeling ervan. Doelstelling blijft dat zorginstellingen de zorgprofessional meer ruimte en verantwoordelijkheid geven voor een goede zorgverlening en daarmee de noodzakelijke cultuuromslag realiseren.

Meer ruimte voor de professional is ook een van de onderdelen van het programma *In voor Zorg,* een initiatief van het ministerie van VWS en kenniscentrum langdurige zorg Vilans. Met dit programma zijn inmiddels meer dan 150 instellingen in de langdurige zorg in staat gesteld om met externe ondersteuning interne veranderingsprocessen in gang te zetten. Een voorbeeld zijn de TVO-bijeenkomsten ('Tijd Voor Onszelf), die Interzorg Noord Nederland met steun van In voor Zorg heeft ingevoerd. Tijdens deze bijeenkomsten, waarvoor structureel ruimte is gecreëerd, praten zorgprofessionals onderling (zonder leidinggevenden) over het dagelijkse werk. Het resultaat is dat de dienstverlening richting bewoners beter is geworden, medewerkers meer zelfvertrouwen hebben gekregen en

[1] A. Vermeer en B. Wenting (2012). *Zelfsturende teams in de praktijk.*

[2] Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals*; NIGZ (2011). *Towards sustainable employability in health care: An overview of 'good practices' in the Netherlands.*

de sfeer is verbeterd.[1] VWS zet (de investeringen in) het programma *In voor Zorg* de komende jaren voort.[2]

Overigens betekenen de hierboven beschreven oplossingsrichtingen (leven lang leren, zelfsturing/autonomie, verbetering van de positie van de zorgprofessional) niet alleen ontplooiingsmogelijkheden voor de werknemers. Zij dragen eveneens bij aan verhoging van de efficiency in de sector.

Duurzaam inzetbaarheidsbeleid

Duurzaam inzetbaarheidsbeleid is te definiëren als het geheel aan beleidsmaatregelen binnen een organisatie gericht op het optimaal inzetbaar houden van medewerkers gedurende hun gehele arbeidscarrière. Een succesvol duurzaam inzetbaarheidsbeleid is gestoeld op vier pijlers: organisatiecultuur, vitaliteit werknemers, arbeidssituatie en loopbaan.[3]

Veel instellingen in zorg en WJK ontwikkelen duurzaam inzetbaarheidsbeleid:

- In de ziekenhuiszorg is de ene instelling er verder mee dan de andere. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis voert bijvoorbeeld actief beleid op dit gebied. Maatregelen variëren van informatiebijeenkomsten voor oudere medewerkers via functieaanpassingen tot scholing van leidinggevenden. Het beleid mikt vooral op de langere termijn. Het Maasstad Ziekenhuis zorgt voor een brede inzetbaarheid van werknemers, ook van specialisten. Daarmee wil men het risico van fuikwerking zoveel mogelijk voorkomen.
- Onderzoek in de gehandicaptenzorg laat zien dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid in deze branche nog in de kinderschoenen staat, maar wel steeds meer aandacht krijgt.[4]
- Voor de WJK-branches komt uit onderzoek van FCB het volgende beeld naar voren:
  - Definities als 'vitaliteit', 'inzetbaarheid' en 'vitale organisatie' worden door de organisaties herkend.
  - Organisaties hebben in het algemeen een aanspreekpunt voor vitaliteit en inzetbaarheid.
  - Van de organisaties heeft 80 procent een positieve attitude in relatie tot vitaliteit en inzetbaarheid.
  - Twee derde van de organisaties heeft aandacht voor vitaliteit en inzetbaarheid - het merendeel echter op adhocbasis.
  - Van de organisaties zegt 83 procent de komende twee jaar aan de slag te willen met vitaliteit en inzetbaarheid.
  - Langer doorwerken tot 65 jaar wordt door 31 procent positief bejegend.[5]

Verantwoordelijk voor duurzaam inzetbaarheidsbeleid zijn primair de instellingen. Sociale partners en overheid spelen vooral een rol in randvoorwaardelijke

[1] Invoorzorg.nl.

[2] Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals;* invoorzorg.nl.

[3] Astri (2009). *Duurzaam doorwerken in de Limburgse zorgsector. Overkoepelende rapportage van de stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid bij Limburgse zorgorganisaties.*

[4] Astri (2011). *Duurzame inzetbaarheid in de gehandicaptenzorg. Inventarisatie van beleid, activiteiten en ondersteuningsbehoefte.*

[5] FCB (2011). *Vitaliteit en inzetbaarheid.*

sfeer. Het ministerie van SZW financiert projecten op dit gebied bij individuele werkgevers op basis van een vernieuwde ESF-regeling.[1] Daarnaast ondersteunt het ministerie van VWS verschillende projecten die specifiek gericht zijn op verbetering van de inzetbaarheid van zorgmedewerkers. Hiervoor is jaarlijks € 1 miljoen beschikbaar.[2]

Belangrijk hulpmiddel voor (het invullen van) duurzaam inzetbaarheidsbeleid is de *Work Ability Index* (WAI), een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst die het werkvermogen van werknemers in hun huidige functie meet. Het werkvermogen geeft aan hoe goed werknemers lichamelijk en geestelijk in staat zijn hun werk te doen, nu en in de toekomst. Uit onderzoek van Arbo Unie onder in totaal ruim 22.000 werknemers blijkt dat werknemers in zorg en WJK op de WAI slechter scoren (19 procent matig/slecht) dan het gemiddelde voor alle sectoren samen (13 procent matig/slecht). Dat is slechts deels te verklaren door de leeftijd van de werknemers.[3]

Verlaging van de belasting en investeren in een goed werkklimaat zijn van belang om oud én jong te behouden voor zorg en WJK. Voor het behoud van de oudere werknemer is daarnaast maatwerk nodig. Daarbij gaat het onder meer om:
- aandacht voor loopbanen van 50-plussers;
- meer keuze in de werktijden: regelmatiger werken, minder nachtdiensten;
- mogelijkheden om taken aan te passen;
- proactieve gesprekken over de gezondheid van de werknemer.[4]

Vermelding in dit verband verdient verder dat in diverse zorg-cao's de zogenoemde vergrijzingsdagen in een levensfasebudget zijn omgezet. Het gespaarde budget is bijvoorbeeld in te zetten voor werkdrukverlichting aan het einde van de loopbaan. Vanwege de over de loopbaan gespreide opbouw brengt het voor werkgevers geen hogere loonkosten met zich mee.

Diversiteitsbeleid

Zowel in vergelijking met de beroepsbevolking als met het cliëntenbestand zijn allochtone werknemers in zorg en WJK nog steeds ondervertegenwoordigd. Vooral Turken en Marokkanen werken weinig in de sector. Surinamers en Antillianen zijn naar verhouding beter vertegenwoordigd. Wat branches betreft, geldt de ondervertegenwoordiging het sterkst in de ziekenhuiszorg; in de VVT en de kinderopvang zijn naar verhouding juist veel allochtonen werkzaam. Balieberoepen, zoals dokters-, apothekers- en tandartsassistenten, zijn onder allochtonen vanwege de status (ze staan dichter bij de arts) populairder dan de 'echte' zorgberoepen. In branches als de GGZ en jeugdzorg hangt de ondervertegenwoordiging deels ook samen met het feit dat er in deze branches weinig vraag is op de lagere opleidingsniveaus. GGZ Nederland meldt in dit verband verder dat een goede

[1] Hiervoor is tot en met eind december 2012 - voor alle sectoren samen, dus niet alleen zorg en WJK - maximaal € 24 miljoen beschikbaar.

[2] Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals.*

[3] Blikopwerk.nl/work-ability-index; Artikel 'Werknemers binnen overheid relatief beste werkvermogen', OP: *arbounie.nl*, 31 maart 2011.

[4] NIVEL (2011). *Tot je pensioen werken in de zorg. Wensen van werknemers in de verpleging en verzorging ten aanzien van ouderenbeleid van werkgevers*; Artikel 'Panel V&V. 50-plussers in de zorg: loopbaanbegeleiding en maatwerk', IN: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2011*, nr. 5.

afspiegeling ook moeilijk is, gezien het brede scala aan landen van herkomst waarmee men in het cliëntenbestand te maken heeft.

Behoud van jonge professionals

Naast meer specifiek beleid gericht op het voorkomen van uitstroom is ook nog vermeldenswaardig dat de regionale werkgeversverbanden hebben onderkend dat er teveel jonge professionals na korte tijd uit de sector stromen. Ze zijn bezig met pilots om deze uitstroom te beperken.

In het programma *Een Intercultureel Fundament* werken brancheorganisaties Actiz en VGN samen aan het versterken van de culturele sensitiviteit in zorgorganisaties, met als doel het bereiken, binden en behouden van zowel cliënten als medewerkers uit allochtone bevolkingsgroepen. De tien deelprojecten van dit programma bieden instellingen een palet aan concrete ondersteuningsmogelijkheden en instrumenten op het gebied van interculturalisatie. Een aantal van deze deelprojecten is specifiek gericht op de Raden van Bestuur, het middle management en de medewerkers, zoals het leernetwerk, master- en topclasses, maatschappelijke businesscases, een intercultureel competentieprofiel en e-learningmodulen.[1]

Sommige eerdere, vaak grootschalige projecten specifiek gericht op het werven van allochtone werknemers waren weinig succesvol. Er zijn echter ook kleinschalige succesvolle projecten. Een voorbeeld is het opleiden en vervolgens inzetten van zestig gediplomeerde allochtone zorghulpen door Zorgpartners in Gouda en omstreken. Belangrijke succesfactor hier was de slimme inzet van budgetten.[2] Amarant zet momenteel werknemers van allochtone herkomst als ambassadeur in. Zij werven nieuwe medewerkers binnen hun eigen familie- en kennissenkring.

3.5 Oplossingen op het gebied van de inzet van reserves

Bij de inschakeling van reserves is een rol weggelegd voor de reeds genoemde dertig *Servicepunten Zorg en Welzijn* in de UWV-regio's. Deze willen zich ontwikkelen tot brede mobiliteitscentra, maar richten zich momenteel voor een belangrijk deel op de instroom van werkzoekenden en zij-instromers op de arbeidsmarkt in zorg en WJK.

[1] Dit programma wordt mede mogelijk gemaakt door de EU en de ministeries van VWS, BZK en OCW. Zie: Actiz.nl; vgn.nl; Artikel 'Gehandicaptenzorg is nog te wit', OP: *tijdschriftmarkant.nl*, mei 2012.

[2] Elementen van de opleiding waren empowerment, werken in Nederland, communicatie op de werkvloer en vakopleiding. Omdat voor deze activiteiten verschillende subsidieregelingen gelden, is het project 'opgeknipt' in diverse onderdelen (per subsidieregeling passend gemaakt. Zie: H. Hoes (2012). 'Dankzij slimme inzet budgetten. Meer allochtone vrouwen aan de slag in de zorg', IN: *Sociaal Bestek*, februari 2012.

Hoofdthema's	*Specifieke thema's*
Inschakelen bekende reserves	Inschakelen van bij UWV ingeschreven werklozen, gedeeltelijk AO'ers en WSW'ers
Aantrekken overige werkzoekenden	Aantrekken 'sectorale spijtoptanten'
	Aantrekken zij-instromers zonder zorg en WJK achtergrond
	Aantrekken grenspendelaars
	Aantrekken arbeidsmigranten
Mobiliseren stille reserves	Mobiliseren nug'ers met zorg en WJK achtergrond

3.5.1 Inschakelen van bekende reserves

Hierbij gaat het om werklozen en arbeidsgehandicapten/Wajongers en om WSW-ers.

Het UWV is de belangrijkste stakeholder voor bemiddeling van werklozen en arbeidsgehandicapten. De bestanden van het UWV bevatten met name lager opgeleiden tot en met mbo-niveau 2 in de richting zorg en WJK. Hoger opgeleiden in de richting zorg en WJK in de bestanden zijn ofwel kortdurend werkloos en daarmee bemiddelbaar door de Servicepunten, ofwel langdurig werkloos en dan vaak niet meer geschikt voor werk in de sector. Het UWV heeft in 2011 39.000 bij haar vestigingen ingeschreven werkzoekenden in de zorg geplaatst, waarvan 7.000 in tekortfuncties. Dit waren grotendeels personen die 'in between jobs' een uitkering genoten.

In juni 2011 is het *Sectorarrangement Zorg en Welzijn* afgesloten tussen het UWV WERKbedrijf en stichting RegioPlus. Dit sectorarrangement biedt kandidaten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt de mogelijkheid tot het behalen van een opleiding en aansluitend het verkrijgen van een baan in de sector zorg en WJK. Voor de sector betekent dit een extra instroom van gekwalificeerd personeel (niveau 3 of niveau 2 toe te leiden naar niveau 3). Bij de start van het sectorarrangement was het doel om binnen één jaar 2.000 werkzoekenden via een re-integratietraject toe te leiden naar banen in de sector zorg en WJK. In deze regeling behouden deelnemers hun uitkering zonder sollicitatieplicht en is per kandidaat € 4.000 beschikbaar, waarbij € 1.000 aan opleidingskosten door het UWV gedragen wordt en € 3.000 wordt vergoed aan werkgevers voor begeleiding.
Vanaf 1 januari 2012 heeft het sectorarrangement - in verband met de beëindiging van inzet van re-integratiemiddelen voor de WW-klantgroep - alleen nog betrekking op de Wajong en WIA-klantgroepen; dit betreft een aanzienlijk moeilijkere doelgroep dan WW'ers. Mede hierdoor is de doelstelling van 2.000 plaatsingen in één jaar tijd niet gehaald.[1] Met het wegvallen van de WW-klantgroep bleek het lastig om niveau 3-kandidaten dan wel niveau 2-kandidaten die zijn toe te leiden naar niveau 3, te selecteren uit de bestanden van het UWV. Voor het

[1] UWV liep in de uitvoering ook nog tegen enkele andere praktische problemen op. Zo was de ontsluiting van de UWV-bestanden van arbeidsgehandicapten suboptimaal en ontbraken er goede matchingsinstrumenten. Daarnaast denken volgens UWV werkgevers met betrekking tot nieuwe instroom meestal nog in klasjes. Het tegelijk werven/aanbieden van een twintigtal kandidaten lukt niet altijd.

plaatsen van kandidaten op lagere niveaus is de vraag vanuit werkgevers leidend. Omdat werkgevers vaak geen vacatures hebben die direct aansluiten op de Wajong- en WIA-klantgroepen is het lastig om deze kandidaten te plaatsen. Werkgevers zijn hierop ingesprongen door plaatsen voor deze klantgroepen te creëren, breder dan alleen zorgverlenende functies. De arbeidsreserve waarover het UWV beschikt, blijft immers interessant voor de werkgevers in zorg en WJK. Medio 2012 waren er 150 plaatsingen gerealiseerd, waaronder 120 WW'ers en 30 arbeidsgehandicapten.

Behalve het *Sectorarrangement Zorg en Welzijn* tussen RegioPlus en het UWV is er sinds 26 april 2012 een convenant tussen GGZ Nederland en het UWV. Daarin werken beide organisaties samen om de arbeidsparticipatie van mensen met psychische stoornissen te bevorderen, waardoor zij betaald werk kunnen doen of kunnen blijven verrichten.[1]

Naast opscholing van werkzoekenden op niveau 2 tot niveau 3 zijn er ook andere mogelijkheden om bekende reserves in te zetten op de arbeidsmarkt in zorg en WJK:

- Het door *job carving* creëren van functies voor lager opgeleiden;zie ook verderop.
- Actiz inventariseert momenteel de mogelijkheden om - in navolging van de techniek- een *Zorgwerkschool,* een door het voortgezet speciaal onderwijs (VSO) en de branche te ontwikkelen speciaal programma voor leerwerktrajecten in zorg voor jongeren uit het VSO, op te zetten.
- Het inzetten van *ervaringsdeskundigen* in de GGZ, bijvoorbeeld in de verslavingszorg en met name in een coachende rol.
- Vormen van *social return* bij aanbestedingen. De gemeente Rotterdam heeft bijvoorbeeld bij de lopende aanbesteding van de thuiszorg de eis gesteld dat thuiszorgorganisaties tien procent van hun loonsom uittrekken om uitkeringsgerechtigden in dienst te nemen.[2]

Neveneffect van deze oplossingsrichtingen kan volgens Abvakabo FNV beroepsdevaluatie zijn: het beeld dat iedereen het werk in zorg en WJK zo maar kan doen.

Het inzetten van reserves in zorg en welzijn kent verschillende knelpunten:

- Het pilotproject *Regionale Inventarisatie Zorg Arbeidsmarkt (RIZA)* - een initiatief van RegioPlus, SIGRA en CAOP met subsidie van VWS - laat zien dat instroomprojecten in zorg vaak te aanbodgericht zijn. De initiatieven lopen vaak tegen dezelfde knelpunten aan, er is nauwelijks overzicht van activiteiten in een regio en de onderlinge kennisdeling is minimaal.[3] Uit de voor dit rapport gevoerde expertinterviews komt naar voren dat UWV in andere gevallen juist

[1] In het convenant staan onder meer afspraken over het werkproces en over kennisoverdracht, zoals het opdoen van kennis over de regelgeving van UWV voor de GGZ-behandelaars en het vergroten van de kennis over (ernstige) psychiatrische aandoeningen bij verzekeringsartsen/arbeidsdeskundigen van UWV. Andere onderwerpen van het convenant zijn het verspreiden van best practices en behandelingen met het oog op behoud van werk of effectieve re-integratie. Zie: Artikel 'UWV en GGZ stimuleren arbeidsdeelname mensen met psychische aandoening', OP: *uwv.nl*, 16 april 2012.

[2] Artikel 'Rumoer over inzet werklozen Rotterdamse thuiszorg', OP: zorgvisie.nl, 15 augustus 2012.

[3] Artikel 'Instroominitiatieven in de zorg kunnen nog veel van elkaar leren', OP: *caop.nl*, 22 februari 2011.

weer teveel vraaggericht opereert. De kracht zou juist moeten zitten in de combinatie van beide perspectieven.
- Naar het oordeel van UWV stelt de sector zorg en WJK zich veel kritischer op richting groepen met een afstand tot de arbeidsmarkt dan andere sectoren. Zo staan - in tegenstelling tot veel andere sectoren - in de 'zorg en WJK'-cao's geen afspraken over het toeleiden van arbeidsgehandicapten die onder de WIA vallen. Dat heeft er trouwens mee te maken dat de beperkingen van de arbeidsgehandicapten hen vaak juist voor de sector zorg en welzijn ongeschikt maken. De cao's kennen wel afspraken over toeleiding van Wajongers, maar dat zijn in feite politieke afspraken, omdat het in de praktijk meestal niet lukt.
- UWV is ook van mening dat samenwerking/afstemming met (de werkgeversverbanden in) de sector zorg en WJK op regionaal niveau voor verbetering vatbaar is. Wel verschillen de regio's op dit punt.
- Bezuinigingen op re-integratiemiddelen voor UWV en gemeenten vormen een belangrijke belemmering.
- Er zijn op dit moment nog maar weinig projecten gericht op toeleiding van bijstandscliënten naar lager geschoolde functies in zorg. CNV merkt op dat dergelijke projecten in het verleden meestal niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd. Met name motivatie vormde vaak een probleem.

3.5.2 Aantrekken van overige werkzoekenden

Zij-instromers

Voor aantrekken van zij-instromers - met name in specialistische beroepen - is het eerst en vooral nodig te weten waar deze zich bevinden. Dat betekent dat voor de werving vooral netwerken en inzet op sociale media belangrijke instrumenten zijn.
Onder de zij-instromers zijn verschillende groepen aan te treffen; ten eerste zijn dat 'sectorale spijtoptanten': mensen met een opleiding in zorg en WJK die in een andere sector werkzaam zijn, maar mogelijk alsnog zijn te porren om in zorg en WJK terug te keren. PGGM voert momenteel een grootschalige enquête uit onder voormalige deelnemers aan het pensioenfonds die zijn uitgestroomd. Vragen zijn waar men nu zit en wat ervoor nodig is om terug te keren.
Vervolgens is er een groep zonder 'zorg en WJK'-opleiding die een carrièreswitch wil maken. Daarbij speelt regelmatig dreigend ontslag. Voorwaarde voor succesvolle zij-instroom van deze groep is wel dat men een zekere affiniteit heeft met zorg en WJK.
Het inzetten van de eerste groep vraagt in veel gevallen om bijscholing. Voor de tweede groep is omscholing nodig. In beide gevallen lijken vooral bbl en duale hbo-routes en/of de in paragraaf 4.4.2 genoemde specifiek op werkenden toegespitste onderwijsvormen het meest aangewezen.

Voorbeeld van succesvolle zij-instroomprojecten in zorg en WJK zijn onder meer de volgende:
- Pluryn, een instelling voor gehandicaptenzorg met vestigingen in Gelderland, Noord-Limburg en Noordoost-Brabant, heeft na bij- en omscholing boventallige postbezorgers en -sorteerders van TNT overgenomen. Het ging om 35-plussers met ervaring.
- De Zorgacademies Zeeland en Limburg verzorgen zij-instroom vanuit andere sectoren en leveren de benodigde extra begeleiding.
- Samen met McKinsey en Randstad heeft PGGM in een project in de ouderenzorg het zogenoemde Investments concept ontwikkeld. Om de zij-instroom te versnellen gaat de aandacht uit naar het dichten van het financiële gat in de

vorm van kosten van de opleiding, overbrugging van de periode dat men in opleiding is etc.

Bij zij-instroom gaat het vaak om 40-plussers. Dit heeft zowel voor- als nadelen:
- Voordeel is dat ouderen een flinke dosis werk- en levenservaring meebrengen. Dit is zeker in een sector als zorg en WJK een pre.
- Belemmering is wel soms dat de meeste werkgevers in zorg en WJK al veel ouderen in dienst hebben.
- Zij-instromers zijn in het algemeen minder te 'kneden' dan jongeren die net van school komen.
- Financiële belemmeringen in de vorm van loonverschillen en/of een pensioenbreuk kunnen zij-instroom van ouderen vanuit een andere sector in zorg en WJK in de weg staan.

Verder is voor deze groep flexibele instroom van belang. Voor potentiële zij-instromers kan het een belemmering zijn als men niet snel met de opleiding kan beginnen.

Grenspendelaars

Binnenlandse pendel levert voor tekorten op de arbeidsmarkt in zorg en WJK in Nederland als geheel ook niets op. Voor werkenden in zorg en WJK is het over een langere afstand pendelen vaak ook geen optie.
Grenspendel vanuit België en Duitsland is wel een relevante oplossingsrichting. Van belang daarbij is een betere aansluiting van de transportinfrastructuur en het wegnemen van barrières in onderwijs, taal, administratieve regelgeving, fiscale aspecten, cultuurverschillen et cetera. In dit verband is te wijzen op 'Future proof for cure and care', een Euregionaal arbeidsmarktproject waarin 27 partijen uit de Euregio Maas-Rijn, Vlaams, Waals en Duits België en de regio Aken participeren.[1] Belangrijke doelstelling van het project is om vanuit een gezamenlijke arbeidsmarktproblematiek binnen de zorgsector samenwerkingsverbanden tussen de diverse partijen tot stand te brengen en kennis en ervaring te delen.[2]

Arbeidsmigranten

Op dit moment worden arbeidsmigranten in zorg en WJK nog weinig ingezet. Daar zitten voor deze sector ook de nodige haken en ogen aan. Taal en cultuur kunnen een belemmering vormen voor een goede communicatie met patiënten en voor beroepsgroepen als OK-assistenten, IC-verpleegkundigen en dergelijke, zelfs voor de patiëntveiligheid.
Zo kwamen in 2011 uit een enquête onder leden van de landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) zorgelijke signalen over fouten in het werk van Indiase OK-assistenten naar voren. IGZ kon in de tien betrokken ziekenhuizen de fouten van de Indiase OK-assistenten echter niet vaststellen. Wel meldden de ziekenhuizen dat voor deze groep zeer intensieve leer- en begeleidingstrajecten

[1] Partners in het project namens Limburg zijn Zorg aan Zet, de Zorgacademie, Zuyd Hogeschool, Calibris, Parkstad Limburg en UWV.

[2] Hiervoor zijn zeven actielijnen gedefinieerd, waaronder het verkrijgen van inzicht in (de werking van) de arbeidsmarkt in de regio's, een gezamenlijke sensibilisatie naar een leven lang leren en het uitwerken van een Euregionale marketingcampagne. Ook gaan de partijen een kader ontwerpen waarbinnen Euregionaal afstemming en erkenning van EVC's kan plaatsvinden. Daarnaast wordt een Euregionaal aanbod van masterclasses ontwikkeld. Zie: Futureproofforcureandcare.eu.

nodig waren; het niveau was lager dan men verwacht had. Tevens was het nodig zeer veel aandacht te besteden aan taalvaardigheid en communicatie.[1] Dergelijke taal- en culturele barrières spelen bij werving in Zuid-Europese landen, zoals Spanje, veel minder een rol.[2] Daar komt bij dat Zuid-Europese jongeren door de hoge werkloosheid nauwelijks perspectief hebben en de motivatie om hierheen te komen groot is. Het Academisch Ziekenhuis Maastricht is daarom, na minder gunstige ervaringen met arbeidsmigranten uit de Filippijnen, medio 2011 begonnen met het werven van Spaanse verpleegkundigen; dit vooralsnog op experimentele basis. Deze verpleegkundigen volgen hier naast hun werk vervolgopleidingen voor specialistische functies.[3] Momenteel werpt ook de uitzendbranche zich op het werven van Zuid-Europese verpleegkundigen.[4]

3.5.3 Mobiliseren van stille reserves

Hoewel deze groep door de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen steeds kleiner wordt, is er nog steeds een aantal niet-uitkeringsgerechtigden met een 'zorg en WJK'-opleiding. NU'91 geeft aan dat men bij het benaderen van/communiceren met de groep potentiële herintreders vooral gebruikmaakt van bladen als Linda en Libelle. Van belang is verder dat zorg- en WJK-instellingen een uitnodigende, laagdrempelige indruk maken en rekening houden met wat de stille reserves willen in termen van deeltijdwerk en werktijden. Voor het inzetten van deze groep zijn veelal maatwerkopleidingen en begeleiding nodig.

3.6 Oplossingen op het gebied van de bedrijfsvoering

Hoofdthema's	*Specifieke thema's*
Optimaliseren arbeidsproductiviteit	Optimaliseren bestaande werkprocessen
	Verbetering functie-inhouden
	Technologische innovaties
Verhuizen van activiteiten	(Geografisch) verplaatsen van activiteiten
	Optimaliseren van taken in keten
	Afstoten van niet-corebusiness

[1] IGZ (2012). *Bevindingen en conclusies van het onderzoek naar de inzet van buitenlandse operatieassistenten in Nederlandse ziekenhuizen en de mogelijke gevolgen daarvan voor de patiëntveiligheid.*

[2] Dat voordeel geldt overigens ook voor Zuid-Afrikanen. Werving van deze groep is echter minder gewenst in verband met brain drain in het land van herkomst: men heeft het zorgpersoneel daar zelf hard nodig.

[3] Artikel 'AZM werft in Spanje personeel', IN: *De Limburger*, 8 juni 2011.

[4] Een voorbeeld is het arbeidsbemiddelingsbureau Trabare en Holanda. Dertig door dit bureau geworven gediplomeerde verpleegkundigen uit de provincie Madrid volgen op dit moment een stoomcursus Nederlands. Degenen die erin slagen de taal voldoende onder de knie te krijgen, krijgen dit najaar een baan aangeboden bij een grote zorginstelling met vestigingen in en buiten de Randstad. Zie: Artikel 'Spanjaarden naar Nederlandse zorgsector gelokt', OP: *zorgvisie.nl*, 10 augustus 2012.

3.6.1 Optimaliseren van de arbeidsproductiviteit

Optimaliseren van bestaande werkprocessen

Vermelding in dit verband verdient allereerst *lean management*, een methodiek die zich richt op het managen en verbeteren van processen door het elimineren van verspillingen en het reduceren van doorlooptijden. Een variant hierop is de Japanse '*lean en kaizen'*-filosofie, die door een toenemend aantal Nederlandse zorginstellingen (waaronder het St. Elizabeth ziekenhuis in Tilburg, VUmc in Amsterdam en Stichting Zorgbalans in Noord-Holland) wordt omarmd. Bij 'lean en kaizen draait het om het met de cliënt als uitgangspunt continu verbeteren van het werk, het vinden van oplossingen op de werkvloer en het direct uitvoeren daarvan.[1]

Bij het verminderen van verspillingen gaat het onder meer om:

- Het terugdringen van overhead door minder managementlagen (plattere organisatie) en/of een meer faciliterende rol van het management. Vooral de thuiszorg wint terrein op dit gebied.
- Het verminderen van regeldruk ofwel administratieve lasten. Relevant in dit verband zijn onder meer de volgende projecten:
  - Het *Experiment regelarme instellingen* van het ministerie van VWS van begin 2012 bestaat uit 28 praktijkvoorbeelden bij organisaties voor langdurige zorg. In het kader van het experiment werken de instellingen in zelf ontwikkelde pilots met minder en/of aangepaste regels, twee werken zelfs compleet regelvrij.[2]
  - In het kader van het project *Tijd voor de jeugd* uit 2011-2012 experimenteerden binnen 11 instellingen voor Jeugd- & Opvoedhulp 23 teams met het slimmer organiseren van hun zorg: minder administratieve last, meer clientcontact, reductie wacht- en doorlooptijden. De hierbij gebruikte zogenoemde Doorbraakmethode[3] was eerder succesvol toegepast binnen de gezondheidszorg, de bureaus jeugdzorg en de jeugd-ggz.[4]

De efficiëntie is verder te verhogen door:

- Andere inrichting van de ziekenhuiszorg: het idee is geopperd om ziekenhuizen niet te organiseren op basis van specifieke lichaamsdelen of aandoeningen, maar naar kortdurende, middellange en langdurige zorg. Dat zou meer flexibiliteit en efficiency opleveren.
- Kortere diensten: De VVT kent nu al kortere diensten rond spitsuren. Dat blijkt efficiencywinst op te leveren. Wel betekent het voor fulltimers dat ze soms meer dan vijf diensten per week moeten draaien.

Verbetering van functie-inhouden

Verbetering van functie-inhouden kan eveneens een bijdrage leveren aan het oplossen van personeelstekorten in zorg en WJK. Meer dan in andere sectoren is in zorg en WJK op dit gebied reeds een zekere cultuur ontstaan. Bij verbetering van

[1] Invoorzorg.nl; Artikel 'Efficiënte zorg op zijn Japans', IN: *De Volkskrant*, 19 mei 2012.

[2] Ministerie van VWS (2011). *Kamerbrief Arbeidsmarkt: vertrouwen in professionals.*

[3] Dit is een strategie om beschikbare kennis en goede voorbeelden versneld in te voeren in de praktijk. Het is een gestructureerde manier van werken, bestaande uit een combinatie van verschillende interventies om verbeteringen in de zorg te realiseren.

[4] Doorbraakindejeugdzorg.nl; Versnellingjeugdggz.nl; Tijdvoorjeugd.info.

functie-inhouden gaat het onder meer om taakherschikking, functiedifferentiatie en jobcarving.

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen.[1] Voorbeelden zijn verschuiving van taken van verzorgende naar helpende, van medisch specialist naar physician assistent, nurse practitioner of gespecialiseerd verpleegkundige, van gespecialiseerde arts naar generalistische arts[2] en van huisarts naar praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige. Enerzijds wordt door taakherschikking de zorg effectiever en efficiënter, anderzijds kan door een beter carrièreperspectief en nieuwe inhoudelijke uitdagingen meer personeel behouden blijven voor de zorg.[3]
In de GGZ worden steeds meer alleen als het echt nodig is psychiaters ingezet, in alle andere gevallen wordt een beroep gedaan op psychologen, psychotherapeuten of verpleegkundig specialisten. Aan de onderkant is in de GGZ steeds meer sprake van inzet van afdelingsassistenten op niveau 2. In deze branche is men ook bezig met nader onderzoek naar de mogelijkheden van taakherschikking.[4]
Met betrekking tot taakherschikking komen uit het onderzoek wel enkele knelpunten naar voren:

- Volgens NU91 zijn er dit moment nog te weinig nurse practitioners opgeleid. Hetzelfde geldt voor SEH-artsen.
- Onderzoek laat zien dat herschikking van taken van de huisarts naar de praktijkondersteuner niet altijd optimaal werkt. Sommige patiënten verkiezen voor eenvoudige verrichtingen en het geven van voorlichting toch de huisarts boven de praktijkondersteuner.[5]

Overigens is bijvoorbeeld in de thuiszorg en de GGZ momenteel ook een tegengestelde tendens zichtbaar, waarbij verpleegkundigen tevens taken op het gebied van persoonlijke verzorging e.d. verrichten. Het op deze wijze inzetten van verpleegkundigen zou volgens BTN ook lucratief zijn vanwege de hogere AWBZ-vergoeding.

Bij *functiedifferentiatie* ontstaan door het uitsplitsen van taken nieuwe functies. Formeel blijft de taak wel bij de oorspronkelijke beroepsbeoefenaar.[6] Zo kunnen bijvoorbeeld goede secretaresses administratief werk van verpleegkundigen overnemen en praktijkassistenten registratiewerkzaamheden van medici. Een ander voorbeeld is het binnen hun eigen competentiegebied voorschrijven van medicijnen door verpleegkundig specialisten. Sinds 1 januari 2012 is dit toegestaan.

[1] NZa (2012). *Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg.*

[2] Van bijvoorbeeld SEH-arts of - in de toekomst - ziekenhuisarts. In september 2012 start een nieuwe medische vervolgopleiding tot ziekenhuisarts. In drie jaar tijd worden basisartsen opgeleid tot artsen die in het ziekenhuis breed inzetbaar zijn. De nieuwe ziekenhuisarts wordt verantwoordelijk voor het hele behandeltraject. Dit in tegenstelling tot de medisch specialist, die zich richt op een specifiek lichaamsdeel.

[3] RVZ (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg;.* Ministerie van VWS (2011). *Kamerbrief Arbeidsmarkt: vertrouwen in professionals.*

[4] Conoggz.nl.

[5] S. van Dulmen en J. Noordman (2012). 'Taken POH en huisarts complementair?', IN: *Huisarts & Wetenschap*, jrg. 55, nr. 6, juni 2012.

[6] RVZ (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg.*

Een pilot op dit terrein op de afdelingen hematologie en gynaecologie van het VUmc is als succesvol ervaren. Verpleegkundig specialisten zien het als een verrijking van de werkzaamheden en voor de artsen betekent het een vermindering van de belasting.[1]

Jobcarving of functiecreatie gaat uit van de persoonlijke mogelijkheden van mensen met een fysieke, psychische of mentale beperking, zoals arbeidsgehandicapten en WSW'ers. Binnen het totaal aan werkzaamheden op een afdeling of in een organisatie zoekt men naar activiteiten die binnen het bereik vallen van deze groep. Jobcarving wordt vaak gecombineerd met intensieve jobcoaching.[2]
Jobcarving- en -coaching nemen een centrale positie in in de zogenoemde inclusieve arbeidsorganisatie.[3] Zorg is een ontvankelijke sector voor de inclusieve arbeidsorganisatie, gezien de personeelstekorten en de rijke variëteit aan taken, waaronder eenvoudige, ondersteunende taken.
Een succesvol voorbeeld is de inzet van Wajongers in het Slotervaartziekenhuis voor het opmaken van bedden en voor het opruimen, schoonmaken van toestellen en dergelijke in de revalidatie. Het eerste scheelt drie uur werk per dag voor verpleegkundigen.
Verder is te wijzen op een gezamenlijk project van AOVVT en het A&O Fonds in de sociale werkvoorziening SBCM in de VVT. Daarin wordt in pilots in drie verpleeg- en/of verzorgingshuizen, in samenwerking met het lokale SW-bedrijf en onder begeleiding van externe deskundigen, de methodiek van functiecreatie uitgewerkt, toegepast en getest.[4] CNV merkt op dat succes van de inclusieve organisatie staat of valt met de cultuur binnen de instelling: het moet gedragen worden door management en personeel.
Aan taakherschikking, functiedifferentiatie en jobcarving kunnen ook nadelen zitten. Zo is er bijvoorbeeld het risico dat cliënten voortdurend andere medewerkers zien.

Technologische innovaties

Naast een slimmere organisatie van de werkzaamheden is arbeid te besparen door de inzet van technologie. Dat is overigens niet per definitie het geval. Vaak zijn technologische innovaties in de eerste plaats gericht op verhoging van de kwaliteit van de zorg. Arbeidsbesparing vormt daarbij vaak maar niet altijd een plezierige bijkomstigheid.

[1] Artikel 'Zelf medicijnen voorschrijven', IN: *Tracer,* 9 augustus 2012.

[2] De coaching kent een eerste lijn (begeleiding door directe collega's) en een tweede lijn (begeleiding door speciaal aangestelde interne dan wel externe functionarissen). Zie ook: interventiesnaarwerk.nl.

[3] Een inclusieve arbeidsorganisatie is een organisatie die iedereen in staat stelt naar vermogen bij te dragen aan het bedrijfsresultaat. In de kern gaat het om een herontwerp van werkprocessen. Het transitietraject bestaat in grote lijnen uit: 1) observatie; 2) inclusieve arbeidsanalyse; 3) beargumenteren/valideren; 4) aansluiting zoeken bij werkgever die voordelen ziet van het inzetten van (mensen met een beperking. Zie: F. Nijhuis, H. Mulders en F. Zijlstra (2011). 'Inclusief herontwerp van werkprocessen', IN: *Aan de slag,* 1/2-2011.

[4] Aovvt.nl.

Technologische innovaties betreffen onder meer vernieuwingen op het terrein van:

- 'Slimme' bouw en (her)inrichting van zorginstellingen.
- Medische technologie, apparatuur, behandelmethoden en medicatie.
- Arbeidsverlichtende en -besparende apparatuur, zoals tilliften, transfermiddelen e.d., en hulpmiddelen. Een voorbeeld van het laatste zijn met een speciale vloeistof geïmpregneerde wegwerpwashandjes, waarmee cliënten zonder water zijn te wassen. Probleem volgens NU91 zou de acceptatie hiervan door zowel cliënten als zorgverleners zijn. Uit onderzoek van iCare en ZonMw komt echter naar voren dat cliënten dit verzorgend wassen als minder pijnlijk en minder inspannend ervaren dan gewoon wassen. De gemeten tijdsbesparing bedraagt negen minuten en daarmee bijna 40 procent op een wasbeurt.[1]
- Informatisering. Naast het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) gaat het onder meer om elektronisch voorschrijven en verstrekken van medicatie (ePrescription)[2] en elektronische overdracht van patiënten tussen cure en care (eOverdracht). Onderzoek toont aan dat eOverdracht aanzienlijke tijdwinst met zich meebrengt. Het gaat om zo'n 25 minuten per overdracht bij de zendende en 20 minuten per overdracht bij de ontvangende organisatie.[3]
- Overleg: eConference oftewel elektronisch vergaderen.
- Domotica: dit zijn hoogtechnologische aanpassingen in een woning, zoals het automatisch in- en uitschakelen van verwarming, verlichting of elektrische apparaten en systemen voor alarmering.
- Robotica: hierbij gaat het om operatierobots, servicerobots, 'knuffelrobots' zoals de zeehondrobot, en dergelijke.
- *E-health* is een verzamelnaam voor toepassingen van ICT - met name internettechnologie - ter ondersteuning van gezondheid en gezondheidszorg, zoals klinische en niet-klinische informatiesystemen, teleconsultatie, telezorg (zorg op afstand), zorgnetwerken en web 2.0-applicaties.[4] E-health ligt in het verlengde van zelfmanagement en staat mede daardoor hoog op de politieke agenda. Het potentieel van e-health in Nederland wordt, zeker in vergelijking met andere landen, nog onvoldoende benut.[5] Belemmeringen voor grootschalige invoering van e-health zitten vooral bij de instellingen, die het nog onvoldoende aantrekkelijk vinden om erin te investeren. Ook is er weerstand tegen veranderingsprocessen.[6] Onder zorgconsumenten bestaat over het algemeen een grote bereidheid en sterke wens om van e-health gebruik te maken. Men krijgt regie over eigen gezondheid; men kan gebruikmaken van diensten op tijdstippen die het beste uitkomen. Voor hoger opgeleiden geldt dat overigens sterker dan voor lager opgeleiden.[7]

[1] Artikel 'Cliënten omarmen Verzorgend Wassen', OP: *zonmw.nl*, 19 juli 2012.

[2] Nictiz (2011). *epSOS: ePrescription. Grensoverschrijdende communicatie van patiëntgegevens.*

[3] Artikel 'Aanzienlijke besparingen care en cure met eOverdracht', OP: *nictiz.nl*, 11 mei 2012.

[4] Een variant van E-health is M-health. Daarin ligt de nadruk op mobiele technologie (zoals smartphones).

[5] KPMG (2012). *Accelerating innovation: the power of the crowd. Global lessons in eHealth Implementation.*

[6] APE (2012). *E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg?*

[7] Ernst & Young (2011). *Onderzoeksresultaten ICT Barometer over ICT en gezondheidszorg*); Artikel 'Patiënt wil digitale vooruitgang ziekenhuizen', OP: *zorgvisie.nl,* 5 oktober 2011; F. Beenkens (2011). *Acceptance of e-Health Technology: a Patient Perspective.*

De arbeidsbesparende waarde van e-health blijkt onder meer uit de volgende evaluaties:

- Bij TeleDermatologie - een vorm van teleconsultatie - stellen huisartsen via internet vragen aan dermatologen, melden bijzonderheden over de patiënt en sturen digitale foto's van huidaandoeningen mee. Daarop volgt - eveneens via internet - een snelle reactie van de dermatologen. Uit de evaluatie van een pilot in Amsterdam blijkt dat van de patiënten die de huisarts aanvankelijk wilde doorverwijzen na het teleconsult bijna driekwart niet naar het ziekenhuis hoefde.[1]
- *Zorg op afstand* is zorg en begeleiding van cliënten via beeldschermcommunicatie. Tot nu toe is vooral ervaring opgedaan met zorg op afstand voor autochtone ouderen. In 2008 startte Cordaan in Amsterdam - met subsidie van VWS - een experiment met zorg op afstand voor vier 'nieuwe' doelgroepen: cliënten met een verstandelijke beperking, cliënten met geestelijke problematiek, Surinaamse ouderen en niet-Nederlandssprekende Turkse en Marokkaanse ouderen. Een evaluatie beoordeelt de aanpak als succesvol: er is sprake van meer maatwerk, een hogere mate van zelfredzaamheid, een groter gevoel van veiligheid bij cliënten en een grote tevredenheid onder medewerkers. Gekeken wordt nu of zorg op afstand ook is in te zetten voor andere specifieke doelgroepen, zoals jonge moeders met een beperking.[2]
- In de GGZ wordt internet onder meer ingezet om cliënten te informeren en/of hen interactieve therapie aan te bieden. Ook kunnen via internet zelftesten, lotgenotencontact en nazorg plaatsvinden. De toepassing van deze vormen van e-mental health groeit snel en de waardering door gebruikers is groot. Onderzoek van Netwerk Online Hulp toont dat het gebruik van online hulpsites voor informatie, advies en ondersteuning bij psychische, sociale of maatschappelijke problemen in drie jaar tijd meer dan verdrievoudigd is. Van de hulpvragers is 73 procent vrouw. Bezoekers beoordelen het contact met deze sites gemiddeld met een acht. Knelpunt is volgens Netwerk Online Hulp het ontbreken van een goede financieringsregeling. Het gevaar bestaat dat sites hierdoor aan hun eigen succes ten onder gaan en dat mensen daardoor noodgedwongen weer terugvallen op dure reguliere hulpverlening.[3] Onderzoek van iBMG toont dat 'e-mental health'-praktijken veel maatschappelijke winst opleveren: een grotere mate van zelfredzaamheid cliënten, efficiënter en effectiever werk door zorgprofessionals, betere informatie van cliënten, gelijkwaardiger relatie met de hulpverlener et cetera. Ook blijkt dat ze bijdragen aan een hogere levensverwachting. Voorwaarde is wel voldoende toespitsing van 'e-mental health'-praktijken op specifieke doelgroepen.[4] Online hulp moet vooral worden gezien als een aanvulling op reguliere kanalen. Het zal deze nooit volledig kunnen vervangen.

[1] J. van der Heyden (2011). 'Teledermatology applied following patient selection by general practitioner in daily practice improves efficiency and quality of care at lower costs', IN: *British Journal of Dermatology*, november 2011.

[2] UvA (2011). *Zorg op Afstand. Bestaande technieken voor nieuwe doelgroepen.*

[3] Het ministerie van VWS heeft voor 2012 voor anonieme hulp via internet twee miljoen euro uitgetrokken Volgens Netwerk Online Hulp is dat ontoereikend. Zie: Netwerk Online Hulp (2011). *Onderzoek naar gebruik online hulp.*

[4] iBMG (2012). *E-health: Face-to-facebook. Over e-Health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ.*

Het kabinet zet sterk in op het stimuleren van het gebruik van e-health. Om beter zicht te krijgen op het gebruik van e-health in Nederland is het ministerie van VWS een permanente monitor gestart. Tevens bekijkt men samen met NZa welke aanpassingen in regelgeving nodig zijn om het gebruik van e-health breder mogelijk te maken en te stimuleren. Daarnaast wordt 5 miljoen euro beschikbaar gemaakt voor het creëren en toepassen van standaarden op het gebied van e-health.[1] Bij dit alles wordt aangesloten bij de in juni 2012 vastgestelde gezamenlijke Nationale Implementatie Agenda (NIA) e-health van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), artsenfederatie KNMG en patiëntenorganisatie NPCF. Genoemde organisaties werken daarin samen om e-health breed geaccepteerd en geïmplementeerd te krijgen.[2]

Een stimulans voor technologische innovaties in zorg en WJK gaat uit van het Health Innovation Fund II. Met Coöperatie VGZ, ABN AMRO en Mediq als investeerders zal het fonds de komende jaren € 8 miljoen investeren in tien tot twaalf startende ondernemingen die nieuwe medische technologieën en behandelmethoden ontwikkelen, gericht op preventie, zorg en welzijn.[3] Een vergelijkbaar initiatief is het Holland Venture Zorg Innovatie Fonds (HVZI) van Holland Venture, zorgverzekeraar Menzis en enkele andere investeerders. Dit investeert acht miljoen euro in jonge innovatieve Nederlandse ondernemingen die actief zijn binnen de zorgsector en een aanzienlijke groeipotentie kennen.[4] Beide fondsen maken gebruik van de Technostartersregeling van het ministerie van EL&I.

3.6.2 Verhuizen van activiteiten

(Geografisch) verplaatsen van activiteiten

Concentratie van bepaalde specialismen/behandelingen/activiteiten op een beperkter aantal locaties draagt bij aan verhoging van de efficiëntie en werkt daarmee arbeidsbesparend. Probleem is dan soms wel dat in de ene regio veel specialistische zorgmedewerkers nodig zijn en in de andere niet. Dat kan in bepaalde regio's tot tekorten leiden, omdat zorgmedewerkers het liefst dicht bij huis werken. Ze zijn niet gauw bereid langer naar hun werk te reizen of zelfs te verhuizen. Voor cliënten betekent concentratie dat zij voor specialistische zorg verder moeten reizen. In het algemeen zijn zij daartoe wel bereid.

Optimaliseren van taken in de keten

Zorg zal in de toekomst meer in de buurt (moeten) plaatsvinden. Daarbij krijgen gezondheidscentra - waarin huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, tandartsen en andere zorgverleners samenwerken - een belangrijke rol. Zorg in de buurt betekent voor zorgmedewerkers werk dichterbij huis. Dat maakt voor hen het werk aantrekkelijker. Bij zorg in de buurt is *ketenzorg* - de integrale samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg in de eerste en tweede lijn, welzijn en wonen - een sleutelbegrip. Idealiter weten in dit concept de verschillende organisaties en professionals elkaar te vinden in een vloeiende lijn van

[1] Artikel 'Minister Schippers start permanente e-Health monitor', OP: *rijksoverheid.nl*, 7 juni 2012.

[2] KNMG, NPCF en ZN (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) e-Health.*

[3] Healthinnovations.nl.

[4] Artikel 'Holland Venture en Menzis stoppen acht miljoen in innovatie, OP: *zorgvisie.nl*, 12 juli 2012.

diagnostiek, behandeling, maar ook preventie en vroege opsporing. Daarbij staan de cliënt en zijn omgeving centraal en heeft de cliënt de regie zoveel mogelijk zelf in de hand. Onderzoek laat zien dat er bijvoorbeeld op het gebied van ketenzorg voor diabetici al de nodige stappen zijn gezet, maar nog ruimte is voor verbetering.[1] Zorg in de buurt en ketenzorg leiden tot een efficiëntere inzet van middelen en meer kwaliteit van zorg.[2] Daar staat het gevaar van vervaging tussen branches tegenover.

Afstoten van niet-corebusiness

Een voorbeeld hiervan is het *uitbesteden* van bepaalde schoonmaakwerkzaamheden die traditioneel bij de thuiszorg hoorden, aan bedrijven die onder de goedkopere schoonmaak-cao vallen.

[1] IGZ (2012). *Implementatie zorgstandaard Diabetes na vier jaar onvoldoende gevorderd. Meer bestuurskracht nodig van zorggroepen.*

[2] Invoorzorg.nl.

4 Oplossingsrichtingen voor personeelsoverschotten

4.1 Inleiding

De traditionele Arbeidsmarktcirkel, zoals gehanteerd in het vorige hoofdstuk, is primair gericht op (sectoren/branches met) personeelstekorten. Met name in de WJK-branches zijn de komende jaren als gevolg van de bezuinigingen echter eerder overschotten dan tekorten aan personeel te verwachten. Daarom gaat dit hoofdstuk in op mogelijke oplossingsrichtingen voor personeelsoverschotten. De personeelsoverschotten in de WJK zijn pas kort aan de hand. Bewezen effecten van de hier aangedragen concrete oplossingsrichtingen zijn er dan ook nog niet of nauwelijks.

Bij 81 procent van de instellingen in de zorg en 78 procent van die in de WJK was in 2011 inkrimping van het personeelsbestand (nog) geen thema waarop men actief beleid voert. Binnen de zorg zijn het met name instellingen in de ziekenhuiszorg met 36 procent en de gehandicaptenzorg met 27 procent die *wel* actief beleid voeren op dit gebied. Binnen de WJK scoort de jeugdzorg het hoogst met 29 procent.

Tabel 4.1 Maatregelen inkrimping personeel

	zorg (N=142)	*WJK (N=86)*
Niet vervangen bij natuurlijk verloop	91%	79%
Gedwongen ontslag	8%	27%
Outplacement	40%	31%
Vacaturestop	70%	68%
Niet verlengen tijdelijke contracten	77%	84%
Regeling voor werktijdverkorting	10%	12%
Overplaatsing personeel	64%	58%
Verkorten contractuele dienstomvang	34%	29%

Bron: Panteia (2011). Werkgeversenquête 1 Zorg en WJK 2011 (vestigingen).

Bovenstaande tabel laat zien dat instellingen die actief beleid voeren op inkrimping van het personeelsbestand in eerste instantie vooral inzetten op natuurlijke maatregelen, zoals niet vervangen bij natuurlijk verloop, vacaturestop, niet verlengen tijdelijke contracten en overplaatsing. Voor de overige onderscheiden maatregelen wordt minder vaak gekozen. Met name geldt dat voor werktijdverkorting en gedwongen ontslag.

Naast de maatregelen die in de werkgeversenquête aan de orde zijn gesteld, zijn nog andere oplossingsrichtingen denkbaar voor mogelijke personeelsoverschotten. Onderstaande tabel biedt een 'Omgekeerde Arbeidsmarktcirkel' met *theoretisch mogelijke* oplossingsrichtingen voor personeelsoverschotten. Het gaat hier om een 'universeel' theoretisch model, dat in principe toepasbaar is op alle sectoren, niet alleen zorg en WJK. Net als bij de traditionele Arbeidsmarktcirkel worden een algemene kern en vier kwadranten (onderwijs, werkenden, reserves en bedrijfsvoering) onderscheiden.

Tabel 4.2 De Omgekeerde Arbeidsmarktcirkel in tabelvorm (theoretisch model)

Niveau 1	*Niveau 2*	*Niveau 3*
Kern (Algemeen)	Randvoorwaarden	– Overleg en samenwerking (landelijk, regionaal, lokaal; overheid/onderwijs/instellingen) – Voldoende middelen – Gezamenlijke sectorale arbeidsmarktagenda – Disseminatie en mainstreaming van good practices – SPP op instellingsniveau
Kwadrant onderwijs	Beperken van de instroom in minder kansrijke opleidings-richtingen	– Goede/eerlijke voorlichting over arbeidsmarktkansen – Beperking van werving/instroom van buitenlandse studenten – Macrodoelmatigheidsbeleid (inkrimping minder kans-rijke opleidingen) – Numerus fixus voor minder kansrijke opleidingen – Differentiatie in collegegelden (hoger collegegeld voor minder kansrijke opleidingen)
	Vergroten van de instroom in/ doorstroom naar kansrijke op-leidingsrichtingen	– Verbreding van minder kansrijke opleidingen met elementen kansrijkere opleidingen – Bevorderen van doorstroom van minder naar meer kansrijke mbo-opleidingen – Bevorderen van doorstroom van minder kansrijke mbo 4-opleidingen naar kansrijke hbo-opleidingen
	Verbeteren van de begeleiding van studenten met matige arbeidsmarktkansen	– Begeleiding tijdens studie – Begeleiding tijdens stage – ('Warme') overdracht van gediplomeerden door scho-len aan partners arbeidsmarktbeleid
Kwadrant werkenden	Beperken van de instroom in arbeidsmarktsegmenten met matige vooruitzichten arbeids-vraag	– Minder aantrekkelijk maken van werk (aanpassing van arbeidsvoorwaarden, randvoorwaarden e.d.) – Flexibilisering (inzet van uitzendkrachten, zzp'ers) – Beperking van werving/instroom buitenlandse arbeidsmigranten

	Optimaliseren van de inzet van het zittend personeel	– Bijscholing/opscholing van werkenden
		  – Binnen instelling
		  – Binnen branche
		  – Binnen subsector
		  – Binnen sector
		– Aanpassen van arbeidsduur (korter werken)
		  – Verkorting van contractuele arbeidsduur
		  – Short-time work arrangements (werktijd-verkorting, deeltijd-ww e.d.)
		– Verbreding van inzetbaarheid van werknemers (binnen instelling, binnen branche/sector, buiten branche)

	Opvang van (tijdelijke) personeelsoverschotten	– Interne poolvorming (interne uitzendbureau, flex-pool, invalpool, 0-urenpool etc.) – Collegiale uitleen – Detachering – Externe poolvorming – Banenbehoud door zzp-status

Niveau 1	*Niveau 2*	*Niveau 3*
	Bevorderen van gewenste uitstroom	– Interne overplaatsing – Intrasectorale mobiliteit – Intersectorale mobiliteit (zij-uitstroom naar tekort-sectoren) – Omscholing van groepen die op termijn met ontslag bedreigd worden – VWNW-trajecten (al dan niet met omscholing en/of proefplaatsingen elders) – Bevorderen van vervroegde uittreding van ouderen – Sociale plannen – Vacaturestop – Afbouw flexibele schil (uitzendkrachten e.d.) – Niet verlengen van tijdelijke contracten – Niet vervangen bij natuurlijk verloop – Gedwongen ontslag (ultimum remedium)
Kwadrant reserves	Realloceren van bekende reserves	– Inzet van EVC-trajecten voor werklozen – Inzet van werkcoaches
	Realloceren van mobiele personen	– Bevorderen van uitgaande (grens)pendel naar tekort-regio's – Bevorderen van uitgaande arbeidsmigratie naar te-kortlanden – Integratie- en taaltrajecten voor arbeidsmigranten met kwalificaties
Kwadrant bedrijfsvoering	Verhuizen van activiteiten	– Verplaatsing van activiteiten naar tekortregio's – Verplaatsing van activiteiten naar tekortlanden
	Optimaliseren van de arbeids-productiviteit (beter benutten beschikbaar arbeidspotentieel)	– Aanpassen functie-inhouden (verbreding functie 'overschotpersoneel' met taken van 'tekortpersoneel')
	Uitbreiden van de (core-) business	– (Intensivering) acquisitie – Uitbreiding portfolio (aanvullende typen producten/ diensten/werkzaamheden) – Integratie van werkzaamheden met die in andere branches

Bron: Panteia/Research voor Beleid.

Hierna volgt een vulling van bovenstaand theoretisch model met concrete praktijkvoorbeelden uit zorg en WJK die uit de deskresearch en de expertinterviews naar voren zijn gekomen.

4.2 Algemeen

Bij de Omgekeerde Arbeidsmarktcirkel is de kern gereserveerd voor meer algemene oplossingsrichtingen in randvoorwaardelijke sfeer. Hier gaat het in principe om dezelfde (soort) randvoorwaarden voor adequaat arbeidsmarktbeleid als bij de traditionele Arbeidsmarktcirkel: overleg, voldoende middelen en een sectorale arbeidsmarktagenda.
Ook bij overschotten aan personeel is een breed palet aan arbeidsmarktmaatregelen mogelijk. Omdat nog de nodige ervaringen zijn op te doen, is het van belang deze goed te evalueren en good practice te verspreiden binnen de eigen branche en naar de rest van de sector zorg en welzijn.

Een strategische personeelsplanning die niet alleen een cijfermatige exercitie is, maar ook daadwerkelijk conclusies trekt voor het HR-beleid, kan ook in overschotsituaties een belangrijke basis voor een goede inzet van maatregelen zijn. Alleen wanneer er goed zicht is op de personele ontwikkeling, is een optimale en flexibele inzet van personeel mogelijk.

4.3 Kwadrant Onderwijs

Macrodoelmatigheid en numerus fixus

Het ministerie van OCW en SBB werken momenteel een programmalijn uit die is gericht op een doelmatiger aanbod van mbo-opleidingen, afgestemd op de vraag vanuit de arbeidsmarkt op regionaal niveau: de zogenoemde macrodoelmatigheid. In Amsterdam zijn gemeente en ROC's momenteel al bezig met een numerus fixus voor minder kansrijke opleidingsrichtingen op mbo-niveau. Bij deze oplossingsrichting past de kanttekening dat huidige overschotberoepen in de toekomst weer kunnen omslaan in tekortberoepen en vice versa. Het gevaar bestaat dat je dan weer te weinig studenten hebt.

Ombuiggesprekken

Het Albeda College in Rotterdam heeft in de zomer van 2012 door zogenoemde 'ombuiggesprekken' 600 leerlingen zo ver gekregen dat deze een andere - kansrijkere - studie zijn gaan doen dan waar ze zich eerder voor hadden ingeschreven. Veel van de leerlingen die in eerste instantie kozen voor de minder kansrijke sector welzijn, kozen uiteindelijk voor techniek. Een deel bleef bij welzijn, maar koos een opleiding gericht op een branche met meer perspectief op een baan, zoals de gehandicaptenzorg.[1]

Verbreding 'zorg en WJK'-opleidingen

VGN pleit voor brede basisopleidingen in zorg en WJK met als kop daarop een aantal differentiaties. Dat bevordert de flexibiliteit en mobiliteit op de arbeidsmarkt in zorg en WJK. Momenteel bestaat al de opleiding Medewerker Maatschappelijke Zorg (mbo niveau 3 en 4), die zowel relatief kansrijke verpleegkundige als relatief minder kansrijke sociaal agogische elementen in zich herbergt.

4.4 Kwadrant Werkenden

Interne poolvorming

In de zorgsector bestaat reeds een lange traditie van interne pools van werknemers. De benaming van dergelijke pools loopt uiteen: intern uitzendbureau, flexpool, invalpool, 0-urenpool et cetera. Het gaat hierbij veelal om oproepcontracten, al dan niet met een minimum aantal uren. In een klein aantal gevallen zitten er uitzendkrachten in de pools.[2] Binnen de WMD wordt nu gekeken of binnen de eigen cao ook mogelijkheden liggen. SWD (Delfzijl) doet dit namens organisaties in het noorden.

[1] Artikel 'Leerlingen Welzijn omgepraat naar andere studie', OP: *zorgwelzijn.nl*, 6 september 2012.

[2] Research voor Beleid (2012). *Jobfeed als meetinstrument voor vacatures in de sector zorg en WJK. Onderzoek naar kwaliteit en bruikbaarheid.*

Collegiale uitleen

Te wijzen is op de collegiale uitleen van personeel door de Coöperatieziekenhuizen. Meer in het bijzonder gaat het om het in de zomerperiode draaien van extra diensten bij collega-ziekenhuizen. In dit geval gaat het om diensten bovenop de contractueel vastgelegde arbeidsduur.[1] Te denken valt echter ook aan het door boventallig personeel verrichten van werkzaamheden bij collega-instellingen binnen de contractueel vastgelegde arbeidsduur. De WMD onderzoekt ook de mogelijkheden in deze sector.

Banenbehoud door zzp-status

UWV wijst op het praktijkvoorbeeld van LIV Vitaal. Recentelijk is diëtistennetwerk LIV in Sneek failliet gegaan. Vitaal heeft het klantenbestand van LIV overgenomen en de oud-medewerkers van LIV zoveel mogelijk als zzp'ers aan de nieuwe organisatie LIV Vitaal gebonden. UWV heeft dit gefaciliteerd door aan deze zzp'ers geen businessplan te vragen, maar ze direct in aanmerking te laten komen voor de zzp-regelingen van UWV.

Intrasectorale mobiliteit

Bij intrasectorale mobiliteit gaat het om arbeidsmobiliteit binnen of tussen de verschillende 'zorg en WJK'-branches. Enkele voorbeelden van initiatieven op dit gebied:

- Het Albert Schweitzer Ziekenhuis heeft een mobiliteitscentrum voor individuele gevallen. Daarin wordt samengewerkt met ziekenhuizen en andere zorginstellingen in de regio. Doel is herplaatsing van boventalligen in een ander ziekenhuis of als dat niet lukt hen ervaring te laten opdoen in andere zorgbranches.
- Met het oog op de personeelstekorten in de VVT heeft Actiz gesproken met onder meer Post.nl en Defensie, waar personeelsoverschotten zijn. Dat leverde weinig op: kandidaten trokken zichzelf terug of er was geen/moeilijk een match te maken. Nu speelt de overweging te kijken naar de branche WMD. Daar is gemakkelijker een match te maken. Vaak zijn dergelijke herplaatsingen volgens Actiz wel moeizame trajecten waar het nodige maatwerk aan te pas komt. Opleidingen en competenties verschillen sterk. Ervaring vanuit de Ondernemerskring Sociale sector Amsterdam (OSA) met de VVT-instelling Cordaan) is dat vertrouwen in de capaciteiten, gecombineerd met aanvullende scholing werkt. Positief is ook dat veel VVT-instellingen stageplaatsen voor langere duur willen aanbieden aan overstappers vanuit de WMD.
- Binnen de WJK lopen diverse gesprekken over de inrichting van mobiliteitscentra, bijvoorbeeld het Mobiliteitscentrum Rotterdam.
- GGZ-instelling Pro Persona voert binnen het regionaal werkgeversverband overleg hoe tot een oplossing te komen voor enerzijds de overschotten aan personeel in de GGZ en anderzijds de personeelstekorten in de thuiszorg. Op dit moment is sprake van bilaterale samenwerking met andere zorginstellingen, vooral gericht op oriëntatie. Ook hier zijn plannen voor een mobiliteitscentrum.

[1] Artikel 'Ziekenhuizen delen zorgprofessionals deze zomer', OP: nvz-ziekenhuizen.nl, 13 juni 2012.

- Analyse van de stromen tussen branches laat zien dat er veel overloop is tussen WMD en de gehandicaptenzorg. Men kan in beide branches met dezelfde opleiding terecht. FCB heeft loopbaanpaden gemaakt en gekeken naar oplossingen voor knelpunten.
- Regionaal werkgeversverband ZW Haaglanden en ROC Mondriaan spelen proactief in op enerzijds de overschotten aan personeel in de kinderopvang en anderzijds de personeelstekorten in de VVT. Gemotiveerde medewerkers uit de kinderopvang kunnen onder gunstige condities verkort worden omgeschoold tot verzorgende niveau 3.

Belemmerende factor in de overgang van personeel van WJK- naar zorgbranches is de houding van werknemers. Volgens Abvakabo FNV bestaat in de kinderopvang bij veel werknemers angst over te stappen naar een andere branche. BTN wijst op de afwachtende houding van WMD-personeel, waardoor omscholing van deze groep naar functies in de thuiszorg moeizaam verloopt. Dat kan ook te maken hebben met compleet andere werkzaamheden (uitvoering in plaats van regie voeren). Een rol hierbij speelt mogelijk ook het langetermijnperspectief: nu daalt de werkgelegenheid in WMD weliswaar, maar dat kan op termijn weer veranderen.

De tendens/het beleid van extramuralisering in de VVT en de GGZ leidt overigens ook tot vormen van intrasectorale arbeidsmobiliteit. Het vraagt om om/bijscholing van het zittend personeel, bijvoorbeeld van verpleging en verzorging naar thuiszorg. Volgens BTN is niet iedereen daar even gemakkelijk toe bereid/in staat.

Intersectorale mobiliteit

Ook op het gebied van intersectorale mobiliteit, arbeidsmobiliteit vanuit 'zorg en WJK'-branches naar andere sectoren, zijn er initiatieven:

- Regionaal werkgeversverband SIGRA neemt deel aan Mokumweb. Dit netwerk van verschillende zorginstellingen, de Hogeschool van Amsterdam, het Kadaster, het UWV, de Dienst Justitiële Inrichtingen, Sodexo en Bouwinvest opent de deuren voor elkaars medewerkers. Medewerkers kunnen op deze manier zelf hun mogelijkheden in andere sectoren verkennen. Daardoor krijgen ze zicht op een mogelijk toekomstig passende andere baan.[1]
- Het ministerie van V&J heeft met het oog op bevordering van de mobiliteit van boventallig personeel van de justitiële jeugdinrichtingen (JJI's) convenanten afgesloten met de reclassering, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en het UWV. Daarnaast heeft men met VWS afspraken gemaakt over de mobiliteit van JJI-medewerkers in relatie tot vacatures bij de (gesloten) jeugdzorg. In 2011 is een convenant afgesloten met Jeugdzorg Nederland om gegeven de krimp in beide sectoren, de kennis en kunde van medewerkers zoveel mogelijk te behouden voor de sector en daarbij actief kansen op lokaal niveau te gaan benutten.

Intersectorale mobiliteit vanuit zorg en WJK is - gezien de sectorspecificiteit van de beroepen en de daarvoor gevolgde opleidingen - geen sinecure. Voor laaggeschoolden is op dit moment sowieso weinig werk. Ook het inzetten van mensen met gespecialiseerde functies in andere sectoren is vaak lastig. Het vergt veel

[1] Sigra.nl.

opleidingsinspanning, energie en motivatie. Het is zaak bij intersectorale mobiliteit niet al te statisch om te gaan met potentieel arbeidsaanbod. Men moet niet alleen kijken naar kwalificaties maar ook en vooral naar competenties. Ook helpt het als gekeken wordt naar de mate van vakvolwassenheid. De competenties van de sociaal-cultureel en de jeugdzorgwerker zijn door de branches vastgesteld. Er loopt een pilot om hun EVC te beoordelen.

Ook de drijfveren waarom men voor een bepaald beroep heeft gekozen, blijken soms goed overeen te komen.

'Van werk naar werk'-trajecten (VWNW)

Voorbeelden van VWNW-trajecten zijn de volgende:

- Het ministerie van SZW heeft een VWNW-project van regionaal werkgeversverband ZW Haaglanden gecofinancierd. Dit project van januari 2011 tot februari 2012 richtte zich op boventallige werknemers in zorg en WJK met een zwakke positie op de arbeidsmarkt. Doelstelling was 60 VWNW-trajecten met een duur van zes maanden en als fasen: 1) oriëntatie, 2) loopbaanpad en 3) marktbewerking te realiseren. Bedoeling was uiteindelijk 30 deelnemers te herplaatsen in een baan passend bij hun wensen en mogelijkheden; dit bij voorkeur in de zorg. Daarnaast moest het project alle deelnemende werknemers een reëel beeld geven van hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Na een periode van in totaal 15 maanden heeft het project het beoogde aantal deelnemers dicht benaderd. Van de uiteindelijk 55 deelnemers hebben er 19 het traject afgerond. In totaal zijn 9 'van werk naar werk'-transities gerealiseerd. Van de deelnemers die nog in traject zijn (1) of waarvan de status van het traject onbekend is (35) zal een deel naar verwachting in 2012 alsnog de overgang maken naar ander werk.[1]
- OSA (zie ook boven) is een actief platform van samenwerkende maatschappelijk ondernemers uit de Amsterdamse sociale sector. Vanwege forse bezuinigingsaankondigingen in Amsterdam zijn de krachten gebundeld van betrokken WMD-organisaties binnen het OSA-verband. FCB is gevraagd welke mogelijkheden zij kan bieden om OSA te ondersteunen met instrumenten, kennis en ervaring. De nauwe samenwerking met de Amsterdamse partijen heeft geleid tot een mobiliteitspunt op de FCB-website. Op dit mobiliteitspunt staat een stappenplan waarmee medewerkers en P&O'ers kunnen werken aan een individueel 'van werk naar werk'-traject.[2]
- FCB heeft met het Stedelijke Jongerenwerk Amsterdam (SJA) gewerkt aan een dienstverleningsaanbod om de organisatie en de medewerkers te helpen bij het vinden van ander werk. Een verzameling instrumenten van FCB is gecombineerd ingezet. Geput is uit materiaal rondom employability, vitaliteit en inzetbaarheid, loopbaanbeleid en loopbaanpaden. Met medewerkers van SJA is in interactieve bijeenkomsten gewerkt aan de volgende activiteiten rondom 'van werk naar werk'-trajecten:
  - inzicht in loopbaan- en carrièremogelijkheden van medewerkers binnen en buiten de branche;
  - het in beeld brengen van de regionale arbeidsmarktsituatie per branche: functies, doelgroepen, andere branches;

[1] Capgemini Consulting (2012). *Evaluatie Experiment Van Werk Naar Werk. Tussenrapportage juni 2012.*

[2] Zie: Fcb.nl/osa; Stuurgroep FCB (2012). *Behoud van werkgelegenheid. Bijlage 2b.*

- de noodzaak tot de inzet van andere manieren van solliciteren, waarbij social media een bijzonder accent kregen;
- het (leren) gebruiken van elkaars netwerken en het structureren van de onderlinge informatie-uitwisseling;
- Het concretiseren van bovenstaande activiteiten door een blog op de FCB-website van SJA-medewerkers.[1]

4.5 Kwadrant Bedrijfsvoering

Verbreding functie overschotpersoneel met taken tekortpersoneel en integratie van werkzaamheden met die in andere branches

Hierbij gaat het om gecombineerde zorg/welzijnstaken en -activiteiten. Voorbeelden zijn:

- Het project 'Gezonde Wijk Overvecht' betreft een brede samenwerking tussen Cumulus Welzijn, Indigo (eerstelijns GGZ), Stichting Overvecht Gezond! (geïntegreerde eerste lijn), zorgorganisatie Careyn, gemeente Utrecht en Achmea. In het kader van het project zijn welzijnsmedewerkers van Cumulus gestationeerd bij een huisartsenpost, waar zij direct worden aangestuurd door de huisartsen. Daarnaast zijn binnen het samenwerkingsverband competenties opgesteld waaraan alle zorg- én WJK-professionals moeten voldoen. Het gaat bijvoorbeeld om met een generalistische blik kijken en handelen, kijken naar de vraag achter de vraag, een lange adem hebben en verbindend zijn. Het project is succesvol, mede door de korte lijnen.[2]
- In het project 'Welzijn op Recept' werken huisartsen van gezondheidscentrum De Roerdomp en het welzijnswerk in Nieuwegein samen. Door deel te nemen aan goede en aantrekkelijke welzijnsactiviteiten beantwoorden inwoners hun welzijnsvragen voor een belangrijk deel zelf. Welzijnsklachten belanden daardoor niet meer bij de huisarts. Voorheen zou het bij het betreffend gezondheidscentrum om een derde van alle consulten gaan. Door de extra activiteiten in het kader van het welzijnswerk wordt volgens de MO-Groep de huisartsenzorg aanzienlijk ontlast.
- Te noemen valt ten slotte ook het recente samengaan van SWA (breed welzijn) en Zorg in Amersfoort.

[1] Stuurgroep FCB (2012). *Behoud van werkgelegenheid. Bijlage 2b.*

[2] Artikel 'Zorg en welzijn, kansen voor de arbeidsmarkt', OP: *fcb.nl*, 3 juli 2012.

5 Slotbeschouwing

5.1 Analyse

Drie belangrijke trends

Op de arbeidsmarkt in zorg en WJK werden jarenlang tekorten aan personeel voorspeld. Hoewel er kort geleden sprake was van flinke knelpunten op het gebied van personeelsvoorziening, is er geen echte crisissituatie ontstaan. Op dit moment is het beeld totaal anders, zoals blijkt uit de drie belangrijkste trends die uit de analyse in dit rapport voortkomen:

1 Er zijn op dit moment slechts op enkele plaatsen tekorten aan personeel. Wel nemen die – bij ongewijzigd beleid - op termijn weer wat toe.
2 In een deel van de branches is sprake van overschotten aan personeel. Mede daardoor is er minder plek voor bepaalde groepen gediplomeerde schoolverlaters.
3 De eisen aan personeel nemen - door technologische ontwikkelingen, nieuwe zorgconcepten en nieuwe vragen van overheid en burger - toe. Daardoor is ook de inzet van hoger gekwalificeerd personeel nodig.

Op basis van deze trends trekken we als onderzoekers enkele conclusies over de richting van het arbeidsmarktbeleid in de komende jaren.

Nu weinig tekort aan personeel, maar dat komt wel weer

De arbeidsmarkt in zorg en WJK kent ten eerste op dit moment geen aanzienlijke tekorten aan personeel. Dit komt vooral omdat werknemers langer doorwerken; vervroegde uittrede is moeilijk gemaakt. Tevens dragen de vele arbeidsmarktmaatregelen van de sector in de afgelopen jaren bij aan een soepel werkende arbeidsmarkt. Ook de slecht draaiende economie verkleint personeelstekorten: meer jongeren en zij-instromers kiezen voor zorg en WJK. Tekorten zijn er landelijk alleen in zeer specifieke segmenten en in sommige regio's in de ouderenzorg.

Op termijn wordt de arbeidsmarkt in sommige segmenten krapper, zelfs bij een plausibel beleidsscenario waarin de budgetten niet sterk zullen stijgen. Wie nu langer moet doorwerken, gaat met een aantal jaren vertraging alsnog uitstromen naar pensioen. Tekorten ontstaan er vooral aan verzorgenden en in bepaalde functies op hbo-plus- en wo-niveau.

Groeiende personeelsoverschotten

Ten tweede is er sprake van toenemende overschotten aan werknemers, met name op de lagere kwalificatieniveaus en in de agogische beroepen. Overschotten aan zittend personeel in WJK en GGZ blijven in ieder geval de komende jaren om aandacht vragen. Er is geen werk voor recent afgestudeerden.

Meer vraag naar hoger gekwalificeerd personeel

Ten derde zijn er signalen van toenemende kwalitatieve discrepanties op de arbeidsmarkt. Dat heeft te maken met technologische ontwikkelingen, die deels zijn gericht op hogere kwaliteit van de zorg en deels arbeidsbesparend werken. Ook andere zorgconcepten leiden vaak tot vraag naar hoger gekwalificeerd personeel. Werkenden in de sector krijgen steeds vaker een regierol. Dit geldt vooral voor hbo-personeel. Dit leidt tot een toenemende vraag op hbo-niveau. Binnen

het mbo-segment verschuift de vraag naar boven. Voor de WJK en GGZ leiden nieuwe concepten van dienstverlening en zorg er toe dat er, terwijl er minder personeel nodig is, andere eisen aan personeel worden gesteld en er een professionaliseringsslag nodig is.
Gekwalificeerde medewerkers gaan vervolgens ook meer eisen stellen, in de vorm van meer autonomie, een kleinere afstand tussen management en werkvloer en betere carrièremogelijkheden.

5.2 Consequenties voor het arbeidsmarktbeleid

Als wij als onderzoekers naar het arbeidsmarktbeleid in zorg en welzijn kijken, dan denken wij niet dat de afwezigheid van de dreiging van enorme tekorten aan personeel betekent dat het arbeidsmarktbeleid helemaal moet worden omgegooid. Weliswaar zijn de verwachte tekorten minder groot dan de verwachtingen in eerdere jaren, maar dat komt juist ook door de brede inzet van HR-activiteiten. Het is zaak die overeind te houden en de effectiviteit ervan verder te vergroten, temeer daar in de toekomst ook de kwaliteit van het personeel en daarmee het gevraagde opleidingsniveau nog belangrijker wordt.
De minder eenduidige arbeidsmarkt vergroot voor individuele instellingen het belang van strategische personeelsplanning. Het is niet meer een situatie van het ene personeelstekort met het andere opvullen. Er zijn nu keuzes mogelijk. Het is zaak die te onderbouwen op basis van cijfers, een beargumenteerde vertaling te maken naar HR-beleid en dan naar arbeidsmarktbeleid op micro- en op regionaal niveau.

Meer in het bijzonder vragen de nieuwe en de te verwachten situatie op de arbeidsmarkt om aandacht voor:
- De ontgroening en de noodzaak hoog gekwalificeerde jongeren te laten instromen.
- Duurzame inzetbaarheid van personeel.
- Een heterogene arbeidsmarktsituatie: sommige branches groeien (hoewel soms minder dan eerder verwacht), andere branches krimpen.
- Overschotten aan lager opgeleid personeel.

Aan het eind van deze paragraaf gaan we ook nog even kort in op eventuele consequenties voor de financiering van het arbeidsmarktbeleid en op de - zeker in relatie tot de doelstelling van het onderzoeksprogramma AZW - belangrijke rol van evaluaties en verspreiding van good practices.

Voldoende goed gekwalificeerde instroom in de sector blijft belangrijk

De instroom van leerlingen in de sector blijft essentieel. De ontgroening lijkt met name gevolgen te hebben voor de instroom in het vmbo. Er zijn minder leerlingen waarvan bovendien een steeds groter deel kiest voor havo/vwo. Enerzijds sluit dat aan bij de veranderende arbeidsvraag: er zijn immers in zorg en WJK meer hbo(plus)- en wo-afgestudeerden nodig. Anderzijds steunt de sector nog steeds voor een belangrijk deel op mbo-opgeleiden, maar de instroom in het mbo neemt mogelijk af.
Vooral aan gediplomeerden verzorging niveau 3 en in wat mindere mate aan verpleegkunde niveau 4 dreigen tekorten te ontstaan. De meest voor de hand liggende oplossing is de studiekeuze te beïnvloeden. Dat kan door te stimuleren dat jongeren in de zorg- of in gecombineerde opleidingen terechtkomen en niet in de agogische opleidingen of ze te laten kiezen voor gecombineerde opleidingen. Op

dit gebied lopen de nodige initiatieven. Die slaan twee vliegen in één klap. Een verdergaande mogelijkheid is instelling van een numerus fixus voor mbo-opleidingen met minder kansen op een baan. Een dergelijke maatregel kan niet alleen verschuivingen van leerlingenstromen binnen de sectorrelevante opleidingen bevorderen, maar kan ook leerlingen doen kiezen voor de zorgopleidingen, die anders voor een heel andere opleiding zouden hebben gekozen.
Ten tweede biedt het stimuleren van zij-instroom (nog meer) kansen. Het gaat de eerstkomende jaren niet goed met de economie en de overheid krimpt. Er komt daardoor meer arbeidsaanbod beschikbaar dat een tweede keuze op de arbeidsmarkt moet maken. Kiezen voor een relatief zekere sector als de zorg ligt in economisch mindere tijden vaak voor de hand. Het is zaak te stimuleren dat er ook meer zij-instroom op gang komt naar niveau 4 en hbo-functies. Dat geldt zeker ook voor werkzoekenden die (nog) niet voor de zorg staan ingeschreven: een deel daarvan heeft mogelijk de competenties om in de sector aan het werk te gaan. Ze moeten alleen wel gevonden en bijgeschoold of opgeschoold worden.
Ten derde lijken onderwijs- en sectorrendementen verbeterd te kunnen worden. Voor de toekomstige knelpuntberoepen geldt vooral dat de uitval tijdens de opleiding nog te groot is. Het gaat niet alleen om het directe rendement: het is ook zaak het aantal jonge medewerkers te verkleinen dat binnen enkele jaren na afstuderen de sector weer verlaat. Mogelijk kan dat door aan hun vraag naar meer autonomie en carrièremogelijkheden tegemoet te komen. Het laatste hoeft niet kort na instroom: van belang is dat er op termijn wel perspectief kan worden geboden.

Accenten op duurzame inzetbaarheid en vitaliteit van medewerkers

Oplossingen voor tekorten aan verpleegkundigen, verzorgenden en bepaalde hbo+-functies liggen niet alleen in de werving besloten. Het behoud en de verdere opleiding van het zittend personeel vormen, zeker wanneer de eisen van zowel werkgever als werknemer toenemen, een net zo grote uitdaging. De opgeleide medewerker moet dan, net als de pas gediplomeerde jongere, daadwerkelijk de vruchten van de extra opleiding kunnen proeven door betere arbeidsvoorwaarden en/of een carrièrestap. De andere inrichting van zorg en WJK biedt daar zeker ruimte voor.
De oudere werknemer blijft een aandachtscategorie. Doorwerken tot 67 vraagt om nog meer aandacht voor de vitaliteit van de werknemer. Technologische hulpmiddelen (en het gebruik daarvan ook daadwerkelijk inbedden in de organisatie) kunnen daarbij helpen. Ook (vroege) aandacht voor interne mobiliteit van werknemers kan ervoor zorgen dat ze op verschillende functies inzetbaar zijn en tot het pensioen kunnen bijdragen aan de organisatiedoelen. Duurzaam inzetbare medewerkers hebben ook meer mogelijkheden en een betere arbeidsmarktpositie op het moment dat (in- of externe) mobiliteit noodzakelijk wordt in een organisatie.

Strategische visie op krimp en groei

Anders dan voorheen kent de sector een grote diversiteit van groei en krimp. Sommige branches en functiegroepen groeien, andere krimpen. Er zijn mogelijkheden om personeel van overschot- naar tekortbranches te geleiden, maar die moeten niet overschat worden. In de meeste gevallen is sprake van intensieve opleidingstrajecten die nodig zijn om in een specifieke sector aan de slag te kunnen. Ook sluit de werkcultuur van (de medewerker uit) de ene branche niet altijd aan bij de andere. Doorschuiven binnen één en dezelfde functie is vaak wel mo-

gelijk. Als bijvoorbeeld in de GGZ overschotten aan verpleegkundigen ontstaan, kunnen deze aan de slag in een tekortbranche als de VVT. Voor doorstroom van agogische functies naar zorgberoepen zal vaak (bij- of om)scholing nodig zijn. Dat geldt nog meer bij het starten van een nieuwe loopbaan buiten zorg en WJK. Instellingen hebben al langer ervaring met sociale plannen en 'van werk naar werk'-beleid. Anders dan voorheen gaat het nu echter om forse uitstroom uit bepaalde beroepen in bepaalde branches. Waar voor gekwalificeerd zorgpersoneel nog steeds geldt dat het meestal gemakkelijk een andere functie kan vinden wanneer men ontslagen wordt, geldt dat niet voor agogisch opgeleiden en niet- of laaggekwalificeerd personeel. Dat betekent dat 'van werk naar werk'-beleid anders aangevlogen moet worden. Personeel moet zijn weg vinden naar andere sectoren. Ook in die sectoren is vaak geen vraag naar lager opgeleiden. Om iemand daadwerkelijk elders te doen landen, is vaak scholing nodig. Dit vraagt bijvoorbeeld om gecombineerde scholingsarrangementen met andere sectoren.

Arbeidsmarktbeleid aan de onderkant van het functiegebouw

Het niveau van de werkgelegenheid van zorg en WJK schuift over het algemeen naar boven op. Er dreigen forse overschotten aan personeel op de lagere mbo-niveaus. Het is zaak op te scholen wie er op te scholen is, liefst naar tekortfuncties zoals verzorgende.
Voor een deel van het potentieel overcompleet personeel ligt de grens op niveau 2. Ook in andere sectoren zijn er vaak weinig kansen op een baan voor niveau 2-opgeleiden die de competenties ontberen verder te leren. Voor deze mensen dreigt dan werkloosheid en voor de samenleving de schadelast van een uitkering. Tegelijkertijd is er de roep om meer inzet van vrijwilligers en van mantelzorg. Dat kan leiden tot de situatie dat voor een bepaalde taak gekwalificeerde mensen thuis zitten met een uitkering, terwijl voor deze taak ongekwalificeerde personen deze taken gaan uitvoeren.
Een voor de sector gemotiveerde medewerker is vaak beter inzetbaar dan een vrijwilliger, die bovendien meer begeleiding nodig heeft. Ook is een gekwalificeerde medewerker (ook op niveau 2) vaak beter in staat in te schatten wat zijn of haar verantwoordelijkheid is. Hij of zij weet wanneer een hoger gekwalificeerde medewerker bij de zorgtaak moet worden betrokken.
De uitkeringslasten in combinatie met ontslagvergoedingen en de kosten van 'van werk naar werk'-beleid verschillen per saldo vaak niet veel van de salariskosten voor een laag gekwalificeerde medewerker. De vraag is of er arrangementen zijn te verzinnen die de werkgelegenheid voor deze kwetsbare groep van lager opgeleiden tegen voor de samenleving gelijk blijvende kosten in stand houden. Uiteraard gaat het hier om een vraag die verder gaat dan alleen de verantwoordelijkheid van partijen in zorg en welzijn.

Gevolgen voor de financiering van het arbeidsmarktbeleid

Een andere vraag is of het niet nodig is financieringsinstrumenten van het arbeidsmarktbeleid gerichter in te zetten. Ondersteuning van stagebegeleiding, bevordering van zij-instroom en regionaal op de werving gericht arbeidsmarktbeleid zijn vooral nodig voor die opleidingen, functies en regio's waar ook daadwerkelijk sprake is of zal zijn van tekorten. Daarentegen is het in andere segmenten van de arbeidsmarkt juist zaak meer financiële aandacht te schenken aan 'van werk naar werk'-trajecten, omscholing en dergelijke. De A&O Fondsen maken dit soort keuzes reeds voor de eigen branches. Moet het faciliterend beleid van de

betrokken ministeries (VWS, OCW, SZW) ook niet meer op de per functie, branche en regio verschillende situatie worden ingericht?

Evaluatie en verspreiding van good practices

Opvallend is dat niet alleen het aantal en de intensiteit van activiteiten op HR-gebied lijken toe te nemen, maar dat ook veel vaker dan voorheen een externe evaluatie van de oplossingen plaatsvindt. Daardoor is beter vast te stellen welke maatregelen wel en niet werken en welke initiatieven verdere ontplooiing verdienen. Verdere verspreiding van good practices is wenselijk, niet alleen binnen de eigen branche, maar ook naar andere branches.

BIJLAGE I SWOT-analyse

De SWOT-analyse is een van oorsprong bedrijfskundig model dat vier elementen bevat: Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats (sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen). De resultaten van de SWOT-analyse zijn te gebruiken als input voor het strategievormingsproces. Kern van de SWOT is om vanuit een brede analyse van de arbeidsmarkt (top-down) via de sterkten en zwakten te komen tot aan kansen en bedreigingen gelieerde oplossingsrichtingen voor arbeidsmarktknelpunten op sectoraal niveau. Voor de strategische personeelsplanning (bottom-up) van individuele instellingen geldt een omgekeerde volgorde. Daarbij is het juist de bedoeling om eerst vanuit de eigen situatie kansen en bedreigingen te definiëren en daar dan - gekoppeld aan de eigen sterkten en zwakten - een plan van aanpak aan te koppelen.

Sterkten	*Zwakten*
Zorgvraag / arbeidsvraag / arbeidsproductiviteit – Zorg belangrijke banenmotor + veel werkzekerheid (groeisector + weinig conjunctuurgevoelig)	**Zorgvraag / arbeidsvraag / arbeidsproductiviteit** – WJK: werkgelegenheidskrimp + weinig werkzekerheid (bezuinigingen)
Arbeidsaanbod *Potentieel aanbod* – *Zittend personeelsbestand* – Werknemers steeds later met pensioen *Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs* – Vaak positief imago Z&W-opleidingen – Hoog studierendement Z&W-opleidingen – Hoog sectorrendement Z&W-opleidingen – Z&W-gediplomeerden vinden vaak bij eigen niveau, richting e.d. passende baan *Reserves voor Z&W* – Veel (mogelijkheden voor) zij-instroom	**Arbeidsaanbod** *Potentieel aanbod* – Krimp potentiële beroepsbevolking *Zittend personeelsbestand* – Weinig allochtone werknemers – Sterke vergrijzing Z&W-personeel – Veel ziekteverzuim en AO-instroom – Te 'honkvast' personeel (weinig interne en externe arbeidsmobiliteit; weinig geografische arbeidsmobiliteit) *Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs* – Minder positief imago Z&W-opleidingen onder vmbo'ers – Minder positief imago Z&W-opleidingen onder allochtonen – Te weinig stageplaatsen voor sommige Z&W-opleidingen – Te klein aanbod van gediplomeerden van sommige Z&W-opleidingen *Reserves voor SZW* – Beperkt deel werklozen, AO'ers, WSW'ers nog toe te leiden naar sector
Pullfactoren – I.h.a. positief werkgeversimago – I.h.a. positieve beleving arbeidsinhoud – Objectief gezien gunstige lonen/loonontwikkeling – Positieve beleving totaal aan arbeidsomstandigheden – Veel mogelijkheden voor deeltijdwerk	**Pushfactoren** – Minder positief werkgeversimago sommige Z&W-branches (bijv. ouderenzorg) – Minder positieve beleving arbeidsinhoud Z&W door 'Generatie Y' (laag modern technologisch gehalte; weinig mogelijkheden voor tijd- en plaatsonafhankelijk werken) – Minder gunstige beleving lonen/loonontwikkeling – Gering loonverschil mbo-4 en hbo – Beperkte doorgroei- en carrièremogelijkheden – Zwaar werk, hoge werkdruk, onregelmatige werktijden, agressie tegen Z&W-personeel

Omgevingsfactoren – Groot maatschappelijk en economisch belang en daardoor veel politieke en beleidsmatige aandacht voor Z&W – Veel bestaande vormen van overleg/samenwerking/afstemming	**Omgevingsfactoren** – Sterke afhankelijkheid (werkgelegenheid in) van (budgettaire) beslissingen Rijk
Kansen	*Bedreigingen*
Zorgvraag / arbeidsvraag / arbeidsproductiviteit – Afremmen zorgvraag (preventie, zelfmanagement, informele zorg; aanpak overbehandeling; niet langer doorbehandelen ernstig zieke patiënten) – Verhoging arbeidsproductiviteit/arbeidsbesparing door sociale innovaties (verbetering werkprocessen, functie-inhouden e.d.) – Verhoging arbeidsproductiviteit/arbeidsbesparing door technologische innovaties (keerzijde: technologische innovaties leiden soms tot toename zorgvraag en daarmee juist tot meer arbeidsvraag) – Verhoging efficiëntie/arbeidsbesparing door verhuizen van activiteiten (specialisatie/concentratie, zorg in de buurt, ketenzorg, afstoten niet-corebusiness)	**Zorgvraag / arbeidsvraag / arbeidsproductiviteit** – Zorg: stijgende arbeidsvraag (uitbreidingsvraag door toename zorgvraag + vervangingsvraag door uitstroom babyboomers) + mogelijk onvoldoende (nieuwe) arbeidsaanbod -> verwachte personeelstekorten – Zorg: crisis vertraagt proces van verwachte personeelstekorten (gevaar voor onderschatting) – WJK: verwachte personeelsoverschotten als gevolg van bezuinigingen
Arbeidsaanbod *Potentieel aanbod* – Stijging omvang beroepsbevolking – Individualisering beroepsbevolking (inzet zzp'ers) – Feminisering en verkleuring beroepsbevolking (toename aanbod vrouwen en allochtonen) – Toename opleidingsniveau beroepsbevolking *Zittend personeelsbestand Z&W* – Upgrading personeel in combinatie met interne doorscholing – Duurzaam inzetbaarheidsbeleid – Diversiteitsbeleid – Opvang (tijdelijke) overschotten (creëren aanvullende werkzaamheden, poolvorming, collegiale uitleen, mobiliteitsbeleid, VWNW-trajecten etc.) *Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs* – Verbetering Z&W-opleidingen (qua inhoud, opzet en aansluiting op arbeidsmarkt) – Binding studenten aan Z&W door baangarantie – Actieve benutting social media in arbeidsmarktcommunicatie en werving	**Arbeidsaanbod** *Potentieel aanbod* – Verdere vergrijzing *Zittend personeelsbestand Z&W* – Afnemend werkvermogen door vergrijzing Z&W-personeel – Verlies van kennis en ervaring door uitstroom babyboomers (keerzijde: wel instroom van 'nieuw bloed' in Z&W met andere houding/skills) *Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs* – Ontgroening en veranderingen in studiekeuze (vmbo -> havo/vwo) gevolgen voor Z&W-opleidingen (absoluut en relatief minder mbo, relatief meer hbo) – Langer doorleren (jongeren later op arbeidsmarkt) – Steeds meer concurrentie om hoger opgeleiden met aanvullende (gedragsmatige) competenties
Reserves voor Z&W – Re-integratietrajecten (al dan niet met scholing/EVC) voor werkzoekenden met Z&W-wensberoep – Zij-instroom (sectorale spijtoptanten, carrièreswitchers)	*Reserves voor Z&W* – Langzaam opdrogende bron van stille reserves (minder potentiële herintreders door toename participatie vrouwen)

– Grenspendel van Z&W-werknemers – Inzet (Zuid-Europese) arbeidsmigranten	
Pullfactoren – Verdere verbetering arbeidsinhoud (meer ruimte voor professionals) – Geen nullijn voor Z&W (wel voor overheid en onderwijs) versterkt concurrentiepositie – Nieuwe doorgroei- en carrièremogelijkheden door taakherschikking – Bij laagconjunctuur Z&W geliefder als werkgever dan markt	**Pushfactoren** – Bij hoogconjunctuur Z&W minder geliefd als werkgever dan markt
Omgevingsfactoren *Z&W-beleid* – Generieke toename Z&W-budget – Financiële impulsen (convenant ILZ, impuls preventie en palliatieve zorg, impuls agressiebeleid, FZO, Stagefonds Zorg, etc.) – Hoofdlijnenakkoorden Z&W-branches – Stelselwijzigingen *Onderwijsbeleid* – Nieuwe kwalificatiestructuur mbo – Macrodoelmatigheidsbeleid – Deel mbo 4-opleidingen van 4 naar 3 jaar (meer aanbod mbo-4, maar aansluiting op hbo hierdoor problematisch) – Extra opleidingsplaatsen medici (wo/hbo+) + afschaffing loting geneeskunde *SZ-beleid, overig beleid* – Verhoging AOW-leeftijd – Maatregelen doorwerken gepensioneerden – Aanscherping verplichtingen uitkeringsgerechtigden *Randvoorwaarden* – (Financiële) impuls voor arbeidsmarktbeleid regionale werkgeversverbanden – (Subsidies binnen) EC-actieplan 'Naar een banenrijk Herstel' gericht op een gezonde arbeidsmarkt in de zorg – Disseminatie en mainstreaming good practices – Toenemende aandacht voor SPP	**Omgevingsfactoren** *Z&W-beleid* – Discontinuïteit in Z&W-beleid als gevolg van 'beperkte houdbaarheid' regeringscoalities – Bezuinigingen op Z&W-branches (vanuit aanbodperspectief bedreiging, maar vanuit vraagperspectief eerder kans) *Onderwijsbeleid* – *SZ-beleid, overig beleid* – Afschaffen werkbonus voor werkgevers met 60-plussers in dienst – Verlaging re-integratiebudgetten UWV/gemeenten + verandering inzet regionale bemiddelingstaak UWV – Belasting reiskostenvergoeding

BIJLAGE II Geraadpleegde literatuur

Publicaties i.h.k.v. het onderzoeksprogramma AZW

- Panteia (2011). *Werkgeversenquête 1 Zorg en WJK 2011 (vestigingen).*
- Panteia (2012). *Werkgeversenquête 2 Zorg en WJK 2011 (concerns).*

Externe publicaties

- Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, MOgroep, NVMW, Code 2.0, BVJong, HBO-Raad en MBO-Raad (2012). *Actieprogramma Professionalisering Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening.*
- Actiz (2012). *Ezin&Zorg*. Nr. 4. Juni 2012. Thema: Werken in de zorg (op: ezinenzorg.com).
- ActiZ, NPCF en STOOM (2011). *Op weg van denken naar doen. Veranderingen en innovaties in de praktijk van verpleging en verzorging en zorg thuis.*
- AEF (2011). *Onderzoeksrapport Evaluatie Stagefonds Zorg. Ministerie van VWS (2011). Arbeidsmarktbrief - Vertrouwen in professionals.*
- Algemene Rekenkamer (2012). *Centra voor Jeugd en Gezin in gemeenten.*
- APE (2012). *E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg*?
- Artikel 'Aanzienlijke besparingen care en cure met eOverdracht', OP: *nictiz.nl*, 11 mei 2012.
- Artikel 'AZM verwacht schaarste aan hoogopgeleid personeel', IN: *De Limburger*, 14 februari 2012.
- Artikel 'AZM werft in Spanje personeel', IN: *De Limburger*, 8 juni 2011.
- Artikel 'Buurtzorg Nederland biedt psychiatrische zorg aan huis', OP: *zorgvisie.nl*, 25 juni 2012.
- Artikel 'Buurtzorg ook toepassen op Jeugdzorg', OP: *zorgenwelzijn.nl*, 10 april 2012.
- Artikel 'Cliënten omarmen Verzorgend Wassen', OP: *zonmw.nl*, 19 juli 2012.
- Artikel 'Efficiënte zorg op zijn Japans', IN: *De Volkskrant*, 19 mei 2012.
- Artikel 'Gehandicaptenzorg is nog te wit', OP: *tijdschriftmarkant.nl*, mei 2012.
- Artikel 'Grote uitdaging voor zorg op arbeidsmarkt', OP: *funktiemediair.nl*, juli 2010.
- Artikel 'Holland Venture en Menzis stoppen acht miljoen in innovatie, OP: *zorgvisie.nl*, 12 juli 2012.
- Artikel 'Inspectie controleert aanpak werkstress in zorgsector', OP: *inspectieszw.nl*, 11 april 2012.
- Artikel 'Instroominitiatieven in de zorg kunnen nog veel van elkaar leren', OP: *caop.nl*, 22 februari 2011.
- Artikel 'Leerlingen Welzijn omgepraat naar andere studie', OP: *zorgwelzijn.nl*, 6 september 2012.
- Artikel 'Maatschappelijke stage verbetert reputatie GGZ', OP: *zorgvisie.nl*, 27 oktober 2011.
- Artikel 'Minister Schippers start permanente e-Health monitor', OP: *rijksoverheid.nl*, 7 juni 2012.
- Artikel 'Panel V&V. 50-plussers in de zorg: loopbaanbegeleiding en maatwerk', IN: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2011*, nr. 5.
- Artikel 'Patiënt wil digitale vooruitgang ziekenhuizen', OP: *zorgvisie.nl*, 5 oktober 2011.

- Artikel 'Rumoer over inzet werklozen Rotterdamse thuiszorg', OP: *zorgvisie.nl*, 15 augustus 2012.
- Artikel 'Sint Franciscus leidt nierpatiënten op voor thuisdialyse', OP: *zorgvisie.nl*, 1 augustus 2012.
- Artikel 'Spanjaarden naar Nederlandse zorgsector gelokt', OP: *zorgvisie.nl*, 10 augustus 2012.
- Artikel 'UWV en GGZ stimuleren arbeidsdeelname mensen met psychische aandoening', OP: *uwv.nl*, 16 april 2012.
- Artikel 'Vierstroom verplicht familie mee te werken', OP: *zorgvisie.nl*, 2 augustus 2012.
- Artikel 'Werkgevers en werknemers lopen elkaar online mis', OP: *werf-en.nl*, 7 februari 2012.
- Artikel 'Werknemers binnen overheid relatief beste werkvermogen', OP: *arbounie.nl*, 31 maart 2011.
- Artikel 'Zelf medicijnen voorschrijven', IN: *Tracer,* 9 augustus 2012.
- Artikel 'Ziekenhuizen delen zorgprofessionals deze zomer', OP: *nvz-ziekenhuizen.nl*, 13 juni 2012.
- Artikel 'Zorg en welzijn, kansen voor de arbeidsmarkt', OP: *fcb.nl*, 3 juli 2012.
- Artikel 'Zorg heeft baat bij serious gaming', OP: *zorgvisie.nl*, 13 december 2011.
- Artikel 'Zorgcoöperaties van ouderen', IN: *De Volkskrant*, 30 augustus 2012.
- Artikel 'Zorgsector maakt misbruik van stagiaires', OP: *eenvandaag.nl*, 12 april 2011.
- Astri (2009). *Duurzaam doorwerken in de Limburgse zorgsector. Overkoepelende rapportage van de stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid bij Limburgse zorgorganisaties.*
- Astri (2011). *Duurzame inzetbaarheid in de gehandicaptenzorg. Inventarisatie van beleid, activiteiten en ondersteuningsbehoefte.*
- Beenkens, F. (2011). *Acceptance of e-Health Technology: a Patient Perspective.*
- BMC (2011). *De Wijkzuster terug in West-Brabant. Worden we er beter van?*
- BMC (2012). *De 'Zichtbare schakel'- wijkverpleegkundige: een hele zorg minder.*
- Boer & Croon (2011). *Van Instituten naar Ondernemingen in de GGZ.*
- Booz & Company (2012). *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten.*
- Capgemini Consulting (2012). *Evaluatie Experiment Van Werk Naar Werk. Tussenrapportage juni 2012.*
- Coöperatie VGZ (2012). *Dementiezorg. AWBZ Inkoopbeleid 2013.*
- CPB (2012). *The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments.*
- Dulmen, S. van en J. Noordman (2012). 'Taken POH en huisarts complementair?', IN: *Huisarts & Wetenschap*, jrg. 55, nr. 6, juni 2012.
- Ernst & Young (2011). *Onderzoeksresultaten ICT Barometer over ICT en gezondheidszorg.*
- European Commission (2012). *Action Plan for the EU Health Workforce. Towards a job-rich recovery.*
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012). *Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering. Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.*
- FCB (2011). *Vitaliteit en inzetbaarheid.*

- Gerhards, S. (2011). *Evaluation of self-help computerized cognitive behavioural therapy for depression; Integrating clinical, economic and patient perspectives.*
- Gradus, R, en E.J. van Asselt (2011). 'De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland', IN: *ESB*, 96 (4607), 1 april 2011.
- Heyden, J. van der (2011). 'Teledermatology applied following patient selection by general practitioner in daily practice improves efficiency and quality of care at lower costs', IN: *British Journal of Dermatology*, november 2011.
- Hoes, H. (2012). 'Dankzij slimme inzet budgetten. Meer allochtone vrouwen aan de slag in de zorg', IN: *Sociaal Bestek*, februari 2012.
- iBMG (2012). *E-health: Face-to-facebook. Over e-Health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ.*
- IGZ (2012). *Bevindingen en conclusies van het onderzoek naar de inzet van buitenlandse operatieassistenten in Nederlandse ziekenhuizen en de mogelijke gevolgen daarvan voor de patiëntveiligheid.*
- IGZ (2012). *Implementatie zorgstandaard Diabetes na vier jaar onvoldoende gevorderd. Meer bestuurskracht nodig van zorggroepen.*
- KBA (2012). *De behoefte aan een Associate degree in de jeugd-/jongvolwassenenzorg.*
- KNMG, NPCF en ZN (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) e-Health.*
- KPMG (2012). *Accelerating innovation: the power of the crowd. Global lessons in eHealth Implementation.*
- KPMG (2012). *Groen, gezond en productief. The Economics of Ecosystems & Biodiversity (TEEB NL): natuur en gezondheid.*
- Ministerie van BZK en VWS (2012). *Gezonde Wijk in Praktijk.*
- Ministerie van OCW (2011). *Actieplan mbo 'Focus op vakmanschap 2011-2015'.*
- Ministerie van SZW (2012). *Kamerbrief kwaliteitsagenda kinderopvang.*
- Ministerie van VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief - Vertrouwen in professionals.*
- Ministerie van VWS (2012). *Kamerbrief Actieplan Veilig Werken in de Zorg.*
- Ministerie van VWS en Vilans (2012). *Organisaties in de langdurige zorg: vernieuwing en onderscheid 2012.*
- MOgroep (2011). *Hoofdlijnen actieplan professionaliseringsslag W&MD.*
- Mokkenstorm, J., L. Stut en J.M. Bakker (2012). '113Online. Hulp aan suïcidale mensen via internet en telefoon', IN: *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54 (2012) 4.
- Motivaction (2012*). PGGM-leden over waardering in de sector zorg & welzijn.*
- Movisie (2011). *Verkenning naar methode en competenties Buurtdiensten.*
- MOVISIE Beroepsontwikkeling (2011). *Naar een eigentijds hbo-arrangement voor de gehandicaptenzorg.*
- Netwerk Online Hulp (2011). *Onderzoek naar gebruik online hulp.'*
- Nictiz (2011). *epSOS: ePrescription. Grensoverschrijdende communicatie van patiëntgegevens.*
- NIGZ (2011). *Towards sustainable employability in health care: An overview of 'good practices' in the Netherlands.*
- Nijhuis, F., H. Mulders en F. Zijlstra (2011). 'Inclusief herontwerp van werkprocessen', IN: *Aan de slag,* 1/2-2011.
- NIVEL (2011). *Overzichtsstudie Zorg voor chronisch zieken.*
- NIVEL (2011). *Tot je pensioen werken in de zorg. Wensen van werknemers in de verpleging en verzorging ten aanzien van ouderenbeleid van werkgevers.*
- NIVEL (2012). *De aantrekkelijkheid van de verpleegkundige en verzorgende beroepen 2011. Cijfers en trends over de afgelopen 10 jaar.*

- NIVEL en Trimbos-instituut (2012). *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie.*
- NJI (2010). *Actieplan Professionalisering Jeugdzorg.*
- NJI (2010). *Hoofdlijnen implementatieplan Professionalisering Jeugdzorg.*
- NVZ (2012). *Een kwestie van samenspel. Verpleegkundigen opleiden voor het algemene ziekenhuis.*
- NZA (2012). *Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ. Extramuraliseren van ZZP's.*
- NZa (2012). *Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg.*
- O&O Fonds GGZ (2011). *Resultaten project zelfroosteren in de GGZ.*
- Partoer (2012). *Een wereld zonder zorg. Evaluatie theatervoorstelling en www.jijendez.org.*
- Research voor Beleid (2012). *Jobfeed als meetinstrument voor vacatures in de sector zorg en WJK. Onderzoek naar kwaliteit en bruikbaarheid.*
- ROA (2011). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2016.*
- RVZ (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg.*
- RVZ (2010). *Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg.*
- RVZ (2011). *Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd.*
- Saxion (2012). *Op eigen kracht vooruit. Een onderzoek naar de resultaten van Eigen Kracht-conferenties in Nederland.*
- SCP (2012). *Comparing countries on public performance. A study of public sector perfomance in 28 countries.*
- SIGRA (2011). *Jaarbeeld 2011. Zorggrensverleggend.*
- SIGRA (2011). *Samenvatting resultaten webenquête Maatschappelijke stage (MaS).*
- Stuurgroep FCB (2012). *Behoud van werkgelegenheid. Bijlage 2b.*
- UvA (2011). *Zorg op Afstand. Bestaande technieken voor nieuwe doelgroepen.*
- V&V 2020 (2012). *Leren van de toekomst.*
- V&VN en NPCF (2012). *Versterken van verpleging thuis. Naar een Basisvoorziening Wijkverpleging.*
- Veld, M. (2012). *HRM, strategic climate and employee outcomes in hospitals: HRM care for cure.*
- Vermeer, A. en B. Wenting (2012). *Zelfsturende teams in de praktijk.*
- VNO-NCW (2009). *Stelselmatig samenwerken. Een agenda voor hbo en bedrijfsleven*.
- ZonMw (2011). *Tussenbalans. Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige vooreen gezonde buurt.*
- ZonMw en ActiZ (2011). *Preventie door thuiszorg. Analyse van ontwikkelingen en kansen.*

Websites

- Actiz.nl
- Aovvt.nl
- Beroepencarrousel.nl
- Blikopwerk.nl/work-ability-index
- Buurtdiensten.nl
- Buurtzorgjong.nl
- Buurtzorgnederland.nl
- Calibris.nl
- Conoggz.nl

- Doorbraakindejeugdzorg.nl
- Fcb.nl
- Futureproofforcureandcare.eu
- Healthinnovations.nl.
- Interventiesnaarwerk.nl
- Invoorzorg.nl
- Kijkindezorg.nl (nog in ontwikkeling)
- Maastrichthealthcampus.nl
- Maatschappelijkestage.nl
- Nji.nl
- Openarmen.nl.
- Opendagzorg.nl
- Sigra.nl
- Tijdvoorjeugd.info
- Uwv.nl
- Vakcollegezorg.nl
- Versnellingjeugdggz.nl
- Vgn.nl
- Werk.nl
- Werkenindeggz.nl
- Zonmw.nl
- Zorgacadamieparkstadlimburg.nl
- Zorgpleinnoord.nl
- Zwhaaglanden.nl

BIJLAGE III Respondenten expertinterviews

Abvakabo FNV	-	Wim van der Hoorn
		Elise Merlijn
		Jessica van Ruitenberg
		Ilse van der Weiden
Actiz	-	Adriaan Wirtz
Albert Schweizer ZH	-	Jan Jaap Ensing
Amarant	-	Irene van Haren
BTN	-	Jan Verschuren
Calibris	-	Ramon van den Berg
		Rob van den Bosch
Cap Gemini	-	Marleen van Amersfoort
CIZO	-	Marjan Kaljouw
CNV Publieke Zaak	-	Aaldert Mellema
Federatie Opvang	-	Tonny van Hensbergen
GGZ Nederland	-	Machteld Alsbach
		Henk Meppelink
Jeugdzorg Nederland	-	Berry Tijhuis
		Els Fuhring
Maasstad ZH	-	Tijs van der Wielen
MOGroep	-	Han Bijker
		Edwin Luttik
NU'91	-	Jacqueline den Engelsman
		Rolf de Wilde
PGGM	-	Bram de Gier
		Henk Pouw
Pro Persona	-	Ellen Boel
		Roely Molendijk
RegioPlus	-	Femke Bosman (RegioPlus)
		Maret Kloek (SalusGelria)
		Joop Looijenga (SIGRA)
		Joost Naafs (Viazorg)
		Gerard Nederpelt (WGV Oost)
		Joke te Stege (RegioPlus)
RIVM	-	Johan Polder
UWV	-	Klaas Pieter Derks
		Henny Mulders
		Martin Zilversmit
VGN	-	Hans Timmerman
V&VN	-	Christina Woudhuijzen

Dit rapport is onderdeel van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Meer informatie over dit programma is te vinden op www.azwinfo.nl

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

COLOFON

Dit rapport is een uitgave van Panteia
Bredewater 26, Postbus 7001, 2701 AA Zoetermeer

Dit programma wordt uitgevoerd door:

Panteia
EIM, Research voor Beleid en Stratus

SEOR
Erasmus School of Economics

basis voor beslissingen E,til