

# Arbeid in Zorg en Welzijn

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

2008

# Arbeid in Zorg en Welzijn 2008

*André van der Kwartel  
Francisca van der Velde  
Willem van der Windt*

*Utrecht, december 2008*

## Colofon

### Prismant

Prismant is hét kennis- en expertisecentrum in het hart van de zorg. Wij willen de Nederlandse zorgsector optimaal informeren, adviseren en ondersteunen en daarmee bijdragen aan een goede sturing en kwaliteit van zorg. Uitgangspunten zijn: objectiviteit, gedegenheid, betrouwbaarheid en onafhankelijkheid.

### Uitgave

December 2008

### Aan deze publicatie werkten verder mee:

Daphne Albers  
Elsbeth Arnold  
Ineke Bloemendaal  
Sander van Montfort  
Raymond Smeets  
Frank Verijdt

### Vormgeving

Dadomoto communicatie | design

### Druk

PrintPartners Ipskamp

### Uitgever

Prismant  
Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht  
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht  
Telefoon 030 - 2345 678  
Fax 030 - 2345 677  
prismant@prismant.nl

© Stichting Prismant, Utrecht, december 2008. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

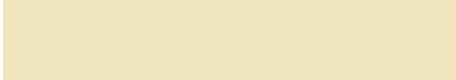
**Stand van zaken en vooruitblik**

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>1. Opzet van het rapport</b>	<b>11</b>
<b>2. Trends op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK</b>	<b>15</b>
2.1 Een vergelijking met de rest van de arbeidsmarkt	15
2.2 Werkgelegenheid en mobiliteit nader beschouwd	17
2.3 Opleidingen	18
2.4 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid	18
2.5 Samenvatting	21
<b>3. Vooruitzichten op de arbeidsmarkt</b>	<b>25</b>
3.1 De vraag naar personeel	25
3.2 Het aanbod van personeel	27
3.3 Confrontatie van vraag en aanbod	29
3.4 Samenvatting	30
<b>4. Het toekomstige personeelsbestand</b>	<b>35</b>
4.1 Het huidige en toekomstige personeelsbestand	35
4.1.1 Leeftijdsopbouw economiebreed, Zorg en WJK en Onderwijs	35
4.1.2 De toekomst	36
4.2 Het vertrek van ouderen	38
4.3 Personeelsbeleid gericht op leeftijd-, loopbaan- en levensfasen	42
4.3.1 Leeftijd, levensfase en loopbaanfase	43
4.3.2 Levensfasebewust personeelsbeleid in de praktijk	45
4.4 Samenvatting en conclusies	53
<b>5. Onderwijs en opleidingen</b>	<b>57</b>
5.1 Studie- en beroepskeuze	57
5.1.1 Factoren die van invloed zijn op de studie- en beroepskeuze van jongeren	57
5.1.2 Het beeld dat scholieren hebben van het werken in de zorg	59
5.1.3 De voorkeuren van potentiële leerlingen	61
5.2 Leerlingen in zorg en WJK	62
5.2.1 Leerlingenaantallen in zorg en WJK	62
5.2.2 Verschillen naar regio en herkomstgroepering	66
5.3 De beroepspraktijkvorming	68
5.4 Aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt	69
5.5 Conclusies	73
<b>6. De vraag naar personeel</b>	<b>77</b>
6.1 Technologie en de vraag naar personeel	77
6.1.1 Inleiding	77
6.1.2 Technologie en arbeidsbesparing	77
6.1.3 Verwachtingen	79
6.1.4 De praktijk	80

6.1.5	Stand van zaken: de implementatie van arbeidsbesparende technologie	81
6.1.6	Conclusie	82
6.2	De invloed van landelijk beleid	83
6.2.1	Inleiding	83
6.2.2	Nieuwe declaratiesystemen voor de intramurale zorg	83
6.2.3	De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning	86
6.2.4	Ontwikkelingen in de kinderopvang	88
6.2.5	Het Persoonsgebonden Budget	88
6.2.6	Conclusies	90
<b>7.</b>	<b>Branches</b>	<b>95</b>
7.1	Een vergelijking tussen de branches	95
7.2	Ziekenhuizen	96
7.2.1	Ontwikkelingen	96
7.2.2	Kerngegevens	97
7.2.3	Vraag en aanbod	98
7.2.4	De leeftijdsopbouw	99
7.2.5	Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid	100
7.3	GGZ	101
7.3.1	Ontwikkelingen	101
7.3.2	Kerngegevens	102
7.3.3	Vraag en aanbod van personeel	102
7.3.4	De leeftijdsopbouw	103
7.3.5	Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid	104
7.4	Gehandicaptenzorg	104
7.4.1	Ontwikkelingen	104
7.4.2	Kerngegevens	106
7.4.3	Vraag en aanbod van personeel	107
7.4.4	De leeftijdsopbouw	108
7.4.5	Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid	109
7.5	Verpleeg- en verzorgingshuizen/Thuiszorg	109
7.5.1	Ontwikkelingen	109
7.5.2	Kerngegevens	112
7.5.3	Vraag en aanbod	113
7.5.4	De leeftijdsopbouw	115
7.5.5	Personeelsbeleid en kwaliteit van de arbeid	117
7.6	Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening	119
7.6.1	Ontwikkelingen	119
7.6.2	Kerngegevens	119
7.6.3	Vraag en aanbod	120
7.6.4	De leeftijdsopbouw	121
7.6.5	Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid	122
7.7	Jeugdzorg	122
7.7.1	Ontwikkelingen	122
7.7.2	Kerngegevens	123
7.7.3	Vraag en aanbod	123
7.7.4	De leeftijdsopbouw	124
7.7.5	Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid	125

7.8	Kinderopvang	125
7.8.1	Ontwikkelingen	125
7.8.2	Kerngegevens	126
7.8.3	Vraag en aanbod	127
7.8.4	De leeftijdsopbouw	127
7.8.5	Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid	128
<b>8.</b>	<b>Slotbeschouwing: de arbeidsmarkt Zorg en WJK nu en op de langere termijn</b>	<b>131</b>
Bijlage 1	Lijst met afkortingen, begrippen en bronnen	139
Literatuur		149



## Voorwoord

In opdracht van het ministerie van VWS, de arbeidsmarktfondsen van sociale partners, het CWI en Calibris voert Prismant het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK (Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang) uit. Het doel van dit programma is om partijen te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK. Eén van de onderdelen van het programma is het jaarlijks schrijven van een integrerend rapport over de arbeidsmarktsituatie in de sector Zorg en WJK.

Voor u ligt het vierde integrerend rapport van Prismant. Het is een vervolg op de reeks jaarlijkse rapporten waarmee de OSA in 1995 is begonnen en die vanaf 2005 door Prismant is voortgezet. De opzet van deze rapportage volgt in grote lijnen de opzet van het rapport van vorig jaar. De trends en ontwikkelingen die zich voordoen zijn hier beknopt weergegeven, maar elders uitgebreider te vinden ([www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). Dit geeft ruimte om in deze rapportage aan een aantal specifieke onderwerpen wat uitgebreider aandacht te besteden.

Concepten van dit integrerend rapport zijn besproken met de Stuurgroep van het onderzoeksprogramma. Bij het tot stand komen van deze rapportage maakten de volgende personen deel uit van de Stuurgroep: dhr. J. van Amelsvoort (FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvragestukken), dhr. A. Bouman (CWI), mevr. A. Cremers (StAZ), mevr. J. Daggelder (O&O fonds GGZ), dhr. P. de Jonge (Faot en SAB V&V), dhr. A. Kersten (VWS, voorzitter), dhr. L. Rutten (Calibris), dhr. J. Scholten (StAZ), dhr. H. Timmerman (STAG) en dhr. J. Weiland (VWS).

De commentaren, aanvullingen en suggesties vanuit de Stuurgroep hebben ons zeer geholpen bij het opstellen van dit rapport. Wij verwachten dat het de lezer een helder inzicht verschaft over de belangrijkste ontwikkelingen, knelpunten en mogelijke oplossingen in de arbeidsmarkt van de sectoren Zorg en WJK.

De auteurs

Utrecht, december 2008





# 1. Opzet van het rapport



## 1. Opzet van het rapport

Dit rapport geeft een beknopt, actueel beeld van de arbeidsmarkt in de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang (hierna: de sector Zorg en WJK) en een vooruitblik op de komende jaren. Verder besteden we aandacht aan een aantal specifieke onderwerpen, die op dit moment in discussies over de arbeidsmarkt in Zorg en WJK een prominente rol spelen.

Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en schetst een beeld van de huidige situatie in de sector in vergelijking met de rest van de economie. Hoofdstuk 3 biedt een overzicht van ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar zorg en diensten op het gebied van welzijn, jeugdzorg en kinderopvang en op de toekomstige vraag naar en het aanbod van personeel.

Uitgebreidere beschrijvingen over deze onderwerpen kunt u vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl). Daar wordt ook een databank aangeboden, waarin over veel onderwerpen gedetailleerde statistische informatie te vinden is.

In de drie volgende hoofdstukken worden belangrijke thema's uitgewerkt die spelen binnen de arbeidsmarkt in Zorg en WJK. De keuze van deze thema's is tot stand gekomen in overleg met de Stuurgroep en sluit aan bij een aantal van de door het Ministerie van VWS genoemde thema's in de Arbeidsmarktbrief van 2007. Het gaat om de thema's behoud van personeel, de belangstelling voor de sector Zorg en WJK en de vraag naar personeel.

Eerst komt de samenstelling van het toekomstige personeelsbestand aan de orde (hoofdstuk 4). Enerzijds speelt de vergrijzing van het personeelsbestand een rol, anderzijds gaat het om het behoud van personeel. Al met al is de vraagstelling eigenlijk: hoe benutten we zo goed mogelijk de talenten van de mensen die nu al actief zijn in Zorg en WJK?

Het tweede thema gaat over de opleidingen (hoofdstuk 5). Omdat veel werk in Zorg en WJK scholing vergt, zijn opleidingen de toegangspoort tot werken in Zorg en WJK. Hoe staat het met de populariteit van de opleidingen?

Het derde thema betreft de vraag naar personeel (hoofdstuk 6). Steeds vaker wordt onderkend dat (technologische) innovaties een bijdrage kunnen leveren in het beperken van de personeelsvraag. Wat is de stand van zaken op dit terrein? De vraag naar personeel wordt verder beïnvloed door veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg. Regelmatig krijgt dit onderwerp aandacht in de pers onder het motto: hoe kan het dat men personeel ontslaat bij een stijgende zorgvraag?

Na deze drie thematische hoofdstukken, worden in hoofdstuk 7 de belangrijkste ontwikkelingen per branche geschetst. Het rapport eindigt met een slotbeschouwing (hoofdstuk 8).

<sup>1</sup> Sector Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang



## **2. Trends op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK**



## 2. Trends op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de belangrijkste trends op de arbeidsmarkt van Zorg en WJK. Voor de achterliggende, meer uitgebreide documentatie wordt verwezen naar [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)<sup>1</sup>. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de belangrijkste trends benoemd waar het gaat om: de ontwikkeling van de werkgelegenheid, de opleidingen, het personeelsbestand, de kwaliteit van arbeid en het personeelsbeleid. Uit deze trends valt af te leiden waarin de arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK sterk is en waarin kwetsbaar.

### 2.1 Een vergelijking met de rest van de arbeidsmarkt

In Tabel 2.1 zijn voor de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK de belangrijkste kerngegevens op een rijtje gezet. Daarbij is steeds waar mogelijk een vergelijking met de rest van de economie gemaakt en is een indicatie van de ontwikkeling in de afgelopen vijf jaar weergegeven.

In 2007 waren 1,2 miljoen mensen in de sector werkzaam. Dit aantal was de afgelopen vijf jaar gegroeid met gemiddeld 2,9%. Economiebreed bedroeg de groei slechts 0,7%. Het aandeel van Zorg en WJK op de totale arbeidsmarkt bedraagt in personen in 2007 14%. De afgelopen vijf jaar nam dit gemiddeld met 0,28 procentpunt per jaar toe. De omvang van de gemiddelde werkweek bedraagt 71,4% van een volledige werkweek<sup>2</sup>. Deze daalde de afgelopen vijf jaar in de sector, maar minder hard dan economiebreed.

In 2007 duurde het gemiddeld 77,7 dagen om een vacature in de sector te vervullen. Dat is iets korter dan het landelijke gemiddelde van bijna 80. Sinds 2002 nam de duur gemiddeld met 1,6 dag per jaar toe; economiebreed kromp de arbeidsmarkt in dezelfde periode sneller: elk jaar kostte het gemiddeld 2,6 dag meer om een vacature te vervullen. De vacaturegraad ligt in de sector lager dan economiebreed, waar de afgelopen jaren sprake was van een stijging. In de sector Zorg en WJK deed zich eerst een daling voor, sinds 2004 stijgt de vacaturegraad hier ook.

De stijging van de CAO-lonen bleef de afgelopen vijf jaar iets achter bij de rest van de economie. De stijging van de contractlonen verliep wel conform de algemene trend.

Werknemers in de sector Zorg en WJK zijn doorgaans minder mobiel dan hun collega's economiebreed: 82% zat in 2005 op een doorlopende baan. Een doorlopende baan is een baan die al vóór het verslagjaar is gestart en na afloop van het verslagjaar nog steeds bestaat. Economiebreed geldt dit voor 74%. Het ziekteverzuim daalde in de zorgsector de afgelopen 5 jaar met gemiddeld 0,36 procentpunt per jaar tot 5,1% in 2007. De daling economiebreed, zoals weergegeven in de tabel, heeft betrekking op de periode 2002-2005. Over vergelijkbare periodes is de daling in de sector Zorg en WJK groter dan economiebreed.

In zijn personeelssamenstelling wijkt de sector af van de totale economie: bijna 83% van de werkenden is vrouw. Economiebreed bedraagt het aandeel vrouwen 45,4%; dit aandeel neemt wel toe.

<sup>1</sup> Dit hoofdstuk is gebaseerd op de volgende documenten:

- 1.1 De ontwikkeling van de werkgelegenheid economiebreed en in Zorg en WJK
- 1.2 De werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK nader bekeken
- 1.3 Mobiliteit: vacatures, in- en uitstroom
- 1.4 Opleidingen voor de sector Zorg en WJK
- 1.5 Kwaliteit van arbeid

<sup>2</sup> Dit betreft alleen werkenden met een werkdag van 12 uur of meer per week.



Tabel 2.1 Kerntabel Arbeidsmarkt Zorg en WJK

		Stand 2007		Jaarlijkse groei 2002-2007	
Werkgelegenheid		Zorg en WJK	Economie-breed	Zorg en WJK	Economie-breed
Werkzame personen	x. 1.000	1.210	8.613	2,9%	0,7%
FTE's werkzame personen	x. 1.000	864	6.754	2,7%	0,4%
Aandeel Zorg en WJK personen	%	14,0	-	0,28	-
Aandeel Zorg en WJK FTE's	%	12,8	-	0,27	-
Personen in loondienst werkzaam	x. 1.000	1.145	7.409	2,7%	0,6%
FTE's in loondienst	x. 1.000	811	5.912	2,4%	0,2%
Omvang gemiddelde werkweek	%	71,4	78,4	-0,14	-0,22
<b>Vacatures</b>					
Gem. duur vervullen vacatures	dagen	77,7	79,9	1,6	2,6
Vacaturegraad	%	10,2	14,2	-0,02	0,80
<b>Loon</b>					
Stijging Cao-loon	%	-	-	1,8	2,0
Stijging contractloon	%	-	-	2,3	2,3
<b>Opleidingen<sup>3</sup></b>					
Aantal mensen in opleiding	x 1.000	232	987	3,1%	3,1%
Aandeel mensen in opleiding	%	23,5	-	0	-
<b>Mobiliteit en verzuim</b>					
Werknemer niet mobiel <sup>1</sup>	%	82	74	1,0	0,8
Ziekteverzuim <sup>2</sup>	%	5,1	4,0	-0,36	-0,44
Personeelekenmerken <sup>1</sup>					
% vrouwen		82,8	45,3	0,2	0,5
<b>Opleidingsniveau:</b>					
Lager	%	14,2	24,6	0,0	-0,6
Middelbaar	%	44,8	43,0	-0,9	-0,3
Hoger	%	41,0	32,3	0,9	1,0
<b>Leeftijdverdeling</b>					
-30	%	22,1	26,6	-0,1	-0,5
30-50	%	54,7	52,2	-1,1	-0,1
50+	%	23,2	21,2	1,2	0,7

<sup>1</sup> Gegevens van 2000 en 2005

<sup>2</sup> Alleen zorgsector; gegevens economiebreed 2002 en 2005; daling zorg per jaar in vergelijkbare periode -0,47

<sup>3</sup> Voor een overzicht van de zorg- en agogische opleidingen die in deze tabel zijn opgenomen, zie de toelichting achterin dit rapport

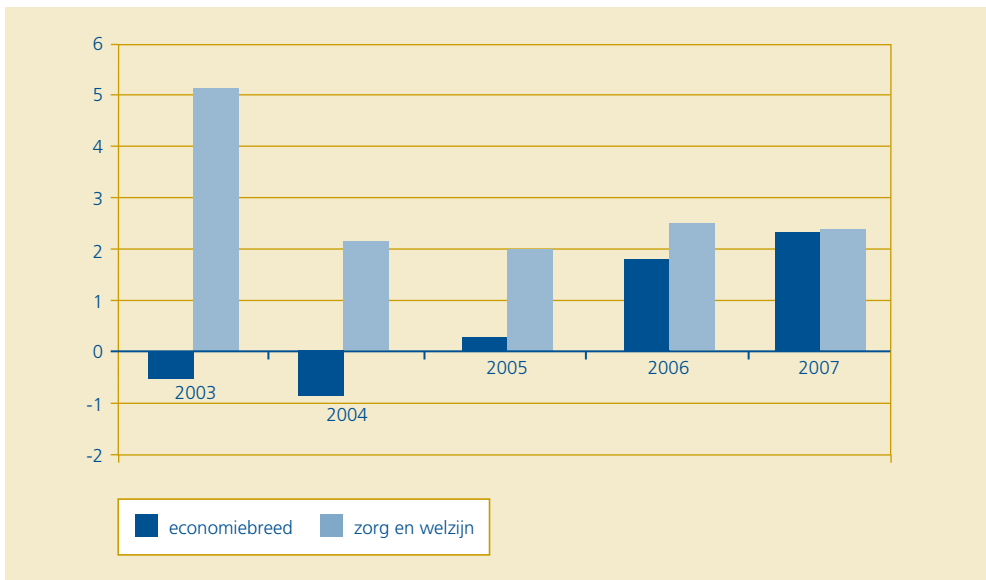
De gemiddelde leeftijd ligt in de Zorg en WJK iets hoger dan economiebreed. Het percentage medewerkers jonger dan 30 jaar is duidelijk lager dan economiebreed. Het gemiddelde opleidingsniveau ligt in de Zorg en WJK duidelijk hoger dan economiebreed. Waar economiebreed ruim 32% hoger opgeleid is, ligt dat percentage in Zorg en WJK op 41%.

## 2.2 Werkgelegenheid en mobiliteit nader beschouwd

### Ontwikkeling

Het aantal werkzame personen in de sector Zorg en WJK groeide in de periode 2002-2007 met gemiddeld bijna 3% per jaar en de afgelopen vier jaar per jaar steeds met 2% of meer. Economiebreed was er daarentegen in 2003 en 2004 sprake van een krimp en zet een vergelijkbare groei van de werkgelegenheid pas in 2006 in. Het groeitempo van de sector Zorg en WJK was in 2007 voor het eerst sinds jaren gelijk aan het groeitempo economiebreed (Figuur 2.1).

**Figuur 2.1 De mutatie in het aantal werkzame personen t.o.v. het voorafgaande jaar**



Bron: CBS

Al met al zijn er in 2007 ruim 1,2 miljoen werkenden in de sector Zorg en WJK. Dat is 14% van alle werkenden in ons land.

### Trendbreuken

Doorgaans groeien alle branches in de sector. Veranderingen in het systeem van gezondheidszorg kunnen echter grote gevolgen hebben voor die groei (zie ook paragraaf 6.2). Zo leidt bijvoorbeeld de invoering van de Wmo in 2007 tot een aanzienlijke verschuiving in de vraag naar personeel in de thuiszorg: veel minder huishoudelijke hulp en veel meer alfahulp. Ook veranderingen bij de Kinderopvang in de vorm van eigen bijdragen hadden gevolgen voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid. In 2005 was er sprake van krimp en nu, onder invloed van verruiming van de buitenschoolse opvang, van extra groei.

## Mobiliteit

Het vertrek van personeel uit de Zorg- en WJK-instellingen, het zogenaamde brutoverloop, nam de laatste jaren toe. Aan die stijging lijkt in het eerste kwartaal van 2008 een einde gekomen te zijn (PGGM-deelnemersbestand): het verloop nam toen voor het eerst sinds jaren iets af. Ook de gemiddelde duur dat een vacature open staat nam in de twee eerste kwartalen van 2008 af (Bron: CBS). Hoewel het brutoverloop de afgelopen jaren toenam, nam het nettoverloop (vertrek uit de sector) bij verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogische personeel af: men wisselde dus vaker van baan binnen de sector Zorg en WJK.

Van de werknemers in de sector Zorg en WJK is 36 procent bij de huidige werkgever ooit van functie veranderd (OSA, 2007). Gezien de gemiddelde duur van het dienstverband van rond 8 jaar lijkt men daarmee in de sector Zorg en WJK iets minder mobiel dan elders.

## 2.3 Opleidingen

Het totaal aantal leerlingen dat een op een zorg- of sociaalagogisch beroep gerichte opleiding volgt groeide ook in 2007 en bedraagt nu 232.000<sup>3</sup>. In tegenstelling tot vorig jaar groeiden vrijwel alle opleidingen, ook die van verzorgenden, waar in eerdere jaren nog sprake was van krimp. Voor beroepen in de verpleging en verzorging en sociaal-agogische beroepen kan men langs twee routes een opleiding volgen: lerend werken (BBL/duaal) en lerend met stages (BOL op MBO-niveau, geen specifieke term op HBO-niveau). Het aandeel leerlingen dat een opleiding volgens de lerend werken route volgt (BBL) nam in 2007 toe, na een eerdere daling die in 2002 inzette.

De werkloosheid onder pas afgestudeerden bij verpleging en verzorging is lager dan onder andere MBO- en HBO-ers. Bij sociaalagogen is het beeld divers.

## 2.4 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

### Kwaliteit van arbeid

De OSA deed onlangs verslag van een aantal aspecten van de kwaliteit van arbeid in het Trendrapport Aanbod van arbeid 2007.

Bij de baantevredenheid ("hoe tevreden bent u, alles bijeengenomen, met uw baan?") scoort de sector Zorg en WJK gelijk aan het gemiddelde van alle bedrijfstakken: 92% is "zeer" of "wel tevreden". Over het loon is men minder positief dan gemiddeld: 71% vindt het loon "niet zo hoog" of "laag" tegen 64% landelijk. Over de doorgroeimogelijkheden bij de huidige werkgever is in de sector Zorg en WJK 33% tevreden tegen landelijk 36%.

Scholing wordt tegenwoordig steeds belangrijker gevonden. Het aandeel werknemers dat een opleiding of cursus volgt, verschilt aanzienlijk per sector. Het landelijk gemiddelde ligt op 46%, maar industrie en landbouw scoren laag met 34%; de overheid hoog met 59%. De sector Zorg en WJK neemt een middenpositie in met 46% van de werknemers die een opleiding of cursus volgt. De sector Zorg en WJK onderscheidt zich van andere bedrijfstakken door een verhoudingsgewijs geringe functionele flexibele inzetbaarheid van de medewerkers. Slechts 70% beschouwt zichzelf als multi-inzetbaar, dat wil zeggen: inzetbaar in een andere functie of op een andere afdeling. Landelijk bedraagt dit 80%. De cijfers wijken nauwelijks af van de resultaten van onderzoek twee jaar eerder en illustreren dat er veel specialistisch werk in de sector voorhanden is.

<sup>3</sup> Voor een overzicht van de zorg- en agogische opleidingen die in dit figuur zijn opgenomen, zie de toelichting achterin dit rapport.

De sector Zorg en WJK wijkt sterk af op een aantal arbeidsomstandigheden. Met name de mentale belasting is veel groter dan elders. 63% meldt geestelijk zwaar werk te hebben, 56% emotioneel zwaar werk. Is de sector op dit punt nog vergelijkbaar met de sector onderwijs, die ongeveer gelijk scoort, op het punt van agressie op de werkplek staat de sector Zorg en WJK op eenzame hoogte. Maar liefst 30% van de medewerkers heeft hiermee te maken! In de sectoren Overheid en Onderwijs noemt 20% dit. Ten opzichte van onderzoek in 2005 is er in de sector Zorg en WJK sprake van een geringe daling. Toen meldde 32% dat men op de werkplek met agressie te maken heeft. De aandacht voor agressie in het kader van de arbo-activiteiten en bij het inrichten van de zorg, waarbij het voorkomen van en kunnen omgaan met agressie een rol speelt, blijft derhalve actueel. Na de bouwsector met 57% komt de sector Zorg en WJK met 43% op de tweede plaats als het gaat om het hebben van lichamelijk zwaar werk.

### **Personeelsbeleid**

Het aantrekken van personeel blijft een belangrijk onderdeel van het personeelsbeleid in Zorg- en WJK-instellingen. De afgelopen jaren blijkt het een terugkerend knelpunt te zijn (zie onder meer de Werkgeversonderzoeken van de afgelopen jaren). Tegelijkertijd voorspelt het merendeel van de werkgevers dat de werkgelegenheid de komende twee jaar verder zal toenemen. Naast extra wervingsinspanningen wordt dan ook dikwijls ingezet op het zelf opleiden van zowel nieuw als zittend personeel en op het opleidingsbeleid binnen organisaties. Er is met name in de sector WJK een stijging in het aantal BBL opleidingsplaatsen te zien.

Een ander punt van belang is de beheersing van de werkdruk. Werkgevers geven ten opzichte van 2006 aan dat de werkdruk in de sector zorg licht is toegenomen terwijl die in de sector WJK licht afnam. Om de werkdruk te verminderen wordt met name in de zorg het efficiënter inrichten van werkprocessen in een aantal gevallen als een succesvolle maatregel beschouwd. In de sector WJK heeft juist het aantrekken van nieuw personeel bijgedragen aan de afname van de werkdruk.

Vergrijzing onder werknemers wordt ook regelmatig als knelpunt genoemd. In toenemende mate wordt het door werkgevers van belang gevonden dat werknemers na hun 60e blijven werken binnen de organisatie. Naast de CAO-bepaalde extra vrije dagen voor oudere werknemers, worden onder meer regelingen getroffen rondom deeltijd OBU, deeltijd prépensioen of flexpensioen en onregelmatige diensten of ploegdienst. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de vergrijzing en de ontwikkelingen rondom levensfasebewust personeelsbeleid.

### **De arbeidsbeleving van werknemers in Zorg en WJK**

In de werknemersenquête van 2000, 2003, 2005 en 2007 is naar de werkbeleving van het VOV-personeel gevraagd. Over het algemeen is het personeel positief over het werk. De (geringe) verschillen in waardering voor het werk tussen de diverse branches lijken in de loop van de jaren steeds kleiner te worden.

**Tabel 2.2 De gemiddelde score op de werkbeleving door de jaren heen  
(1=meest negatief tot 5 =meest positief) bij VOV-personeel**

	2000	2003	2005	2007
Ziekenhuizen	3.3	3.4	3.5	3.5
GGZ	3.4	3.5	3.6	3.5
Ghz	3.4	3.5	3.5	3.5
V&V	3.3	3.4	3.5	3.4
Thuiszorg	3.6	3.7	3.4	3.5
Welzijn en MD	3.5	3.6	3.5	3.6
Jeugdzorg	3.4	3.5	3.5	3.5
Kinderopvang	3.6	3.6	3.6	3.5
Totaal	3.4	3.5	3.5	3.5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

Onderdelen van de arbeidsbeleving zijn: ‘ervaren werkdruk’, ‘werkautonomie’, ‘werkevaluatie’ en ‘het gevoel gewaardeerd te worden door de leidinggevende’.

**Tabel 2.3 De gemiddelde score op de vier aspecten van werkbeleving door de jaren heen  
(1=meest negatief tot 5 =meest positief) bij VOV-personeel**

	2000	2003	2005	2007
Ervaren werkdruk	2.6	2.8	2.9	2.8
Waardering van leidinggevende	4.0	4.0	4.0	4.0
Werkevaluatie	3.5	3.6	3.5	3.6
Werkautonomie	3.5	3.6	3.6	3.6

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

We zien dat werknemers positief scoren op deze aspecten. De ervaren werkdruk is echter een verbeterpunt. Men ervaart de werkdruk het minst positief, hoewel dit aspect in 2003 – 2007 wel iets positiever wordt beoordeeld dan in 2000. Over de ervaren waardering door de leidinggevende is men zeer positief. Deze score is over de jaren heen constant hoog.

Er bestaat geen verband tussen de leeftijd en de werkbeleving, noch tussen de werkweekomvang en de werkbeleving. De verschillende aspecten van de werkbeleving hangen vooral samen met bepaalde specifieke factoren, zoals de aansluiting tussen kennis en vaardigheden en het werk dat men doet.

De belangrijkste factoren die de werkbeleving (negatief) beïnvloeden hebben te maken met organisatiegebonden aspecten en (het informeren over) het beleid van de organisatie. Wanneer organisaties ervoor zorgen dat zaken als personeelsbezetting, doorgroeimogelijkheden en arbeidsvoorwaarden op orde zijn, hebben ze personeel met een positieve werkbeleving. Bij de beschrijving van de branches in Hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op de branchespecifieke componenten van de werkbeleving.

## 2.5 Samenvatting

Vanaf 2002 groeide het aantal werkenden in de sector Zorg en WJK jaarlijks met gemiddeld bijna 3%. In 2007 werkt 14% van de werkenden in ons land in de sector Zorg en WJK. Dit aandeel nam de laatste vijf jaar jaarlijks met gemiddeld 0,3 procentpunt toe.

In vergelijking met de rest van de economie zijn werknemers in de sector Zorg en WJK minder mobiel. Bovendien lijkt begin 2008 een einde te zijn gekomen aan het in de afgelopen jaren geleidelijk aan oplopen van het vertrek van medewerkers. Hetzelfde geldt voor de daling van het ziekteverzuim.

De sector heeft een stevige positie in het onderwijsveld: ze handhaafde in de voor haar relevante opleidingen haar aandeel in het aantal onderwijsvolgenden in ons land.

Bij werknemers is de tevredenheid met het werk in de sector hoog, hetgeen overeen komt met wat economiebreed wordt gevonden. Veel werknemers hebben wel te maken met lichamelijk en geestelijk zwaar werk. Het oordeel over de werkbeleving verandert in de loop der tijd weinig. De ervaren werkdruk blijft een aandachtspunt. Over leidinggevenden is men doorgaans zeer tevreden.

Het aantrekken van nieuw personeel, het beheersen van de werkdruk en de vergrijzing van het personeelsbestand worden door veel werkgevers als knelpunten ervaren.



### **3. Vooruitzichten op de arbeidsmarkt**





### 3. Vooruitzichten op de arbeidsmarkt

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de vraag naar personeel zich de komende jaren naar verwachting zal ontwikkelen. Deze beschrijving is gebaseerd op een aantal studies die een beeld schetsen van de toekomstige vraag naar zorg.

Verder wordt aandacht besteed aan het verwachte aanbod van personeel in de komende jaren. De Commissie Bakker heeft op dit terrein onlangs een aantal adviezen uitgebracht.

In paragraaf 3.3 worden de verwachtingen met betrekking tot de vraag naar en het aanbod van personeel met elkaar geconfronteerd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

#### 3.1 De vraag naar personeel

In deze paragraaf staat de vraag centraal in welke mate de omvang van de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK moet groeien.

Het RIVM (2006) signaleert winst in de gezonde levensjaren van de gemiddelde Nederlander. Volgens het RIVM kan gezonder gedrag de komende jaren ook nog veel gezonde extra levensjaren opleveren. Door vergrijzing in de toekomst is er meer en andere zorg nodig. Er treedt verder een verschuiving van genezing naar verzorging op.

Uit het rapport blijkt dat er vanwege demografische ontwikkelingen (groei en andere samenstelling van de bevolking) tot 2025 15 miljard op de 57 miljard aan middelen bij moet komen. In het verleden blijken overigens medisch technologische ontwikkelingen en een veranderende zorgvraag van de consument meer invloed gehad te hebben dan de demografische ontwikkeling.

De stijging van de zorgquote (de uitgaven aan zorg gedeeld door het BBP) heeft twee oorzaken: achterblijvende productiviteitsontwikkeling in de zorg ten opzichte van de totale economie en de toename in de vraag naar zorg vanwege demografische ontwikkelingen. Technologische ontwikkelingen (inclusief kwaliteitsverbetering) en prijsontwikkeling zorgen voor extra stijging van de uitgaven. Het RIVM noemt het niet, maar een en ander resulteert in een toename van het aantal werkenden in de sector zorg en WJK. Alleen de factor technologie kan vermindering te weeg brengen.

Voor zijn toekomstverkenning ontwikkelde het RIVM twee scenario's: de Competitieve wereld en de Zorgzame regio. Hiermee borduurde men voort op eerdere scenario's van het Centraal Planbureau (CPB) en het Milieu- en NatuurPlanbureau (MNP). Zij gaan bij hun toekomstverkenning uit van een tweetal sleutelonzekerheden. De eerste betreft de mate waarin landen bereid en in staat zijn om internationaal samen te werken. In Europees verband gaat het dan om de vraag of men meer kiest voor een gezamenlijke, grensoverschrijdende aanpak of dat men meer hecht aan eigen soevereiniteit en identiteit. De andere sleutelonzekerheid betreft de hervorming van de collectieve sector. Komt het accent in de toekomst meer op de markt te liggen? Welke taken worden nog verricht door de collectieve sector?

De twee sleutelonzekerheden leiden tot een viertal scenario's.

- Regional communities, (bij het RIVM Zorgzame regio) staat voor nadruk op soevereiniteit en identiteit van ons land en weinig hervormingen in de collectieve sector.
- In Strong Europe vinden wel enige hervormingen in de collectieve sector plaats.
- In Transatlantic Market wordt de collectieve sector wel hervormd, maar is er weinig bereidheid om in Europees verband soevereiniteit in te leveren.
- In Global Economy (bij het RIVM Competitieve wereld) wordt internationale samenwerking gecombineerd met een grondige herziening van de collectieve sector.

Eerder berekende Prismant al (RegioMarge 2005) wat een en ander betekent voor de vraag naar personeel. Bij de Competitieve wereld zal de uitbreidingsvraag naar personeel in de periode 2001-2020 300.000 bedragen oftewel 1,8% gemiddeld per jaar. In het scenario van de Zorgzame regio 100.000 (0,6% gemiddeld per jaar).

Opvallend is dat de laatste jaren de feitelijke groei van de werkgelegenheid in Zorg en WJK met 2,9% (zie tabel 2.1) veel groter was dan deze lange termijnramingen. Ook als we kijken naar een veel langere periode, bijvoorbeeld 1971-2001, zijn de verschillen opmerkelijk: de zorg groeide jaarlijks gemiddeld met 2,1% (RegioMarge 2004).

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (2008) onderzocht de uitgaven aan de AWBZ in het verleden en voor de komende jaren. Men presenteerde behalve een raming van het zorggebruik ook ramingen van de potentiële vraag naar collectieve zorg: vraag door mensen waarvan verwacht kan worden dat ze een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. De potentiële vraag naar collectieve zorg wordt geoperationaliseerd als het aantal mensen met een matige of ernstige beperking of chronische aandoening, die zorg van iemand anders ontvangen. De ontvangen zorg kan zorg zijn die op grond van de AWBZ (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding (incl. (dag)behandeling) of verblijf) of op grond van de Wmo (huishoudelijke verzorging) wordt verstrekt, maar dat hoeft niet. Het kan ook particuliere zorg zijn (dat wil zeggen zelf betaald en niet collectief gefinancierd) of informele zorg (dat wil zeggen zorg door familie, vrienden, kennissen of burens). Vraag naar en gebruik van zorg worden gemeten in termen van zogenoemde pluspakketten. Hierbij worden vragers en gebruikers van zorg ingedeeld naar de zorgproducten die zij ontvangen.

Het SCP veronderstelt dat het gemiddelde aantal uren zorg per gebruiker in de loop van de tijd niet verandert.

Op basis van een statistisch model zijn relaties geschat tussen de potentiële vraag naar collectieve zorg of het gebruik van zorg en een aantal kenmerken, zoals leeftijd, huishoudsamenstelling, opleidingsniveau en mate van fysieke beperkingen. Uitgaande van die relaties en de veronderstelde ontwikkelingen in de kenmerken (op basis van o.a. CBS-prognoses) zijn ramingen geconstrueerd in termen van personen.

Tot 2030 verwacht het SCP een toename van het aantal gebruikers van collectief gefinancierde verzorging en verpleging van ongeveer 29% ten opzichte van 2005. Deze jaarlijkse groei van 1,0% komt overeen met de historische groei over de jaren 1985-2005. Toen was er sprake van een groei van 0,9% per jaar. Maar als het beleid de toegangscriteria strenger maakt of een (nog groter) tekort aan personeel werkelijkheid wordt, dan zal het gebruik waarschijnlijk minder hard toenemen dan geraamd. De verwachte toename van het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg als geheel is 34%.

Het SCP maakt geen raming over het benodigde personeel. Het volgende historische beeld kan echter worden geschetst. In de periode 1985-2005 waarin het aantal cliënten groeide met 0,9% per jaar, groeide de werkgelegenheid (in fte's) met gemiddeld jaarlijks 2,2%. Het verschil is toe te schrijven aan verandering van de inzet van personeel per cliënt. De gemiddelde AWBZ-cliënt van 1985 wijkt af van die van 2005: de laatste behoeft meer zorg vanwege toegenomen zorgzwaarte<sup>4</sup> en de verwachte kwaliteit van de zorg<sup>5</sup>. Bij de uitgavenraming voor de jaren 2005-2030 houdt het SCP rekening met de toename van de zorgzwaarte en komt op een stijging van gemiddeld 1,3% per jaar. Aan de hand van de meest recente raming van het CBS omtrent het aantal 75+-ers komt men op een stijging van 1,7% gemiddeld per jaar.

<sup>4</sup> In 2005 komt men bijvoorbeeld veel minder snel in aanmerking voor een plaats in een verzorgingshuis dan in 1985.

<sup>5</sup> Niet alleen zijn de normen voor verantwoorde zorg aangescherpt, maar bijvoorbeeld ook het gedecentraliseerde wonen in de gehandicaptenzorg vraagt in 2005 meer, en soms duurder, personeel dan in 1985.

Er bestaat bij de raming van het SCP een groot verschil tussen het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg en het feitelijk aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (Wmo en/of AWBZ). In 2005 waren er ruim 586.000 mensen die collectief gefinancierde zorg ontvingen, en 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg. In 2030 zal het verschil tussen potentiële vraag en gebruik van collectief gefinancierde zorg nog iets groter zijn, omdat de potentiële vraag naar collectieve zorg iets harder groeit dan het gebruik van collectief gefinancierde zorg. Dit betekent dat een steeds groter aandeel van de mensen de oplossing voor hun verzorgingsprobleem (noodgedwongen dan wel zelf verkozen) zal moeten vinden in de informele of particuliere sfeer. De vraag is of dat zal gaan lukken gezien de door het SCP verwachte groei van het aanbod van informele hulp van slechts 1% per jaar (zie paragraaf 3.2).

In het voorgaande kwamen studies naar de toekomstige vraag naar zorg of een gedeelte daarvan aan de orde. Dergelijke studies zijn er niet of nauwelijks voor de WJK-sector met uitzondering van een studie van het CPB (2008) naar kinderopvang. Het CPB analyseerde de groei in de vraag naar formele kinderopvang in het recente verleden en in de nabije toekomst. Men verwacht een trendmatige groei van 5% per jaar. Daarbij is rekening gehouden met een afzwakkende groei in de participatie van vrouwen; men verwacht dat de reële prijs niet verder zal dalen, er geen nieuwe wachtlijsten zullen ontstaan, de trend uit het verleden lineair verder verloopt; en men verwacht verder een voortgang in de verschuiving van de voorkeur naar formele kinderopvang.

Geen van de drie genoemde studies geeft expliciet aan wat precies de gevolgen van de gestegen vraag betekenen voor de vraag naar personeel. Doorgaans wordt gemakshalve uitgegaan van een één op één relatie: 1% groei in de vraag betekent 1% toename van personeel. De praktijk van de afgelopen jaren leert echter dat het personeel veel harder groeit, onder meer doordat de intensiteit van de zorg snel toenam. De Stuurgroep van het Onderzoeksprogramma laat op dit moment naar de lange termijn vraag specifiek onderzoek doen. Vooruitlopend hierop kunnen we vaststellen dat de lange termijnraming van het CPB in de praktijk van de afgelopen jaren al is ingehaald: de groei van de werkgelegenheid in de sector ligt ruim boven het hoogste scenario van het CPB.

### 3.2 Het aanbod van personeel

Voor een beschrijving van het aanbod van personeel wordt onderscheid gemaakt naar de korte en de lange termijn. Het CPB (2006) gaf indertijd als prognose dat er tot 2011 nog slechts sprake was van een geringe stijging van het arbeidsaanbod.

De stijging van de beroepsbevolking wordt bepaald door de bevolkingstoename van 15-64 jaar en de stijging van de arbeidsparticipatie (CWI, 2008). De bevolkingstoename is de komende jaren bijna te verwaarlozen. In 2011 neemt de bevolking met een leeftijd van 15-64 jaar zelfs af. Dit komt doordat de babyboom van direct na de Tweede Wereldoorlog de 65-jarige leeftijd bereikt. De groei van de beroepsbevolking moet dus vooral komen uit een toename van de arbeidsparticipatie. De stijging van de arbeidsparticipatie wordt vooral veroorzaakt doordat vrouwen en ouderen (55-plus) steeds meer werken. Zo is er in 2007 een kwart meer vrouwen actief op de arbeidsmarkt dan tien jaar geleden. Voor 55-plussers is deze trend nog uitbundiger: in 2007 zijn er ruim twee maal zoveel 55-plussers actief als tien jaar terug. Deze trends worden door het overheidsbeleid ondersteund. In 2008 en 2009 stijgt de beroepsbevolking met gemiddeld bijna 100.000 personen (+1,2% per jaar). In de jaren daarna wordt de toename van de beroepsbevolking steeds geringer. In de periode 2010-2013 wordt gerekend op een gemiddelde toename van de beroepsbevolking met bijna 60.000 personen (+0,7%).

De discussie richt zich op dit moment vooral op de vraag hoe het arbeidsaanbod te vergroten. Hiertoe zal de participatiegraad verhoogd moeten worden. Om de overheid te adviseren hoe dit te bereiken werd de Commissie Arbeidsparticipatie (Commissie Bakker) in het leven geroepen.

De commissie ziet een herwaardering van werk als een mogelijke oplossing voor de naderende golf van uittreeders. Werk is een belangrijke bron van sociale contacten, zelfrespect en zelfvertrouwen en is daardoor meer dan alleen een bron van inkomen (Commissie Arbeidsparticipatie, 2008).

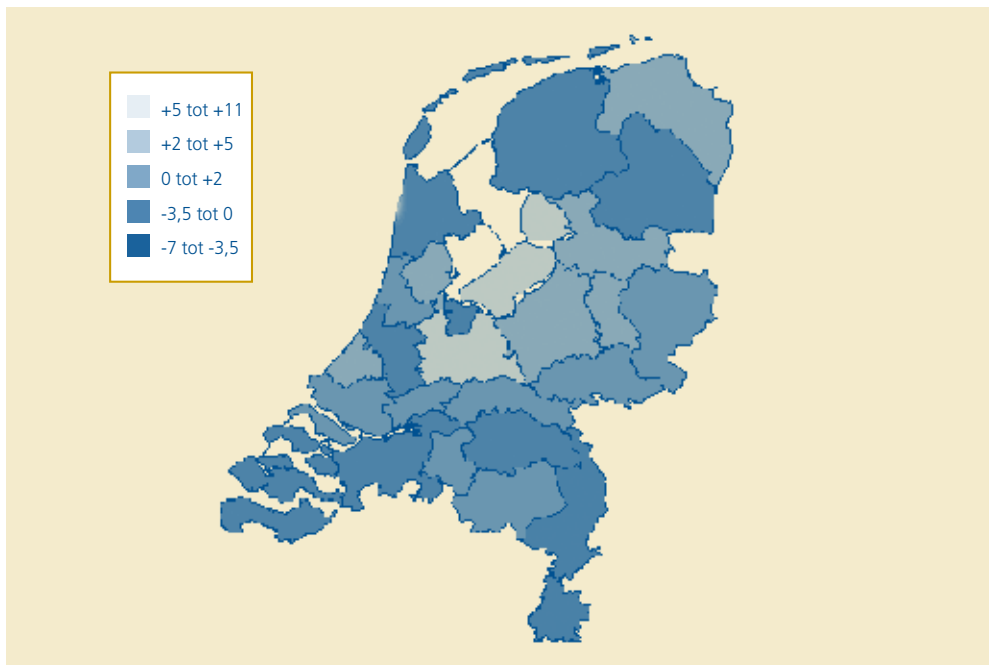
Momenteel veranderen vooral jongere werknemers regelmatig van baan of functie. Dit zouden oudere werknemers ook meer moeten doen, omdat dit hun inzetbaarheid vergroot. Het resultaat van de minder goede inzetbaarheid is volgens de commissie Bakker dat van alle werknemers tussen de 60 en 64 maar één op de drie doorwerkt. Wellicht is deze conclusie niet geheel van toepassing op de zorgsector, hierbij spelen ook factoren als lichamelijke en geestelijke belasting een belangrijke rol bij de keuze van het stoppen met werken.

De commissie Bakker doet een aantal voorstellen aan de overheid om mensen te stimuleren door te werken tot de AOW-leeftijd, die bovendien geleidelijk aan omhoog zou moeten gaan. In paragraaf 4.3.2 worden deze voorstellen beschreven.

Voor de sociale partners adviseert de Commissie Bakker meer te doen aan geleidelijke afbouw en leeftijd- en levensfasebewust personeelsbeleid.

Opvallend is dat de Commissie Bakker nergens rept over grote regionale verschillen in het arbeidsaanbod. Gezien vanuit de opdracht voor de Commissie wel begrijpelijk, maar op de korte termijn zijn er regionaal wel grote verschillen in het verwachte arbeidsaanbod. Zo kennen Haaglanden, IJssel-Vecht Amsterdam, Utrecht en Flevoland in de periode 2006-2016 nog een uitbreiding van de beroepsbevolking van 5% of meer, waar Limburg en 't Gooi geconfronteerd worden met een krimp van 4% of meer in diezelfde periode. (zie figuur 3.1).

**Figuur 3.1 De mutatie van het arbeidsaanbod tussen 2006 en 2016 in %**



Bron: bewerking Derks e.a. (2006)

De voorstellen van de Commissie Bakker richten zich op een algemene verhoging van de participatiegraad. Zij is zich er van bewust dat dat in sommige branches minder eenvoudig is dan in andere vanwege het fysiek zware karakter van het werk. Dat geldt ook voor de sector Zorg en WJK (zie paragraaf 2.4). Hier ligt een duidelijke opgave voor de sector zelf (zie ook paragraaf 4.3.2).

### Vrijwilligers

Voor veel zorginstellingen vervullen vrijwilligers een belangrijke, aanvullende rol op het werk dat door professionals wordt gedaan. Uiteraard is dit aanvullend op en niet in de plaats van professionele krachten. Wel wordt een deel van de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt mede hierdoor bepaald. Ook zien we steeds meer dat professionals en mantelzorgers samen zorg dragen voor de patiënt (zie PGB in paragraaf 6.2).

In dat verband is een studie van het SCP interessant waarbij men heeft gekeken naar het toekomstige aanbod van vrijwilligerswerk. Het SCP stelt dat, evenals in 2005, in 2015 ongeveer een kwart van de bevolking regelmatig vrijwilligerswerk zal verrichten. Ontkerkelijking heeft negatieve gevolgen voor de geneigdheid om vrijwilligerswerk te doen, terwijl de stijging van het opleidingspeil hier weer een positieve invloed op heeft. Vrijwillige inzet wordt steeds meer een individuele keuze waaraan ook voorwaarden worden verbonden. Organisaties zullen hierop moeten inspelen. Onzekere beleidsfactoren zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning en de uitwerking van de maatschappelijke stages. Naast nieuwe vormen van vrijwilligerswerk (vrijwillige inzet) worden meer verplichtende vormen van maatschappelijke inzet belangrijker.

Voor de sector Zorg en WJK betekenen deze uitkomsten dat het aanbod van vrijwilligers de komende tien jaar ongeveer gelijk zal blijven. Het overnemen van werk door vrijwilligers - als dat gezien de benodigde professionaliteit al zou kunnen - is dus niet aan de orde.

Het SCP (2007) verwacht wel dat tussen 2006 en 2020 het aantal informele zorgverleners zal toenemen van 1,4 naar 1,6 miljoen. De groep helpers van 65-74 jaar groeit het snelst: van 200.000 naar 300.000. Ruimte in zorgpotentieel bij ouderen wordt nauwelijks omgezet in informele zorg. 78% van de zelfstandig wonende mensen met een psychische beperking denkt dat de familie geen taken van professionals kan overnemen. Bij vrouwen met kleine kinderen gaat arbeidsdeelname ten koste van informele zorg. Veel mensen zijn bereid hun verwanten bij te staan als dat nodig is; hulpvragers voelen zich echter vaak bezwaard om een beroep te doen op hun netwerk.

De groei van het aanbod van informele zorg (ongeveer 1%) blijft achter bij de groei van de vraag naar professionele zorg (ongeveer 2%) per jaar. Net als bij vrijwilligers geldt dat het overnemen van werk door informele zorgers – als dat gezien de benodigde professionaliteit al zou kunnen – nauwelijks aan de orde is.

### 3.3 Confrontatie van vraag en aanbod

Een al maar stijgende vraag naar personeel en een vanaf 2011 krimpend aanbod moet op het eerste gezicht wel tot problemen gaan leiden. Op de korte termijn speelt een en ander minder sterk. De in de afgelopen jaren krappere wordende arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK lijkt in 2008 tijdelijk wat ruimer te worden. Toch dreigen er tekorten op deze arbeidsmarkt. Niet bij artsen en HBO-opgeleiden, maar vooral bij medewerkers op MBO-niveau (verzorgenden, verpleegkundigen, sociaalagogen en doktersassistenten). Wannéer deze tekorten zich concreet zullen aandienen hangt van een aantal factoren af, maar dát ze eraan komen is duidelijk (RegioMarge 2008).

Een van de factoren is onzekerheid bij het management van instellingen omtrent de beschikbare middelen (wijze van subsidiëring, mogelijke extra gelden) en de gevolgen van veranderingen in de financiering (bv. invoering van ZZP's). Wanneer deze onzekerheid aanhoudt, zijn er tot 2011 weinig grote knelpunten in de personeelsvoorziening te verwachten. Deze situatie wordt ook ondersteund door marktwerking en macrokortingen die in diverse branches leiden tot doelmatigheidsslagen en

stijgende arbeidsproductiviteit. Dit resulteert op zich al tot een verminderde stijging van de vraag naar arbeid. Overigens kunnen er wel gevolgen voor de werkdruk en mogelijk voor patiënten zijn. Vanaf 2011 doen zich desondanks snel problemen voor bij verzorgenden, verpleegkundigen en SPW-ers (de beide laatsten op niveau 4) en de nieuwe opleidingen die deels in de plaats hiervan komen zoals die voor medewerker gehandicaptenzorg.

Wanneer het management van instellingen meer duidelijkheid heeft en wél extra personeel gaat vragen, (het Hoge scenario van RegioMarge 2008), kan het functioneren van de arbeidsmarkt snel een limiterende factor gaan worden voor het bieden van de gewenste zorg en diensten op het gebied van welzijn, jeugdzorg en kinderopvang. Dan doen zich behalve bij verzorgenden, verpleegkundigen en SPW-ers (niveau 4) óók problemen voor bij SPW (niveau 3), de nieuwe opleiding medewerker maatschappelijke zorg en Maatschappelijke Dienstverleners (niveau 5).

Het aanbod van personeel is minder onzeker. Er is een aantal vaste factoren, dat zich bovendien gunstig ontwikkelt. Zo is het vertrek van personeel veel minder gevoelig voor de invloed van de conjunctuur van de economie dan in vroeger jaren. Wel is er wat onzekerheid over de duur van de loopbaan (leeftijd van pensionering), maar dit betreft alleen extra aanbod. De gevolgen van de vergrijzing van het personeelsbestand leiden de komende vijf jaar nog niet tot een extra vervangingsvraag.

Het aantal leerlingen dat een opleiding voor Zorg en WJK volgt groeit nog. Dit is overigens mede een gevolg van de toename van het aantal leerlingen in het gehele MBO. De traditionele opleidingen verliezen wel in lichte mate marktaandeel. Het studie- en beroepsrendement van de opleidingen zijn doorgaans relatief gunstig, maar het studierendement is incidenteel bij sommige ROC's te verbeteren.

Vooralsnog speelt voor de sector méér dat er op de korte termijn problemen kunnen ontstaan bij personeel waarbij men geen directe invloed op de opleiding kan uitoefenen. Zowel CWI (2008) als ROA (2007) geven aan dat er bij de technische beroepen op de korte termijn problemen gaan ontstaan. De huidige conjuncturele inzinking draagt er mogelijk toe bij dat deze problemen op korte termijn geen werkelijkheid worden.

De adviezen van het Capaciteitsorgaan (2008) inzake de opleidingscapaciteit bij artsen richten zich op de langere termijn (2025). Op dit moment constateert men vrijwel geen problemen op de arbeidsmarkt voor artsen in zijn algemeenheid, wel voor sommige specialismen. Die ruimte blijft omdat de Minister bij de initiële opleiding uitgaat van een ruimer aantal dan door het Capaciteitsorgaan geadviseerd wordt. Het advies om de fixus te verlagen wordt niet gevolgd (brief van Minister van VWS van 28 april 2008). In zijn algemeenheid is het kabinetsstandpunt dat er een ruim aanbod van zorgverleners moet komen met het oog op het streven naar een meer vraaggeoriënteerde en marktgestuurde zorg.

#### 3.4 Samenvatting

Er zijn weinig studies die ingaan op de vraag naar personeel op langere termijn. Wel wordt de vraag naar zorgdiensten in kaart gebracht. De meeste studies komen op meer of minder geavanceerde wijze tot een doortrekken van de trends uit de afgelopen jaren. We stellen vast dat de groei van de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK de afgelopen jaren met gemiddeld bijna 3% per jaar hoog was en ook aanmerkelijk groter dan de geprognosticeerde groei in het hoogste langetermijnscenario van het CPB uit 2004.

De groei in het aanbod van arbeid wordt de komende jaren steeds geringer. Op dit moment wordt vanaf 2015 een krimp voorzien. Het kabinet wenst de participatiegraad te verhogen en vroeg de Commissie Bakker daarover advies uit te brengen. Zij kwam met een aantal voorstellen over meer uren per week en op latere leeftijd door werken.

Voor organisaties in Zorg en WJK is van belang dat er grote regionale verschillen zijn in de nu geprognoseerde verandering van het arbeidsaanbod. Zo kennen Haaglanden, IJssel-Vecht Amsterdam, Utrecht en Flevoland in de periode 2006-2016 nog een uitbreiding van de beroepsbevolking van 5% of meer, waar Limburg en 't Gooi geconfronteerd worden met een krimp van 4% of meer in diezelfde periode.

Informele zorg en vrijwilligers spelen een belangrijke, niet weg te denken rol in de zorg. Ze dragen nu veel bij, maar kunnen de toenemende extra vraag naar professionele zorg niet opvangen. Volgens studies van het SCP is niet te verwachten dat mantelzorg sterk groeit. Vrijwilligerswerk groeit nog wel iets, maar minder sterk dan de zorgvraag.

Confrontatie tussen vraag en aanbod laat zien dat de problemen zich niet bij artsen en HBO-opgeleiden, maar vooral bij medewerkers op MBO-niveau (verzorgenden, verpleegkundigen, sociaalagogen en doktersassistenten) gaan voordoen. Wannéér deze tekorten zich concreet zullen aandienen hangt van een aantal factoren af, maar dát ze eraan komen is duidelijk.

Op dit moment zijn er vrijwel geen problemen op de arbeidsmarkt voor artsen. Gezien het feit dat de Minister voor de initiële opleiding uitgaat van een ruimer aantal dan door het Capaciteitsorgaan geadviseerd, zijn ze de komende tijd ook niet te verwachten. Het kabinetsstandpunt is gericht op een ruim aanbod van zorgverleners met het oog op het streven naar een meer vraaggeoriënteerde en daarmee marktgestuurde zorg.

Vooralsnog speelt voor de sector méér dat er op de korte termijn problemen kunnen ontstaan bij personeel waarbij men geen directe invloed op de opleiding kan uitoefenen zoals de technische en ICT-beroepen. De huidige conjuncturele inzinking draagt er mogelijk toe bij dat deze problemen geen werkelijkheid worden.

In de volgende hoofdstukken gaan we in op de uitdagingen die voortvloeien uit de langetermijn ontwikkelingen.





## **4. Het toekomstige personeelsbestand**



## 4. Het toekomstige personeelsbestand

Een van de kenmerken van het personeelsbestand van de sector Zorg en WJK is dat het vergrijsd. Door veel werkgevers wordt dit als een aandachtspunt gezien (Werknemersonderzoek 2007). De sector is echter niet de enige bedrijfstak die hier mee te maken heeft. In Figuur 4.1 wordt hierover een aantal gegevens gepresenteerd. In dit verband is een centraal thema in het personeelsbeleid voor de komende jaren het behoud van personeel.

Momenteel worden door het kabinet veel inspanningen gericht op het verhogen van de uittredeleeftijd uit het arbeidsproces. De Commissie Bakker adviseerde hierover (zie ook paragraaf 3.2). De discussie rond het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd is nog niet afgerond. Voor de sector Zorg en WJK is het verhogen van de uittredeleeftijd van belang om over vijf tot tien jaar niet geconfronteerd te worden met een vervangingsvraag waarin niet kan worden voorzien. Paragraaf 4.2 bevat een aantal gegevens over het vertrek van oudere medewerkers. Welk aandeel blijft tot de pensioenleeftijd werken en als men eerder vertrekt, wat zijn dan de vertrekredenen?

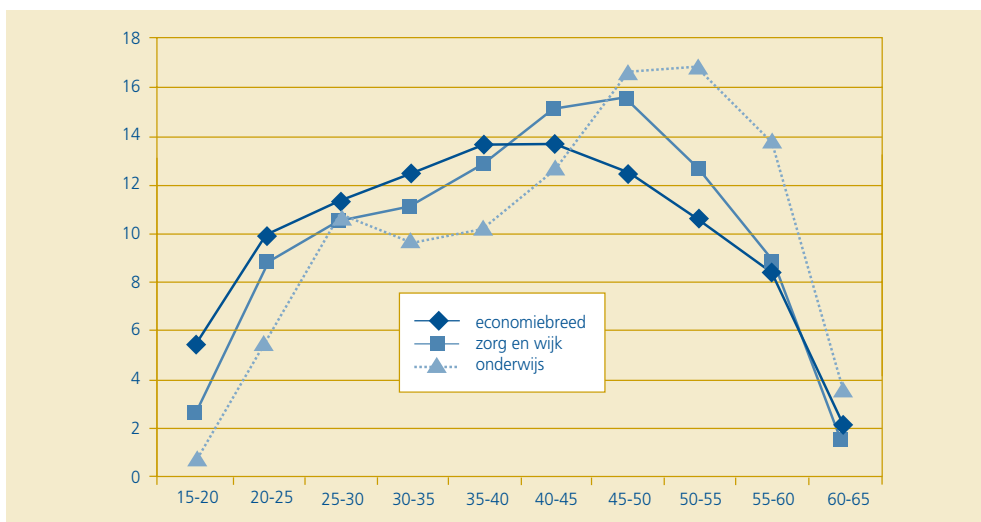
Vervolgens is het zinvol om in kaart te brengen welk beleid branches en instellingen voeren om de uittredeleeftijd te verhogen. Het gaat hier in eerste instantie om beleid dat gericht is op het behoud van 55-plussers voor het werk in de zorgsector, maar in een breder perspectief is ook het behoud van andere leeftijdsgroepen van belang (paragraaf 4.2).

### 4.1 Het huidige en toekomstige personeelsbestand

#### 4.1.1 Leeftijdsofbouw economiebreed, Zorg en WJK en Onderwijs

Figuur 4.1 laat voor de totale economie, Zorg en WJK en onderwijs de leeftijdsopbouw van het werknemersbestand zien. Voor elk is het aandeel van de verschillende leeftijdsklassen weergegeven. Economiebreed is bijna 6% van de werknemers tussen de 15 en de 20 jaar. Uit de figuur is verder af te leiden dat in het onderwijs relatief de meeste 50-plussers werken (34,1%). Het onderwijs geldt algemeen als een sterk vergrijsde sector. Economiebreed is dit percentage 21,2%, voor Zorg en WJK 23,2%.

**Figuur 4.1 Het aandeel werknemers per leeftijdsklasse in % (2005)**



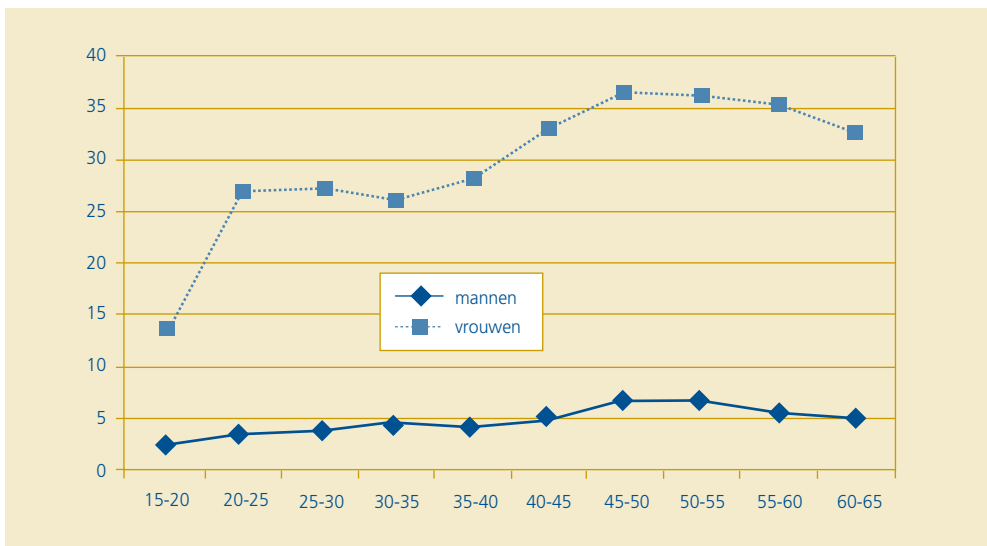
Bron: CBS Statline

In de sector Zorg en WJK komt de categorie 45-50 jaar het meest voor; in het onderwijs is dat 50-55 jaar en economiebreed 35-40 jaar.

Als we onderscheid maken naar geslacht kunnen de volgende bijzonderheden worden opgemerkt. Bij de vrouwen blijven de onderlinge verschillen tussen de branches in tact. Zo is economiebreed 18,3% van de werkende vrouwen 50 jaar of ouder; in Zorg en WJK is dat 21,8% en in het onderwijs al 27,4%. Bij de mannen zien we dat de werknemers in de zorg relatief oud zijn: 29,6% is ouder dan 50 waar dat economiebreed maar 23,5% is. Het aandeel mannen is in de sector Zorg en WJK echter gering. De vrouwen bepalen het beeld.

Tenslotte is nog gekeken naar het aandeel van de werkende beroepsbevolking dat in Zorg en WJK werkt. In 2005 werkte 5% van de mannen in Zorg en WJK en 29,3% van de vrouwen. In Figuur 4.2 is te zien dat de arbeidsdeelname in Zorg en WJK ondervertegenwoordigd is onder de 'jongeren' (tot 40 jaar). Dit geldt zowel voor vrouwen als voor mannen. In de oudere leeftijdscategorieën werken juist relatief meer mensen in Zorg en WJK. Maar liefst meer dan 35% van de werkende vrouwen van 45-60 jaar is actief in deze sector! Bij de werkende vrouwen van 60-65 jaar is weer sprake van een lichte ondervertegenwoordiging.

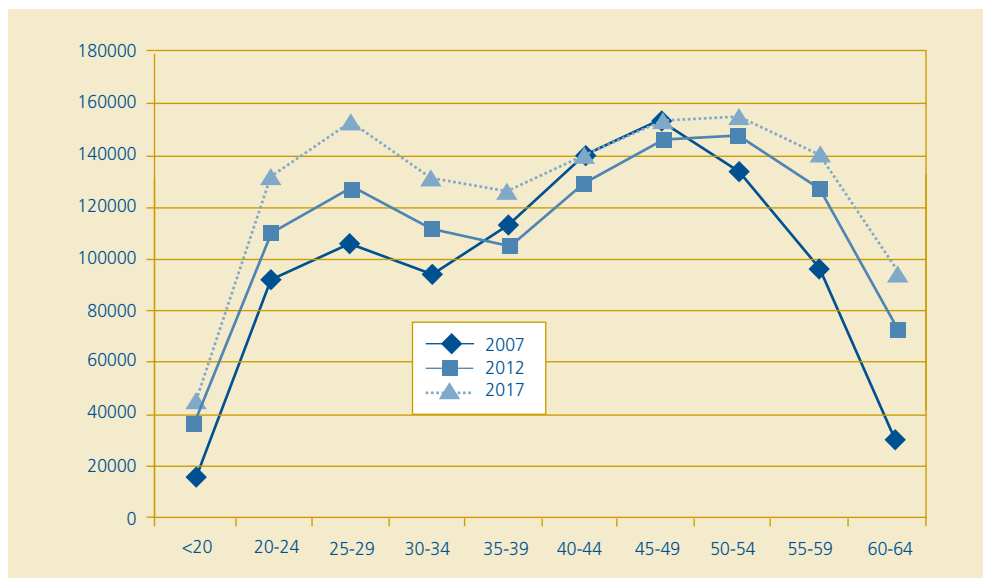
**Figuur 4.3 Aandeel van de werkende beroepsbevolking dat in Zorg en WJK werkt naar leeftijd en geslacht in % (2005)**



Bron: CBS Statline

#### 4.1.2 De toekomst

Het personeelsbestand in de sector Zorg en WJK vergrijsd de komende jaren. Figuur 4.4 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Er is verder verondersteld dat de uittredeleeftijd onder invloed van de invoering van het flexpensioen van gemiddeld 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 2,4% groeit (conform de verwachting in RegioMarge 2008).

**Figuur 4.4** De leeftijdsopbouw van het personeel in Zorg en WJK in 2007, 2012 en 2017

Bron; Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

De leeftijdsopbouw van de sector wordt bij de genoemde veronderstellingen in 2017 wat gelijkmatiger dan in 2007 het geval is (zie Figuur 4.4). Daarbij wordt er vanuit gegaan dat er voldoende jongeren willen instromen. De uitkomst van Figuur 4.4 zou betekenen dat meer dan een derde van de vrouwen tussen 25-30 jaar in de sector Zorg en WJK moeten komen werken, waar dat nu een kwart is<sup>6</sup>. Gezien de terugloop van het arbeidsaanbod (zie paragraaf 3.2) en de concurrentie op de arbeidsmarkt vanuit andere bedrijfstakken, zou de instroom in de toekomst wel eens aanzienlijk ouder kunnen zijn dan nu het geval is. Dit betekent dat het aantal jongeren (20-30 jaar) in Figuur 4.4 in de praktijk geringer zal zijn.

**Tabel 4.1** Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het personeelsbestand van de sector Zorg en WJK

	2007	2012	2017
%	26,9	31,1	30,6
Absoluut	265.000	348.000	389.000

Bron; Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens de genoemde uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 26,9% in 2007 tot 31,1% in 2012. Onder invloed van de groei van de werkgelegenheid, waardoor jongeren aangetrokken kunnen worden, zet de vergrijzing zich na 2012 in relatieve zin niet door. In absolute aantallen groeit het oudere deel van het personeelsbestand wel van 265.000 tot bijna 390.000 50+-ers.

<sup>6</sup> Het CPB heeft een wat oudere prognose over het aanbod van arbeid naar leeftijd en geslacht. Deze wordt binnenkort geactualiseerd. Daarom volstaan we hier met deze grove indicatie.

## 4.2 Het vertrek van ouderen

Momenteel worden door het kabinet veel inspanningen gericht op het verhogen van de uittredeleeftijd uit het arbeidsproces. De Commissie Bakker bracht hierover een advies uit. De discussie rond het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd is nog niet afgerond. Voor de sector Zorg en WJK is het verhogen van de uittredeleeftijd van belang om over vijf tot tien jaar niet geconfronteerd te worden met een vervangingsvraag waarin niet kan worden voorzien.

In dit verband is het zinvol om na te gaan welk aandeel van de werknemers nu tot de pensioenleeftijd blijft werken en, als men eerder vertrekt, wat dan de vertrekredenen zijn. We richten ons hier op het uitvoerend personeel en nemen als voorbeeld het verplegend en verzorgend personeel. Als de vertrekredenen van ouderen bij het verplegend en verzorgend personeel in de zorgsector nader worden bekeken, blijkt dat juist voor deze groep geldt dat het werk zowel geestelijk als lichamelijk als zwaar kan worden ervaren (Werknemersonderzoek 2007). De sector Zorg is in deze een bijzondere bedrijfstak met veel lichamelijk en geestelijk zwaar werk. Met name de mentale belasting is groter dan elders (OSA Aanbodmonitor 2007). 63%<sup>7</sup> van de medewerkers meldt geestelijk zwaar werk te hebben en 56% vindt het werk emotioneel zwaar. Is de sector op dit punt nog vergelijkbaar met de sector onderwijs, op het punt van agressie op de werkplek staat de sector Zorg en WJK op eenzelfde hoogte. Maar liefst 30% van de werknemers heeft hiermee te maken! In de sectoren Overheid en Onderwijs noemt 20% dit. Na de bouwsector met 57% komt de sector Zorg en WJK met 43% op de tweede plaats als het gaat om het hebben van lichamelijk zwaar werk.

Duidelijk is dat het voor de sector Zorg en WJK een grotere opgave dan voor andere bedrijfstakken zal zijn om met name bij het uitvoerende personeel te bewerkstelligen dat werknemers langer blijven werken dan de huidige pensioenleeftijd.

In Tabel 4.2 is te zien hoe groot de groep ouderen in verpleging, verzorging en sociaalagogisch werk bij benadering is. Van de bijna half miljoen werkzamen in verpleging, verzorging en (sociaalagogische) begeleiding in ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (excl. Alphahulpen) is 27% ouder dan 50 jaar. Jaarlijks vertrekt gemiddeld 5% uit zijn of haar baan (bruto-verloop).

**Tabel 4.2 Raming van het jaarlijks vertrek van 50+-ers verpleging, verzorging en sociaalagogisch werk uit de zorg**

Werkzamen	490.000	ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg en VVT (excl. alphahulpen)
Waarvan 50+	132.300	27% ouder dan 50+
Brutoverloop	6.615	5% brutoverloop
Nettoverloop	4.300	2/3 van bruto is netto

Bron: LKG, PGGM-deelnemersbestand en Exitinterviews

De bestemming van het vertrekkend personeel, op jaarbasis zo'n 6.600, varieert door de jaren heen in enige mate (Tabel 4.3). Een groot deel van de 50-plussers gaat met pensioen. Opvallend is dat meer dan een derde van de 50-plussers die uit dienst treedt een nieuwe baan binnen de sector vindt.

<sup>7</sup> Van alle medewerkers, dus niet alleen verpleging en verzorging.

**Tabel 4.3 De uitstroom van verplegend en verzorgend personeel van 50 jaar en ouder**

	2004	2005	2006	2007
pensioen	29%	41%	37%	38%
inactief	24%	17%	18%	13%
zoekt baan	9%	6%	5%	7%
baan buiten sector	3%	3%	4%	4%
baan binnen sector	34%	33%	37%	38%

Bron: Exit-interviews Prismant

Degenen die onder het nettoverloop vallen, de groep inactieven (werknemers die stoppen met werken, maar geen (pre)pensioen ontvangen) lijkt door de jaren heen verhoudingsgewijs iets af te nemen. Verder vallen hieronder degenen die een baan zoeken (zij hadden waarschijnlijk een tijdelijke baan) en degenen die buiten de sector emplooi vinden. Jaarlijks gaat het om zo'n 4.300 werknemers.

Tabel 4.4 geeft een beeld van een aantal achtergrondkenmerken. Er zijn enkele opvallende verschillen tussen de groepen. Zo zijn mannen sterk vertegenwoordigd bij degenen die een baan buiten de zorg vinden. Onder de inactieven vinden we weinig alleenverdieners, veel vrouwen en mensen met een klein deeltijdcontract.

**Tabel 4.4 Demografische kenmerken naar vertrekdirichting van verplegend en verzorgend personeel van 50 jaar en ouder**

	gemiddelde leeftijd	gemiddeld aantal dienstjaren	aandeel vrouwen	aandeel alleenverdieners	aandeel hoogopgeleiden	aandeel parttimers	aandeel contracten > 20 uur
pensioen	60	21	91%	23%	25%	84%	53%
inactief	56	16	95%	15%	20%	90%	35%
zoekt baan	54	7	93%	30%	28%	89%	45%
baan buiten sector	52	11	73%	21%	40%	79%	46%
baan binnen sector	53	10	88%	26%	33%	83%	61%

Bron: Exit-interviews Prismant

De vertrekredenen van medewerkers die naar een andere baan binnen de zorg gaan, hebben vaak te maken met de sfeer en organisatie van de afdeling waar de medewerker werkzaam was. Ook de ontevredenheid met de geleverde zorg wordt vaak genoemd als reden van vertrek. Daarnaast spelen de lichamelijke belasting en de hoge werkdruk een rol.



Met deze redenen wijken de ouderen af van jongere werknemers. Bij jongere werknemers zijn vooral ontevredenheid met de ontplooiings- en ontwikkelingsmogelijkheden een belangrijke reden van vertrek, samen met de behoefte aan een andere werkring.

**Tabel 4.5** Vertrekredenen van werknemers 50+, verpleging en verzorging die naar andere baan in zorg gaan

	2004	2005	2006	2007
Behoeft aan een andere werkring	26%	35%	41%	32%
Ontevredenheid met zorg die wordt geboden	26%	31%	22%	25%
Geen prettige sfeer op de afdeling	22%	19%	22%	23%
Het werk wordt fysiek te zwaar	24%	19%	17%	22%
De werkdruk is te hoog	22%	21%	19%	20%
Contact direct leidinggevende	18%	14%	23%	17%
Besluitvorming en overleg op de afdeling	15%	15%	11%	15%
Onvoldoende loopbaanperspectief	16%	19%	22%	15%

Bron: Exit-interviews Prismant

De vertrekredenen van medewerkers die inactief worden, een baan zoeken of buiten de sector aan het werk gaan laten zien dat gezondheidsproblemen door de jaren heen de belangrijkste reden voor vertrek vormen (Tabel 4.6). Daarnaast wordt het werk voor werknemers vaak fysiek of psychisch te zwaar. Ook de werkdruk wordt vaak aangegeven als reden van vertrek.

**Tabel 4.6** Redenen van vertrek van degenen die vallen onder het nettoverloop maar die geen (pre)pensioen gaan genieten (VOV personeel)

	2004	2005	2006	2007
Wegens gezondheidsproblemen	24%	31%	24%	26%
Het werk wordt fysiek te zwaar	10%	21%	19%	23%
De werkdruk is te hoog	13%	15%	13%	17%
Het werk wordt psychisch te zwaar	10%	13%	10%	10%
Behoeft aan meer vrije tijd	15%	13%	13%	16%
Verandering omstandigheden in het huishouden	11%	23%	10%	17%

Bron: Exit-interviews Prismant

Naast vertrekredenen die met het werk te maken hebben, zijn er ook vertrekredenen die te maken hebben met de thuissituatie. Dit zou kunnen duiden op het hebben van een partner die met (pre)pensioen is gegaan (met name in de gezondheidszorg werken veel vrouwen. Zij zijn over het algemeen een aantal jaar jonger dan hun partner. Pensionering van een partner zou een aanleiding kunnen zijn om gebruik te maken van bijvoorbeeld een flex(pre)pensioen). Zo geeft ongeveer een vijfde van de medewerkers aan dat zij behoefte hebben aan meer vrije tijd.

**Tabel 4.7 Vermijdbare vertrekredenen van nettoverloop zonder (pre)pensioen<sup>9</sup>**

	2004	2005	2006	2007
De werkdruk is te hoog	9%	14%	17%	11%
Ontevredenheid met de zorg die wordt geboden	7%	12%	15%	10%
Wegens gezondheidsproblemen	n.b.	n.b.	n.b.	8%
Het werk wordt fysiek te zwaar	21%	15%	13%	7%

Bron: Exit-interviews Prismant (n.b. = niet beschikbaar)

Slechts een deel van de vertrekkende medewerkers ziet de opgegeven vertrekredenen als vermijdbaar. Hierbij speelt wellicht mee dat werknemers de werkdruk en de fysieke en psychische belasting als een gegeven zien, dat nu eenmaal bij het werk hoort.

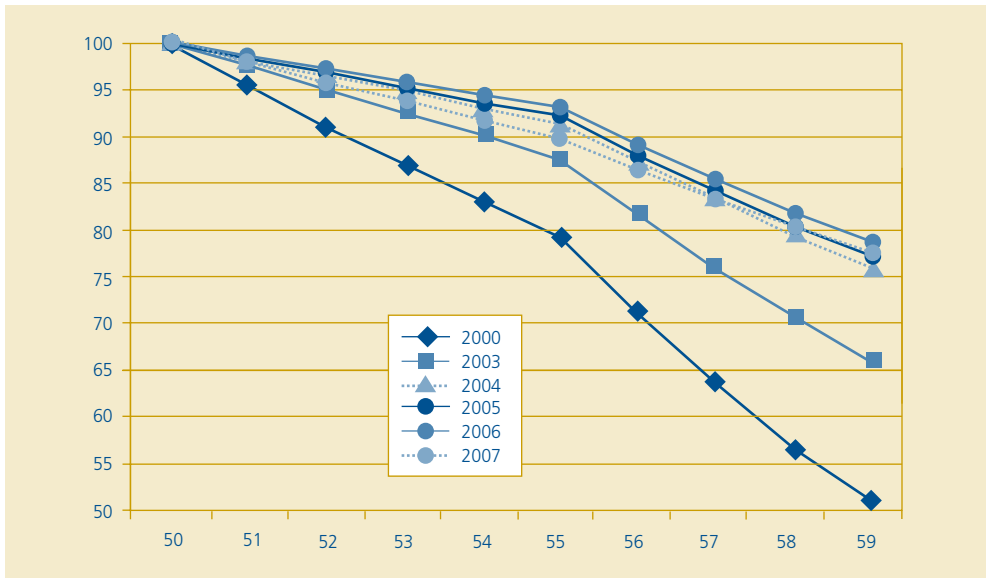
De laatste jaren lijkt men wat ontevredener over de werkdruk en de zorg die geboden wordt en hadden veranderingen daarin mogelijk vertrek kunnen voorkomen. In 2007 lijkt dit weer wat minder het geval te zijn.

Momenteel worden allerlei maatregelen bedacht om langer werken te stimuleren. De Commissie Bakker noemt het fiscaal belonen van langer blijven werken en een flexibele toepassing van de AOW. Dit roept de vraag op hoe het uittredepatroon van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel er nu uitziet.

Hiertoe is op basis van personeelsgegevens vanaf 2000 een reconstructie gemaakt, waaruit blijkt hoe groot de kans is dat een 50-jarige werknemer uit de verpleging en verzorging bij het huidige uittredepatroon nog als 60-jarige in dienst is (Figuur 4.5).

<sup>9</sup> De vraagstelling is in 2007 iets veranderd waardoor het mogelijk was om ook gezondheidsproblemen als vermijdbare vertrekredenen te noemen. Daardoor nam de vermijdbare vertrekreden "het werk wordt fysiek te zwaar" waarschijnlijk af.

**Figuur 4.5 De kans dat een vijftigjarige uit de verpleging en verzorging ook op latere leeftijd nog in de zorgsector werkzaam is (gebaseerd op overgangskansen per leeftijdscategorie in het betreffende onderzoeksjaar)**



Bron: LKG, PGGM-deelnemersbestand en Exitinterviews

Gegevens 2000 en 2003, 2004, 2005 op basis van LKG, 2006, 2007 op basis PGGM.

Uit de reconstructie blijkt dat de vijftigjarige verpleegkundige of verzorgende in 2000 51% kans gehad heeft om met 59 jaar met (pre)pensioen te gaan. De helft was dus al voor dat moment vertrokken. In 2003 bedroeg de kans op het werkzaam halen van de 59-jarige leeftijd in de verpleging of verzorging 66%. De laatste jaren 2004-2007 verandert er niet zo veel en bedraagt de kans ruim 75%. Een kwart is dus al voor de leeftijd van 60 jaar vertrokken uit de zorg.

In de periode 2000-2004 zijn verpleegkundigen en verzorgenden steeds langer blijven werken, daarna stopt de toename. Een op de vijf vertrekt nu nog voor het bereiken van de (pré)pensioengerechtigde leeftijd. Dit betekent hoe dan ook dat zonder flankerend beleid voor een substantiële groep mensen de veranderingen in de pensioenregelingen en AOW waarschijnlijk geen effect zullen hebben. Deze groep is immers voor de pensioengerechtigde leeftijd al vertrokken. Tegelijkertijd wordt de pensioenleeftijd wel relevanter: steeds meer mensen, momenteel vier van de vijf, zetten pas bij het bereiken van die leeftijd een streep onder hun betaalde loopbaan.

### 4.3 Personeelsbeleid gericht op leeftijd-, loopbaan- en levensfasen

Extra initiatieven en activiteiten zijn nodig om medewerkers langer en gemotiveerd aan het werk te houden. Dit geldt zoals we al eerder zagen niet alleen voor de sector Zorg en WJK maar voor de arbeidsmarkt als geheel. Om deze reden nemen zowel overheden als werkgevers- en werknemersorganisaties initiatieven om bedrijven en instellingen te ondersteunen bij gericht beleid. Doorgaans onder noemers als leeftijdsbewust personeelsbeleid, levensfasebewust personeelsbeleid of ouderensbeleid. In deze paragraaf geven we eerst een toelichting op inhoud en achtergrond van dit beleid om vervolgens de genomen initiatieven en behaalde resultaten te beschrijven. Daarbij kijken we ook buiten de sector Zorg en WJK. Immers, enkele andere sectoren kunnen worden aangemerkt als voorlopers op dit terrein.

### 4.3.1 Leeftijd, levensfase en loopbaanfase

Veroudering van de werknemerspopulatie, maar ook de langere carrières die medewerkers doorgaans hebben in de zorg, stellen nieuwe eisen aan de organisatie van het werk en het te voeren personeelsbeleid. Medewerkers moeten langdurig, gemotiveerd, productief en gezond aan de slag kunnen blijven. Belangrijkste risico's zijn de technische en economische veroudering van medewerkers. Technische veroudering gaat over de gezondheidseffecten van langdurige eenzijdige belasting. Dit kan zowel gaan om fysiek zwaar werk als om werk dat mentaal of emotioneel zeer belastend is. Economische veroudering doelt op het risico dat medewerkers achter gaan lopen bij nieuwe kennis en ontwikkelingen.

De primaire beleidsinvulshoeken die tot nu toe gekozen worden, zijn die van arbeidsomstandigheden (Arbo, werkdruk, dienstroosters, taakaanpassingen) en scholing en mobiliteit. Dit heeft vooral geleid tot CAO-afspraken, die gericht zijn op het ontzien van de oudere medewerker, bijvoorbeeld door extra vrije tijd toe te kennen of door het vrijstellen van oudere medewerkers van het draaien van onregelmatige diensten. Deze generieke maatregelen staan inmiddels onder druk vanwege vermeende leeftijdsdiscriminatie. Minstens zo belangrijk is echter dat de groep medewerkers die gebruik kan maken van deze regelingen groeit, waardoor problemen kunnen ontstaan in de bedrijfsvoering en de kosten toenemen. Ook passen generieke maatregelen niet langer binnen de veranderde visie op arbeidsvoorwaarden, die staat voor maatwerk en individualisering (denk bijvoorbeeld aan zaken als een keuzemodel arbeidsvoorwaarden en een individueel scholingsbudget).

Omdat ook blijkt dat voor een duurzame inzet van medewerkers al vroeg een start moet worden gemaakt (voordat er daadwerkelijke problemen zijn), is leeftijdsbewust personeelsbeleid verbreed naar levensfasebewust personeelsbeleid. Maatwerk voor alle medewerkers vormt daarbij een belangrijk uitgangspunt. Levensfasebewust personeelsbeleid wordt gedefinieerd als:

*Het beleid dat zich richt op de duurzame en optimale inzetbaarheid van alle medewerkers binnen een organisatie door rekening te houden met hun actuele levensfase en de daarbij behorende specifieke kenmerken en behoeften (Stoffelsen e.a., 2008).*

Levensfasebewust personeelsbeleid is meestal actief op drie fronten:

- curatief beleid om bestaande problemen met de inzetbaarheid van medewerkers op te lossen;
- preventief beleid om inzetbaarheidproblemen te voorkomen en te zorgen dat het potentieel van alle medewerkers optimaal benut wordt;
- bestrijding van negatieve beeldvorming over ouderen.

Specifieke aandacht voor de oudere werknemers blijft nodig, omdat nog steeds veel vooroordelen bestaan over oudere werknemers. In organisaties leidt dit soms tot minder aandacht voor ouderen in het personeelsbeleid, zoals: minder mogelijkheden voor scholing en minder vaak functioneringsgesprekken.

De levensfasen die doorgaans worden onderscheiden, staan vermeld in het volgende kader.

#### **De jonge starter**

Fase bij het betreden van de arbeidsmarkt, waarin de medewerker zich nog moet oriënteren op het werk en de eigen kwaliteiten in relatie daarmee. Kenmerkend in deze fase is: grote inzet, zich snel willen ontwikkelen, behoefte aan begeleiding. Deze fase kan zich later herhalen als medewerkers iets totaal anders gaan doen.

#### **Spitsuur**

Fase waarin cruciale loopbaanstappen worden gezet, vaak in combinatie met het krijgen van kinderen, waardoor ook de vraag naar een nieuwe balans relevant wordt. De kenmerken van deze fase hangen af van de gekozen taakverdeling en leiden tot specialisatie en verdieping in het werk of juist tot stagnatie in de loopbaanontwikkeling.

#### **Stabilisatie- of balansfase**

In deze fase zitten medewerkers vaak op een piek in hun carrière en dient zich de vraag aan hoe men nog verder wil. Herbezinning op de eigen carrière, maar ook zingevingvragen zijn daarbij aan de orde. Essentiële keuzes voor de laatste fase van de loopbaan worden vaak in deze fase gemaakt.

#### **Deskundige senior of afbouwende senior**

Deze fase laat een grote diversiteit zien in inzetbaarheid van medewerkers. De herbezinning uit de vorige fase kan leiden tot nieuwe keuzes waardoor deze medewerkers als het ware weer 'starters' worden. Ook kan er sprake zijn van afname van de belastbaarheid en afbouw van de loopbaan. De privé-situatie gaat vaak een belangrijker rol spelen (kleinkinderen, mantelzorg).

Het mag duidelijk zijn dat de wensen en behoeften van medewerkers samenhangen met hun levens- en loopbaanfase. Hoewel de in te zetten maatregelen en personeelsinstrumenten om tegemoet te komen aan deze wensen en behoeften zeer divers kunnen zijn, is levensfasebewust personeelsbeleid geen nieuw losstaand onderdeel van het personeelsbeleid. Het is meer een kijkrichting vanuit levens- en loopbaanfasen, waarbij bestaande personeelsinstrumenten 'op maat' kunnen worden ingezet. Dit kan zowel gaan om aanpassing van arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsinhoud als om arbeidsverhoudingen.

In onderstaand schema staan per fase enkele voor deze fase typerende maatregelen genoemd.

**Schema 4.1 Voorbeelden van typerende maatregelen per levensfase**

Fasen	Voorbeelden van maatregelen
de jonge starter	inwerktraject, structurele begeleiding en coaching, feedback
spitsuur	parttime werken, flexibel werken, opleidingen
stabilisatie- of balansfase	POPs, coaching, scholing, mogelijkheden om te netwerken
deskundige senior of afbouwende senior	inzet als supervisor/mentor, scholing in nieuwe ontwikkelingen, arbo-maatregelen, regelingen voor minder werken

### 4.3.2 Levensfasebewust personeelsbeleid in de praktijk

Levensfasebewust personeelsbeleid (of leeftijdsbewust personeelsbeleid) staat al geruime tijd op de agenda. In de loop der jaren zijn er veel initiatieven ontplooid om handen en voeten te geven aan dit beleid, zowel vanuit de overheid als vanuit verschillende branches. In deze paragraaf schenken we allereerst aandacht aan programma's waarmee de overheid levensfasebewust personeelsbeleid wil stimuleren. Vervolgens nemen we de stand van zaken rondom levensfasebewust personeelsbeleid in Zorg en WJK onder de loep, waarna we afsluiten met levensfasebewust personeelsbeleid in enkele andere sectoren van de Nederlandse economie (onderwijs en bouw).

#### Initiatieven vanuit de overheid

Vanuit de overheid is er met name het laatste decennium veel aandacht geweest voor het onderwerp levensfasebewust personeelsbeleid. Primaire invalshoek was daarbij met name de arbeidsparticipatie van de oudere werknemer te bevorderen. In de laatste jaren is er een tweetal projectgroepen vanuit de overheid opgezet die een studie op dit terrein hebben verricht: de Commissie Arbeidsparticipatie (ook wel bekend staand als de 'Commissie Bakker') en de Regiegroep GrijsWerk.

#### *Commissie Arbeidsparticipatie*<sup>10</sup>

In dit rapport is al enkele malen verwezen naar het werk van de Commissie Bakker. Voor de volledigheid wordt hier de achtergrond en de voorstellen van deze Commissie nog eens kort samengevat. De Commissie Bakker heeft in 2007 van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) de opdracht gekregen voorstellen te formuleren die ertoe leiden dat in Nederland meer mensen meer aan het werk gaan en de werking van de arbeidsmarkt verbetert. In hoofdlijnen volgt de commissie de volgende drie oplossingsrichtingen:

- voorstellen om nu meer mensen aan het werk te krijgen;
- voorstellen om structureel aan te sturen op inzetbaarheid en werkzekerheid;
- voorstellen om mensen geleidelijk langer te laten werken.

De commissie Bakker doet een aantal concrete voorstellen om medewerkers te stimuleren door te werken tot (na) de AOW-leeftijd. Het gaat onder meer om de volgende voorstellen:

- een substantiële verhoging van de arbeidskorting;
- werknemers die langer werken krijgen belastingverlaging;
- werkgevers krijgen een premievrijstelling voor het in dienst nemen van oudere werknemers;
- geleidelijke verhoging van de AOW- en pensioenleeftijd.

#### *Regiegroep GrijsWerk*<sup>11</sup>

De regiegroep GrijsWerk is (na een kabinetsstandpunt in 2004) ontstaan om een vervolg te kunnen geven aan de aanbevelingen van de Taskforce Ouderen en Arbeid. Als opdracht kreeg deze regiegroep mee: beelden bijstellen, beleid beïnvloeden en beweging bevorderen omtrent de inzetbaarheid van de oudere medewerker. De aanbevelingen van de regiegroep zijn gericht op personen en organisaties uit alle schakeringen van de samenleving, zoals: werknemers, werkgevers, overheid, brancheverenigingen, profit-bedrijven, non-profit organisaties, ministers, sociale partners en HRM-adviseurs.

<sup>10</sup> Naar een toekomst die werkt, Hoofdlijnen Advies Commissie Arbeidsparticipatie (juni 2008)

<sup>11</sup> Zeg eens B, Eindrapportage regiegroep Grijs Werk (februari 2008)

Een kleine greep uit de aanbevelingen van de regiegroep GrijsWerkt:

- levensfasebewust personeelsbeleid moet een onderdeel vormen van elke CAO;
- geef O&O-fondsen een actieve rol in het promoten van levensfasebewust personeelsbeleid;
- ontwikkel een meetpraktijk voor effectmetingen van programma's rondom levensfasebewust personeelsbeleid in branches;
- een geleidelijke verhoging van de AOW-leeftijd;
- een publiekscampagne opzetten voor het motiveren van mensen om aan hun (blijvende) inzetbaarheid als medewerker te werken;
- uitreiken van de Senior Power-prijs voor voorbeeldorganisaties op het gebied van levensfasebewust personeelsbeleid.

De regiegroep GrijsWerkt heeft (zorg)organisaties de mogelijkheid gegeven subsidieaanvragen te doen voor initiatieven op het gebied van levensfasebewust personeelsbeleid. Van deze aanvragen voor subsidieregelingen was 10% afkomstig uit Zorg en WJK, dit is minder dan het aandeel van Zorg en WJK op de arbeidsmarkt.

Wat zijn volgens de Regiegroep GrijsWerkt de essentiële elementen van succesvol levensfasebewust personeelsbeleid in organisaties? Voor alle medewerkers van de organisatie dient een individueel toekomstplan opgesteld te worden, zodat medewerkers gemotiveerd blijven en zelf ook kansen zien. Het vaststellen van kwaliteiten en interesses is voor alle medewerkers van belang, ook voor de oudere werknemers. Zij moeten zich gewaardeerd voelen door de organisatie, onder andere door net zoals jongere medewerkers kansen te krijgen binnen de organisatie.

De Senior Power Prijs wordt door de regiegroep uitgelooft aan bedrijven die actief bezig zijn met leeftijdsbewust personeelsbeleid. In 2006 brachten een ziekenhuis en een verpleeghuis hun beleid in om mee te dingen voor de prijs. Bewustwording van het probleem, individuele aanpak en preventie om het werk langer vol te houden kwamen hierbij naar voren. In 2006 won een bestratingsbedrijf, dat samen met de medewerkers nadacht over hoe leeftijdsbewust personeelsbeleid binnen het bedrijf vorm diende te krijgen. Binnen dit bestratingsbedrijf was men fundamenteel van denkwijze veranderd. In plaats van een persoon bij de baan te zoeken ging dit bedrijf een baan bij de persoon zoeken.

In 2007 waren twee GGZ-instellingen genomineerd voor de Senior Power Prijs. Beide instellingen richtten zich op beleid dat op het individu is toegespitst. Hierbij is bewustwording van groot belang, gecombineerd met het zelf zien van kansen en mogelijkheden.

De regiegroep GrijsWerkt is in 2007 opgehouden te bestaan. Vanuit het ministerie van SZW is er wel een vervolg gegeven aan de regiegroep door de installatie van het Actieteam Talent 45+.<sup>12</sup>

#### **Initiatieven in Zorg & WJK**

Voorals in de zorg wordt vergrijzing door een meerderheid van de werkgevers als knelpunt ervaren, zo bleek al uit de werkgeversenquête's uit 2006 en 2007 ([www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). In vergelijking met andere terreinen van personeelsbeleid, gaven relatief weinig werkgevers prioriteit aan levensfasegericht personeelsbeleid. Tegelijkertijd zien we echter dat de thematiek rondom levensfasebewust personeelsbeleid in Zorg en WJK de laatste jaren een 'hot topic' geworden is. Zowel op brancheniveau als op individueel organisatieniveau zijn programma's ontwikkeld op het terrein van levensfasebewust personeelsbeleid.

<sup>12</sup> Zie voor meer informatie <http://www.talent45plus.nl>

Zonder andere initiatieven tekort te willen doen, willen we hierna kort ingaan op het project 'Op (leef)tijd inzetbaar', het 'Handboek levensfasebewust personeelsbeleid', de 'toolkit levensfasegericht personeelsbeleid', en 'Werken in de zorg na je 50e'.

#### *Project 'Op (leef)tijd inzetbaar'* <sup>13</sup>

Mede gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is in 2006-2007 het project 'Op (leef)tijd inzetbaar' uitgevoerd door Movisie. Aan dit 'doorbraakproject' namen zeven thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingshuizen deel. Het project kenmerkt zich door het praktische karakter. Het gaat veeleer om plannen in de praktijk te realiseren dan het bedenken van plannen achter het bureau. Daarnaast is het project ook gericht op het uitwisselen van de ervaringen van de zorgorganisaties die deelnemen aan het project. De deelnemende zorgorganisaties waren zeer positief over dit project.

#### *'Handboek levensfasebewust personeelsbeleid'* <sup>14</sup>

In 2007 is FCB<sup>15</sup> begonnen met een project dat levensfasebewust personeelsbeleid in de branches Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang wil stimuleren. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een handboek levensfasebewust personeelsbeleid dat op de website van FCB/WJK voor iedereen toegankelijk is. Het handboek beschrijft een duidelijk kader voor levensfasebewust personeelsbeleid en geeft de P&O-er een praktisch instrumentarium voor levensfasebewust personeelsbeleid. Tenslotte gaat het handboek in op een aantal meetinstrumenten die de behoeften van een medewerker in een bepaalde levensfase in kaart brengen.

#### *Toolkit levensfasegericht personeelsbeleid* <sup>16</sup>

Ook de StAZ<sup>17</sup> heeft op haar website een aantal projecten en instrumenten geplaatst die ziekenhuizen kunnen ondersteunen bij het vormgeven van levensfasebewust personeelsbeleid. De toolkit die op de website staat kan bijvoorbeeld uitstekend gebruikt worden voor het peilen van de noodzaak voor het ontwikkelen van levensfasebewust personeelsbeleid.

#### *'Werken in de zorg na je 50ste'*

Aansluitend op bovenstaande initiatieven is het ook interessant te vermelden dat Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de provincie Groningen, Zorgplein Noord en Vilans in de provincie Groningen in de laatste vier maanden van 2008 het project 'Werken in de zorg na je 50ste' uitvoeren. Het project eindigt in januari 2009 met een werkconferentie over de 50+ arbeidsproblematiek, noodzakelijke oplossingen daarvoor, best practices en afspraken over de implementatie daarvan.

#### *Resultaten van programma's levensfasebewust personeelsbeleid*

Er zijn op overheids- en brancheniveau het afgelopen decennium dus al de nodige programma's rondom levensfasebewust personeelsbeleid ontwikkeld. De vraag rijst nu wat deze programma's aan resultaten hebben opgeleverd. Op brancheniveau zijn er in Zorg en WJK, voor zover nu bekend, geen effectstudies betreffende de invoering van programma's rondom levensfasebewust personeelsbeleid uitgevoerd.

<sup>13</sup> Zie voor meer informatie <http://www.leeftijdophetwerk.nl/doorbraak/>

<sup>14</sup> Zie voor meer informatie <http://www.fcbwjk.nl>

<sup>15</sup> FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvraagstukken, in 2004 in het leven geroepen door sociale partners om de branches Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang te ondersteunen.

<sup>16</sup> Zie voor meer informatie <http://www.staz.nl/>

<sup>17</sup> Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, organisatie van sociale partners in de branche Ziekenhuizen



##### *Levensfasebewust personeelsbeleid in de CAO's van Zorg en WJK*

Wat zeggen sociale partners in Zorg en WJK over levensfasebewust personeelsbeleid? Zijn hierover al afspraken vastgelegd?

In de meeste CAO's in Zorg en WJK zijn bepalingen opgenomen voor het ontzien van oudere medewerkers. Het gaat dan om extra vrije dagen voor oudere medewerkers en mogelijkheden om minder onregelmatig te werken. Daarnaast zijn er in diverse CAO's regelingen opgenomen die ondersteunend zijn voor de invoering van levensfasebewust personeelsbeleid. Deze bepalingen hebben betrekking op de onderwerpen: scholing, loopbaan en mobiliteit, arbeid- en -zorgregelingen, voorzieningen op het gebied van arbo- en gezondheid, functioneringsgesprekken, persoonlijke ontwikkelingsplannen en budgetten hiervoor en arbeidsduur en werktijden.

Ook worden aanzetten gegeven om de 'ontziemaatregelen' op termijn te vervangen door een meer geïntegreerd levensfasebewust personeelsbeleid dat gericht is op alle leeftijds- of levensfasegroepen.

Ter illustratie staan in onderstaand kader enkele citaten of samenvattingen van de bedoelde afspraken.

##### **Gehandicaptenzorg (Onderhandelaarsakkoord 2007-2008)**

Partijen spreken af om door de StAG een studie te laten verrichten naar mogelijkheden om te komen tot een toekomstbestendig levensfasebewust personeelsbeleid en het vergroten van de inzet en professionaliteit van medewerkers. De studie richt zich daarbij ook op de mogelijkheden om de bestaande leeftijdsfasegerichte regelingen op kostenneutrale wijze te hervormen in het licht van dit toekomstige levensfasebewust beleid.

Afspraken hierover zullen worden vastgelegd in de volgende CAO.

##### **Ziekenhuizen (CAO 2008-2009)**

Ziekenhuizen en ggz gaan ongeveer hetzelfde traject: CAO partijen hebben de intentie uitgesproken om de huidige leeftijdsafhankelijke verlofregelingen door te ontwikkelen naar een nieuw verlofmodel. Een model uitgaande van een persoonlijk levensfasebudget op basis van dienstjaren wordt hierbij gezien als beloftevol, onderhandelbaar en uitwerkbaar. Dit model wordt door partijen als een serieuze mogelijkheid gezien om de vigerende leeftijdsgebonden verlofregelingen te vervangen. Partijen verwachten dat dit model beter aansluit op de wensen van werknemers en werkgevers, rekeninghoudend met de maatschappelijke en demografische ontwikkelingen. Partijen hebben om die reden besloten om gedurende de looptijd van deze CAO te komen tot een uitwerking van dit model waarbij het streven van partijen is om dit model te implementeren in de CAO Ziekenhuizen.

##### **Jeugdzorg (CAO 2008-2010)**

Partijen stellen een onderzoek in naar de mogelijkheden voor loopbaanpaden binnen de branche, zowel binnen organisaties als over de grenzen van organisaties heen. De doelstelling is dat 31 december 2009 zicht bestaat op de mogelijkheden voor loopbaanpaden, zodat gedurende de looptijd van deze CAO ondersteunend instrumentarium kan worden ontwikkeld en aan de branche ter beschikking kan worden gesteld.

Door verschillende branches wordt onderzoek uitgevoerd hoe de ontzietmaatregelen kunnen worden vervangen door andere maatregelen die op alle medewerkers zijn gericht. Onderstaande onderzoeksprojecten uit de ggz zijn wat dat betreft illustratief:

#### **Projecten leeftijdsbewust personeelsbeleid in de ggz**

Het O&O-fonds ggz voert in het kader van de subsidieregeling Leef tijdsbewust personeelsbeleid twee projecten uit.

##### *Balans en maatwerk in ontzie- en preventiemaatregelen in de ggz*

In 3 ggz-instellingen wordt onderzocht welke problemen kunnen ontstaan wanneer ontzietmaatregelen worden vervangen door preventiemaatregelen. Helder moet worden welke ontzietmaatregelen vervangen kunnen worden door preventiemaatregelen en welke wensen en behoeften er zijn bij medewerkers, onderscheiden naar functie en levensfase. Dit onderzoek moet resulteren in een implementatieplan voor de gehele ggz.

##### *Goed werkgeverschap en goed werknemerschap in de ggz*

In 3 ggz-instellingen wordt onderzocht hoe binnen de ggz gedacht wordt over de verantwoordelijkheden van werkgevers en werknemers als het gaat om het optimaal inzetbaar zijn en houden van verschillende typen werknemers (handen aan het bed, voorwaardenscheppend personeel en management) in verschillende leeftijdsklassen (starter, midden, ervaren). Op basis hiervan wordt een overzicht vastgesteld met voorwaarden waaraan vanuit werknemers en werkgevers moet worden voldaan, zodat individuele werknemers deze verantwoordelijkheden ook (kunnen) nemen. Resultaat is onder meer een brochure met daarin een gespreksleidraad voor OR, P&O, leidinggevend en directie, om over wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden te praten. Beide projecten lopen door tot september 2009.

##### *Levensfasebewust personeelsbeleid in de instellingspraktijk*

Uiteraard zijn er ook talloze zorgorganisaties geweest die de afgelopen jaren specifiek beleid op dit gebied hebben ontwikkeld. Hierbij kan worden gedacht aan de volgende maatregelen:

- ontwikkelen van een instrument voor strategische personeelsvoorziening;
- programma's die bewustzijn voor de eigen persoonlijke ontwikkeling stimuleren, hiermee wordt getracht de employability van medewerkers te vergroten;
- ontwikkelingsbehoeften (of wensen op een ander vlak) die samenhangen met de levensfase van een medewerker worden als vast onderdeel in de cyclus van functioneringsgesprekken opgenomen;
- onderzoek naar de aspecten van werktevredenheid van medewerkers in verschillende levensfasen.

Ook van deze initiatieven is (althans op dit moment nog) moeilijk te achterhalen wat de objectief meetbare successen zijn geweest. Daarentegen zijn er binnen zorgorganisaties op het niveau van de individuele medewerker wel de nodige succesverhalen te vertellen. De vraag of de zorgorganisatie nu een structureel antwoord heeft gevonden op de problematiek van de naderende personeels tekorten, blijft echter onbeantwoord.

#### **Initiatieven in andere sectoren**

Ook in andere branches vergrijs de werknemerspopulatie. Ook daar staat men voor de uitdaging personeel langer gemotiveerd inzetbaar te houden. Een aantal branches is qua problematiek verge-

lijkbaar met de sector Zorg en WJK of aan te merken als voorloper op dit terrein. In deze paragraaf zoomen we in op het onderwijs en de bouw, branches waar het werk zwaar belastend is. Voor het onderwijs geldt bovendien dat dit een van de sterkst vergrijsde branches is. Overeenkomst met de sector Zorg en WJK is dat vrouwelijke werknemers veruit in de meerderheid zijn en dat de mentale en emotionele arbeidsbelasting zwaar is. De bouw is vooral vergelijkbaar met de sector Zorg vanwege de zware lichamelijke belasting van het werk, met op het eerste gezicht weinig banen waar de fysieke belasting aanmerkelijk lager is. De bouw geldt bovendien als voorloper op het terrein van levensfasebewust personeelsbeleid. Daar ontwikkelde programma's kunnen mogelijk dienen ter inspiratie voor de sector Zorg en WJK.

##### *Onderwijs*

In het onderwijs gaat de komende tien jaar een groot deel van de leraren met pensioen. De leeftijd waarop werknemers uit dienst treden ligt momenteel rond de 61-62 jaar (Zwart en Heijdel, 2006). Tegelijkertijd is nu al sprake van een oplopend aantal vacatures. Het onderwijs is een van de branches waar de verwachte personeelstekorten tot 2012 het hoogst zullen zijn (ROA, 2007). Deze tekorten zullen naar verwachting het hoogst zijn in het voortgezet onderwijs. In de vier grote steden is de prognose voor het tekort ongeveer tweemaal zo hoog als in andere regio's. Verschillende partijen in het onderwijs spannen zich daarom in om de dreigende lerarentekorten aan te pakken.

Recent is veel onderzoek gedaan naar het personeelsbeleid dat onderwijsinstellingen voeren. Hieruit blijkt dat de overgrote meerderheid van de onderwijsinstellingen zich nog in de oriëntatie- en ontwikkelingsfase bevindt van leeftijdsbewust personeelsbeleid (Besten en Vries, 2008; Vrieling en Hogeling, 2008). Ook komt naar voren dat ouderen eerder minder dan meer aandacht krijgen in het personeelsbeleid. Zowel met ouderen als met onderwijsondersteuners worden minder vaak functioneringsgesprekken gehouden. Bovendien richt de inhoud van de gesprekken zich vooral op de werkplanning en de samenwerking binnen het team, en te weinig op loopbaanmogelijkheden, werkstress en autonomie, wat belangrijke thema's voor ouderen zijn. Uit onderzoek naar de voorwaarden waaronder werknemers langer willen doorwerken (Zwart en Heijdel, 2006) komen verschillende maatregelen naar voren: mogelijkheden om minder uren te werken met behoud van salaris, switch in arbeidstaken (minder of juist meer organisatorische taken), roosteraanpassingen, verbetering van de werksfeer en meer aandacht voor de positie van de oudere werknemer in het personeelsbeleid.

Maatregelen die door de onderwijsinstellingen worden uitgevoerd richten zich vooral op de oudere medewerkers en de uitvoering van CAO-afspraken hierover. Het betreft hier vooral ontsieemaatregelen die op individuele basis worden toegepast. Meer integraal levensfasebewust personeelsbeleid, waarin rekening wordt gehouden met veranderende behoeften van werknemers in de verschillende fases van hun loopbaan, vindt nog weinig plaats. Vooral de middengroep, leraren van 40 tot 50 jaar, krijgt weinig aandacht (Bergen en Verheij, 2006). Belangrijkste CAO-regelingen die gericht zijn op 50+ers zijn regelingen die het mogelijk maken om onder financieel aantrekkelijke omstandigheden (zoals de BAPO<sup>18</sup> en de SOP<sup>19</sup>) minder uren te kunnen gaan werken. Dit sluit goed aan bij de wensen van oudere leerkrachten. Zij vinden de werkdruk namelijk hoog, evenals het gebrek aan regelmogelijkheden vanwege vaststaande roosters en nieuwe onderwijsmethodes. Een groot deel van de medewerkers van 52 jaar of ouder maakt gebruik van deze regelingen en is positief over de bijdrage van deze regelingen aan het duurzaam inzetbaar houden van oudere medewerkers (Zwart

<sup>18</sup> BAPO: Regeling bevordering arbeidsparticipatie ouderen

<sup>19</sup> SOP: Seniorenregeling onderwijspersoneel voor het Hoger Beroepsonderwijs

en Heijdel, 2006). Werkgevers in de onderwijssector staan minder positief tegenover regelingen zoals de BAPO. De kosten van deze regelingen zijn hoog.

In 2008 is door de overheid, werkgevers- en werknemersorganisaties in het onderwijs het convenant Leerkracht van Nederland ondertekend, waarin afspraken zijn vastgelegd over een betere beloning, meer carrièremogelijkheden en een Lerarenbeurs voor extra scholing, om zo de dreigende lerarentekorten aan te pakken. De Lerarenbeurs houdt in dat leraren een impuls kunnen geven aan hun loopbaan door een lerarenbeurs voor scholing aan te vragen. Hierbij krijgen leraren eenmalig de kans hun kennis bij te spijkeren met een opleiding. De overheid neemt een groot deel van de kosten hiervan voor haar rekening en ook worden eventueel vervangende leerkrachten betaald. De regeling is door zijn enorme populariteit inmiddels uitgebreid.

Publicaties als 'Tevreden blijven werken in het onderwijs' (Vrieling en Hogeling, 2008) en 'Lak aan leeftijd?' (Besten en Vries, 2008) beschrijven de stand van zaken omtrent de implementatie van leeftijdsbewust personeelsbeleid op dit moment en bieden handvatten voor invoering van specifiek beleid in de onderwijsinstellingen.

CAO-partners hebben afgesproken om in hun CAO-overleg voor 1 januari 2010 afspraken te maken over levensfasebewust personeelsbeleid. De CAO's van beroepsonderwijs en volwassenen-educatie, het voortgezet onderwijs en het primair onderwijs hebben een looptijd tot 2008-2009. Daar zijn nog geen concrete nieuwe afspraken gemaakt over levensfasebewust personeelsbeleid, maar bestaan de eerder beschreven regelingen en ontsiemaatregelen nog wel. In het hoger beroeps-onderwijs hebben CAO-partijen vooruitlopend op het convenant Leerkracht afspraken gemaakt over levensfasebewust personeelsbeleid.

#### **CAO Hoger Beroepsonderwijs 2008-2010**

Gesteld doel is om elke medewerker uit te dagen zijn talenten maximaal in te zetten. Elke hogeschool maakt daartoe een ontwikkelplan dat gericht is op alle medewerkers in elke fase van zijn/haar loopbaan. Individuele opleidingsbudget (inclusief vervangingskosten), uitwisselingprogramma's en promotietrajecten maken deel uit van dit beleid. Hiervoor maakt elke hogeschool 1,4% van de loonsom aan extra gelden beschikbaar.

#### *Bouw*

Het personeelsbestand in de bouwnijverheid vergrijsd in een nog sneller tempo dan in andere branches. De verwachting is dat in 2010 een kwart van de werknemers 55 jaar of ouder is. Tegelijkertijd daalt de instroom van jonge werknemers. Loopbaanbeleid is daarom van groot belang. De lichamelijke belasting van het werk in de bouw is hoog en het is voor een groot deel van de medewerkers zwaar deze mate van fysieke belasting tot het einde van hun werkzame leven vol te houden. Daarnaast neemt in de bouwsector het aantal functies voor lager opgeleid personeel af en groeit het aantal functies waarvoor een hoger opleidingsniveau vereist is. Deze ontwikkeling maakt de noodzaak om het huidige personeel in de bouw van een goed loopbaanbeleid te voorzien, alleen maar groter.

In de bouw is afgelopen jaren hard gewerkt aan het opzetten van dergelijk beleid. Tussen 2002 en 2004 werd een pilotproject uitgevoerd (IJsbrand en Dun, 2005). Dit gebeurde naar aanleiding van CAO-afspraken uit 2001, die als doel hadden om voortijdige uitstroom van medewerkers door arbeidsongeschiktheid of onvoldoende carrièreperspectief te voorkomen. Het project stimuleerde en ondersteunde mensen in een transitieproces naar ander werk binnen het eigen bedrijf, bij een

ander bedrijf binnen de branche en soms buiten de bouwnijverheid. Voorbeelden van dergelijke transitie zijn: van metselaar naar kraanmachinist en van timmerman naar onderwijsassistent. Meer dan 500 medewerkers maakten gebruik van de geboden mogelijkheden en naar schatting voorkwamen enkele tientallen medewerkers dat ze in de WAO zouden belanden. Aan de hand van deze succesvolle pilot werd het loopbaanbeleid vervolgens omgezet naar een faciliteit voor alle medewerkers in de Bouwnijverheid en vastgelegd in de CAO.

Sinds 2006 is in de CAO Bouwnijverheid opgenomen dat medewerkers kunnen deelnemen aan een loopbaantraject met als doel om de juiste persoon op de juiste plaats te krijgen. Onderdelen van dit loopbaantraject zijn:

- loopbaancheck: Werknemers kunnen op een website een loopbaancheck doen waaruit blijkt of zij een passende baan hebben of dat zij zich beter verder kunnen ontwikkelen.
- trajectadviseur: Het resultaat van de check kan opgestuurd worden naar een trajectadviseur die aan de hand van een aantal testjes en gesprekken met de werknemer vaststelt wat een geschikte richting is om zich verder in te ontwikkelen.
- opleidingsplan: Vervolgens wordt een opleidingsplan opgesteld waarvoor naast de trajectadviseur en de werknemer, ook de werkgever zijn goedkeuring dient te geven. Met de werkgever worden ook afspraken gemaakt over het al op kleine schaal mogen uitvoeren van activiteiten die de werknemer leert in het opleidingstraject.

Naar schatting ongeveer 80% van de werknemers blijft op basis van een dergelijk traject bij de eigen werkgever. Er wordt binnen het bedrijf van functie gewisseld. Daarbij is er geen garantie op salaris, het kan dus zijn dat werknemers minder gaan verdienen. Opleidingen en trajectadviseurs worden betaald vanuit het opleidingsfonds (CAO), waarin zowel werknemers als werkgevers geld storten. Het gaat hierbij om een collectief fonds met individuele trekkingsrechten.

In het verlengde van de CAO-afspraken zijn FNV Bouw en Bouwend Nederland<sup>20</sup> het project 'Leeftijd? Geen punt' gestart. Dit project heeft als doel om samen met een geselecteerde groep werkgevers en werknemers, met name in het midden- en kleinbedrijf, mogelijkheden te creëren om gezond te kunnen blijven werken. Aan de hand van de geboden kennis dienen de deelnemende bedrijven aan het eind van dit project samen met hun werknemers een individueel toekomstplan voor de komende vijf jaar te maken. Belangrijke onderdelen in deze trajecten zijn:

- nulmeting: de deelnemende bedrijven zijn met elkaar vergeleken ten aanzien van soort werkzaamheden, mate van vergrijzing, bedrijfsomvang, beroepen, bedrijfsactiviteiten, etc.
- bedrijfsrapportage: vervolgens is er van alle bedrijven samen een zogenoemde bedrijfsrapportage gemaakt. Hierin worden de gegevens van de keuringen van de werknemers van de deelnemende bedrijven geanonimiseerd weergegeven. Het rapport vertelt hoe het met de gezondheid van de werknemers gaat en wat ze van hun werk vinden.

Aan de hand van deze gegevens zijn knelpunten geïnventariseerd die doorwerken in de weg kunnen staan. De belangrijkste knelpunten hebben betrekking op communicatie, gezondheid, werkplanning en ontwikkeling.

Het project 'Leeftijd? Geen punt' draagt informatie aan om deze knelpunten op te lossen en laat werknemers nadenken over wat ze binnen nu en vijf jaar willen met hun werk. Deze informatie wordt samen met de werkgever vastgelegd in een individueel toekomstplan. Het project loopt nog steeds. Nieuwe activiteiten volgen.

<sup>20</sup> Bouwend Nederland, de vereniging van bouw- en infrabedrijven, is met circa 5.000 bedrijven de grootste werkgeversorganisatie in de bouw

### Voorbeelden van intra- en intersectorale mobiliteit

#### *Binnen de sector*

1. Van bouwvakker naar bouwvakker 'aangepast':
  - Maandag en dinsdag volledig inzetbaar als bouwvakker;
  - Woensdag, vissen. Een dag hersteltijd, werknemer levert adv-dagen in, werkgever legt iets bij aan vrije tijd);
  - Donderdag coacht en begeleidt hij de jonge bouwvakkers en leerlingen, mentor, training;
  - Vrijdag zet hij alles klaar voor de volgende week met een heftruck (lichamelijk licht werk) en koopt bier voor de vrijdagmiddagborrel.
- Deze bouwvakker functioneert als een soort praktijkbegeleider.
2. Van timmerman naar bouwcalculator
3. Van metselaar naar kraanmachinist

#### *Buiten de sector*

1. Van dakdekker naar verzorgende in een verzorgingshuis
2. Van timmerman naar onderwijsassistent
3. Van steigerbouw naar beveiliging

Ook in de bouw zijn geen overkoepelende effectstudies uitgevoerd. Wel zijn er de nodige beschrijvingen van succesvolle praktijkvoorbeelden, meestal op individueel niveau. In het hiervoor gepresenteerde kader staan enkele voorbeelden genoemd van de herplaatsing of mobiliteit van medewerkers uit de bouw naar andere functies, zowel binnen de bouw als naar andere sectoren.

#### 4.4 Samenvatting en conclusies

Het personeelsbestand in Zorg en WJK vergrijsd. Dat is vooral bij uitvoerend personeel van belang. In de periode 2000-2004 zijn verpleegkundigen en verzorgenden steeds langer blijven werken, daarna stokt de toename. Een op de vijf vertrekt nu nog voor het bereiken van de (pré)pensioengerechtigde leeftijd. Dit betekent hoe dan ook dat zonder flankerend beleid voor een substantiële groep mensen de veranderingen in de pensioenregelingen en AOW waarschijnlijk geen effect zullen hebben. Deze groep is immers voor de pensioengerechtigde leeftijd al vertrokken. Tegelijkertijd wordt de pensioenleeftijd wel relevanter: steeds meer mensen, momenteel vier van de vijf, zetten pas bij het bereiken van die leeftijd een streep onder hun betaalde loopbaan.

Momenteel worden door de overheid allerlei maatregelen bedacht om langer werken te stimuleren. De Commissie Bakker noemt het fiscaal belonen van langer blijven werken en een flexibele toepassing van de AOW. De discussie hierover is nog volop gaande, de effecten zijn nog niet duidelijk. De verwachting is hoe dan ook dat het aantal werkzame 50-plussers tussen nu en 2017 sterk zal toenemen, ook als de uittredeleeftijd van medewerkers niet wordt verhoogd.

Zorg en WJK staan voor de belangrijke uitdaging om mensen langer binnen de sector aan het werk te houden. Deze uitdaging is relatief groot voor Zorg en WJK. Met een aantal andere sectoren heeft zij gemeen dat er vaak sprake is van zwaar werk, fysiek, mentaal en/of emotioneel. We zien dit ook terug in de belangrijkste redenen voor vertrek: gezondheidsklachten en de (fysieke) zwaarte van het werk.

Extra initiatieven en activiteiten zijn nodig om medewerkers langer en gemotiveerd aan het werk te houden. Zowel overheden als werkgevers- en werknemersorganisaties bieden hierbij ondersteuning. Daarbij wordt gewerkt aan nieuwe CAO-afspraken over levensfasebewust personeelsbeleid, voor een deel ter vervanging van de bestaande ontzienaarrregelen. Andere initiatieven van de branche zijn gericht op initiatieven als subsidieprogramma's, fondsvorming, instrumentontwikkeling en netwerkvorming. Voor de sector Zorg en WJK geldt dat er al veel is ontwikkeld aan hulpmiddelen voor instellingen bij het vormgeven van dit beleid. Het komt nu aan op implementatie. Daarbij blijft voor alle levensfasen belangrijk dat er voldoende aandacht is voor het in de hand houden van de werkdruk en de hoge lichamelijke en geestelijke belasting. Het monitoren van behaalde resultaten ontbreekt vooralsnog en zou een bijdrage kunnen leveren aan het bepalen van de effectiviteit van genomen maatregelen.

## **5. Onderwijs en opleidingen**





## 5. Onderwijs en opleidingen

Ook al slaagt de sector er in om een (steen)goed behoudbeleid te realiseren, toch zal er een voortdurende vraag naar nieuw personeel blijven bestaan vanwege de voortgaande vergrijzing van de bevolking en de daaruit resulterende zorgvraag waarin voorzien moet worden (zie ook hoofdstuk 3). Omdat veel werk in Zorg en WJK scholing vergt, zijn de opleidingen de toegangspoort tot het werken in Zorg en WJK. Een groot deel van de nieuwe werknemers in Zorg en WJK is dus afkomstig uit het (beroeps)onderwijs.

Voor de sector is het van belang dat er voldoende instroom in de opleidingen plaatsvindt en dat de leerlingen die vaardigheden opdoen die nodig zijn voor het werk in de sector. In dit hoofdstuk kijken we eerst naar de studie- en beroepskeuze van leerlingen, waarbij we ingaan op de factoren die hierbij meespelen en op de vraag of middelbare scholieren interesse hebben in een baan in de zorg (paragraaf 5.1). Dit is mede bepalend voor de daadwerkelijke instroom in de opleidingen, maar ook voor de ruimte die er is om de instroom te beïnvloeden. Vervolgens geven we in paragraaf 5.2 een beeld van de aantallen leerlingen die daadwerkelijk voor een opleiding in zorg- of agogische opleiding kiezen en de relatieve positie van deze opleidingen ten opzichte van opleidingen in andere sectoren. Onder deze gegevens op macroniveau gaan grote verschillen schuil, onder andere verschillen tussen regio's en verschillen tussen bevolkingsgroepen. Hierover wordt een aantal gegevens gepresenteerd. De eerste twee paragrafen gaan dus vooral over de interesse die leerlingen hebben voor een opleiding in Zorg en WJK en over leerlingenaantallen. De derde paragraaf gaat in op de beroepspraktijkvorming (BPV). Deze heeft een belangrijke plaats in de beroepsopleidingen. De vraag is of er voldoende plaatsen zijn om leerlingen hun BPV te laten doorlopen. Paragraaf 5.3 gaat hier op in. Het hoofdstuk sluit af met de wijze waarop de kwalitatieve aansluiting tussen de opleidingen en de arbeidsmarkt wordt ervaren in het werkveld (paragraaf 5.4).

### 5.1 Studie- en beroepskeuze

#### 5.1.1 Factoren die van invloed zijn op de studie- en beroepskeuze van jongeren

Voldoende instroom in de zorg- en agogische opleidingen heeft te maken met het totaal aantal leerlingen dat een (beroeps)opleiding gaat volgen en met de populariteit van deze opleidingen. In het onderzoek naar studie- en beroepskeuze worden twee theoretische benaderingen onderscheiden: het sociaalpsychologische perspectief en het economische perspectief. In de economische theorie wordt verondersteld dat leerlingen een weloverwogen beslissing maken, waarbij zij nutsmaximaliserend gedrag vertonen (ze kiezen de opleiding die voor hen het meeste nut oplevert). Belangrijke aspecten hierbij zijn arbeidsmarktpositie, salaris, maar ook inhoudelijke aspecten van het beroep. In deze theorie wordt ook verondersteld dat leerlingen alle beschikbare informatie hebben en daar ook adequaat gebruik van maken. Bij de sociaalpsychologische benadering gaat het om de ontwikkeling van arbeidsidentiteit en de rol die studie- en beroepskeuzevoorlichting kan spelen hierbij. De nadruk ligt op de vraag op welke wijze leerlingen zich een beeld vormen van arbeid en beroepen en de invloed die dit beeld heeft op de studie- en beroepskeuze. De rationaliteit van de keuze staat dus ter discussie (Borghans en de Steur, 1999).

Uit onderzoek van Bloemen e.a. komt naar voren dat verschillende factoren invloed hebben op studie- en beroepsvoorkeuren. De inhoud van de studie bleek de belangrijkste determinant te zijn bij het maken van een studiekeuze. De verwachte loonontwikkeling heeft eveneens een groot effect op de studiekeuze (scholieren hebben een voorkeur voor een baan waarvan men verwacht dat het loon zich gunstig zal ontwikkelen. Ook het startloon speelt mee, maar wordt minder belangrijk

gevonden dan de loonontwikkeling in de verdere loopbaan). Dit geldt ook voor het niveau van de opleiding (scholieren hebben een voorkeur voor een vervolgopleiding die aansluit bij de vooropleiding). In mindere mate spelen ook de kansen op een vaste baan en de moeilijkheidsgraad van de opleiding mee. Aspecten die slechts in geringe mate meespelen bij de studiekeuze zijn financiële prikkels (de hoogte van collegegeld en studiebeurs), de lengte van de studie en de verhouding tussen theorie en praktijk (Bloemen e.a., 2000).

De meest genoemde redenen voor een specifieke opleidingskeuze, bleken de inhoud van de opleiding en de inhoud van het latere werk te zijn. Voor degenen die voor een opleiding in de zorg kiezen, blijkt dat in nog sterkere mate het geval te zijn dan voor degenen die een economische, ICT of lerarenopleiding kiezen (zie Tabel 5.1, in dit onderzoek is niet gekeken naar leerlingen die voor een agogische opleiding kiezen). Er zijn meer verschillen tussen zorgkiezers en niet-zorgkiezers. Uit het onderzoek van Bloemen e.a. kwam naar voren dat 'de maatschappij willen dienen' voor de zorgkiezers vaker een motivatie is voor hun keuze dan voor de andere groepen. Voor VMBO'ers telt ook mee dat de zorgopleiding in de eigen regio is te volgen, terwijl de VWO'ers vaker aangeven dat zij altijd al deze zorgopleiding wilden doen (Bloemen e.a., 2000). Voor VMBO'ers en Havisten die voor de zorg kiezen geldt daarnaast dat het latere inkomen minder vaak een reden is voor hun studiekeuze dan voor degenen die niet voor de zorg kiezen.

**Tabel 5.1 Redenen om voor de opleiding van eerste voorkeur te kiezen: percentage respondenten dat deze reden heeft genoemd**

	vmbo totaal	vmbo zorg- kiezers	havo totaal	havo zorg- kiezers	vwo totaal	vwo zorg- kiezers
Is interessant	92	98	94	97	95	99
Biedt mogelijkheid later leuk werk te doen	90	98	92	100	89	94
Kan ik met succes afronden	79	88	73	75	66	63
Grote baankans	73	82	72	77	60	60
Kan ik in eigen regio volgen	67	80	52	47	32	28
Biedt later goed inkomen	63	44	60	48	55	50
Maatschappij dienen	61	81	57	78	54	82
Altijd al willen volgen	57	61	52	61	47	63
Is mij aangeraden	35	31	25	25	20	22
Heeft studiekosten van redelijk niveau	31	32	17	22	10	11
Kiezen vrienden van mij ook	20	27	9	3	6	1

Bron: Bloemen e.a., 2000

De inhoud van de studie en de inhoud van het werk spelen dus een belangrijke rol bij de keuze voor een opleiding. De vraag is echter welk beeld scholieren hebben van die studie en het latere werk: in een recent advies geeft de RWI aan dat scholieren vaak geen reëel beeld hebben van wat toekomstige opleidingen en beroepen inhouden. De informatie die scholieren hebben over een eventuele studie of toekomstig beroep, is dus ook van belang bij de studiekeuze. Dit geldt wellicht ook voor de ouders, aangezien die een aanzienlijke invloed kunnen hebben op de studiekeuze die hun kinderen maken (Kenniscentrum Handel, 2004).

### 5.1.2 Het beeld dat scholieren hebben van het werken in de zorg

#### *Werken in de zorg*

In bovenstaande paragraaf is aangegeven welke factoren meespelen bij het maken van een keuze voor een opleiding. De inhoud van de opleiding en het werk zelf zijn hierbij de belangrijkste factoren. De vraag is dan hoe scholieren denken over (de inhoud van) het werk in de Zorg en WJK en wat hen daarin aantrekt (en wat juist niet). De Landelijke BeroepsKeuzeMonitor kan hier een aantal antwoorden verstrekken: in deze monitor wordt middelbare scholieren gevraagd naar hun interesses en voorkeuren met betrekking tot het werk dat zij willen doen en het beeld dat zij van dat werk hebben. In de vragenlijsten die ten grondslag liggen aan de monitor, wordt de zorg wel als sector genoemd, WJK (of welzijn) niet. Deze paragraaf richt zich daarom op het (beeld van) werken in de zorg.

Uit de Landelijke BeroepsKeuzeMonitor 2008 blijkt dat middelbare scholieren (VMBO, HAVO en VWO) de aspecten 'mensen helpen', 'met mensen werken', 'voor mensen zorgen' en 'nuttig, vol-doening, iets kunnen betekenen' als aantrekkelijke punten zien van het werken in de zorgsector. Degenen die graag in deze branche zouden gaan werken, geven dit ook als motivatie aan: 40% van hen noemt de aspecten 'nuttig, mensen helpen, zorgen' als motivatie voor deze voorkeur en 33% noemt (ook) 'met mensen werken'. Het aspect 'zorgen voor mensen' wordt tegelijkertijd ook als een negatief aspect van het werken in de zorg gezien (vooral door degenen die niet in de sector willen gaan werken). Andere negatieve aspecten van het werken in de zorg die genoemd worden zijn het werken met gehandicapten of bejaarden, het wassen van mensen, bloed en operaties, de werktijden en de zwaarte van het werk. In ditzelfde onderzoek is ook gevraagd welk beeld middelbare scholieren hebben van de zorgsector (zie Tabel 5.2). Een ruime meerderheid van de scholieren is van mening dat je in deze sector met mensen bezig bent (80%) en dat het om nuttig en belangrijk werk gaat (75%). Dit zijn ook aspecten die als positief worden beoordeeld en als motivatie gelden voor mensen om in de zorg te gaan werken. De zorgsector heeft een minder goed imago op het gebied van overwerken, gezondheidsrisico's, aantal vakantiedagen en zwaarte van het werk: 50% tot 62% van de leerlingen oordeelt hier negatief over (Landelijke BeroepsKeuzeMonitor 2008).

**Tabel 5.2 Het imago van de zorgsector: mate waarin scholieren van mening zijn dat een bepaalde situatie op de zorg van toepassing is**

	zeer mee eens	mee eens	mee oneens	zeer mee oneens	weet niet/geen opgave
In je werk met mensen bezig zijn	55	25	4	1	15
Nuttig en belangrijk werk	40	35	7	1	17
Werken in een team	20	52	9	2	17
Werk waar je trots op kunt zijn	27	39	11	3	19
Prettige, vriendelijke sfeer	12	50	13	3	22
Gemakkelijk een baan kunnen vinden	18	42	12	1	27
Beroepen voor het leven	23	36	14	4	23
Veel opleidings- en trainingsmogelijkheden	20	38	15	2	25
Werken met moderne apparatuur	22	36	16	4	23
Afwisselend werk	14	43	17	4	22
Carrière maken	14	41	20	5	20
Aantrekkelijk salaris	11	39	21	5	23
Vaste werktijden	6	27	38	9	20
Lichamelijk licht werk	6	22	35	15	22
Veel vakantiedagen	6	16	39	5	35
Geen gezondheidsrisico's lopen	4	16	41	12	26
Nooit over te hoeven werken	5	10	46	16	25

Bron: Landelijke BeroepsKeuzeMonitor 2008

Bloemendaal e.a. geven aan dat scholieren weliswaar hun opleiding kiezen op basis van de inhoud van hun latere beroep en de inhoud van de opleiding, maar dat zij de latere beroepspraktijk onvoldoende kennen om een goede keuze te maken. Allerlei beelden spelen hierbij een rol. Hoewel werk in de zorg vaak beter betaald wordt dan economisch administratieve beroepen en aanmerkelijk meer zekerheid op een baan biedt, is dit niet het beeld dat scholieren, zowel allochtone als autochtone, hebben van de zorg. Andere algemene belemmeringen zijn de lage status van werken in de zorg, vooral van de beroepen op niveau 1, 2 en 3. Deze beroepen worden geassocieerd met fysieke basiszorg en schoonmaakwerk, handwerk in plaats van hoofdwerk. Ook het imago van de zorg in de media heeft een negatief effect op de beeldvorming en vermindert de aantrekkelijkheid van de sector (Bloemendaal et al., 2008).

#### *Het imago van verschillende branches*

In 2003 hebben de Sectorfondsen Zorg en Welzijn een onderzoek uit laten voeren naar het arbeidsmarktimage van de gehandicaptensector. In dit onderzoek zijn MBO- en HBO-scholieren van verschillende zorg- en agogische opleidingen<sup>21</sup> bevraagd over de verwachtingen die zij hebben van hun toekomstige werk en de beelden die zij hebben van de gehandicaptenzorg en andere zorgdisciplines. Op de volgende pagina wordt een aantal bevindingen uit dit onderzoek weergegeven.

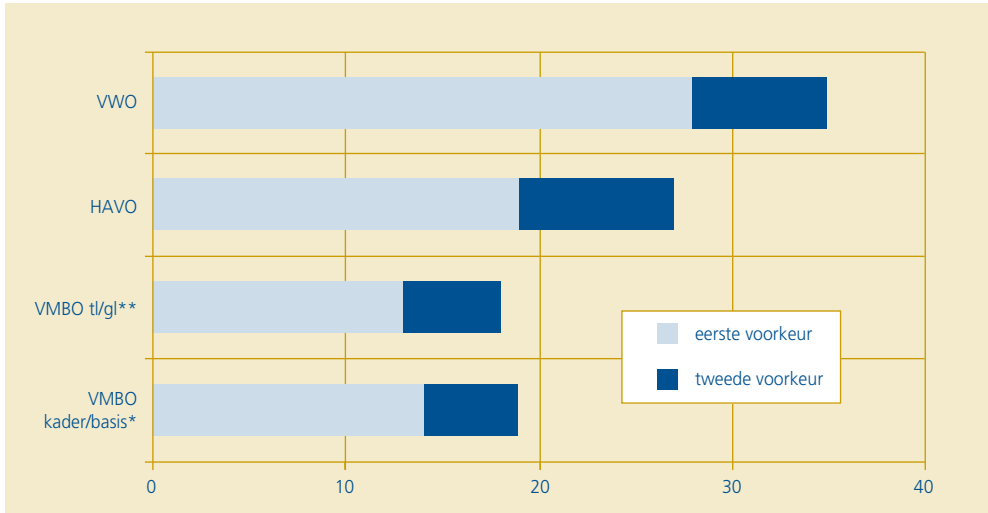
<sup>21</sup> Het ging hier om studenten die een van de volgende opleidingen volgden: Verzorgende, MBO verpleegkunde, Sociaal Pedagogisch Werk niveau 3 en 4, HBO verpleegkunde en Sociaal Pedagogische Hulpverlening.

- Het imago van de gehandicaptenzorg
    - Positieve kanten: de doelgroep is bijzonder (het zijn geen doorsnee mensen, de contacten zijn langdurig, intensief en direct en dankbaarheid wordt vaak en rechtstreeks geuit); het werk is zinvol want gehandicapten zijn afhankelijk van professionele zorg; het beeld bestaat dat het werk vrolijk en gezellig is; het werk is afwisselend, zowel door de activiteiten als door het onvoorspelbare gedrag van cliënten; het team vormt een belangrijke bron van stimulans en ondersteuning; er is betrekkelijk veel vrijheid om zelf invulling te geven aan het werk.
    - Negatieve kanten: het werk is af en toe fysiek en geestelijk zwaar door personeelstekort en het soms problematische gedrag van cliënten (agressie); sommigen (vooral HBO-V'ers) zijn van mening dat het werk weinig afwisselend is en onvoldoende uitdagende medische handelingen biedt; salaris en de doorgroeimogelijkheden worden niet gunstig beoordeeld; de mate waarin vakkennis vereist is, lijkt gering doordat in de sector ook ongediplomeerden werkzaam zijn; een deel van de studenten vindt de doelgroep niet aantrekkelijk (hun beeld van gehandicapten wordt bepaald door clichés).
  - Het imago van het ziekenhuis
    - Positieve kanten: uitdagend, spannend werk (vooral volgens verpleegkundigen, en in het bijzonder HBO-V'ers); hoge werkdruk, snelle wisseling van patiënten en hectiek dragen hieraan voor een deel van de studenten positief bij; interessante medische handelingen; doorgroei- en specialisatiemogelijkheden; salaris en hoge beroepsstatus in vergelijking met andere zorgdisciplines.
    - Negatieve kanten: hoge werkdruk en stress (voor andere respondenten was dit juist positief); kortstondige relaties met de doelgroep; de enigszins 'steriele' sfeer.
  - Het imago van de ouderenzorg
    - Positieve kanten: een warme sfeer; het begeleiden van de laatste levensfase van cliënten (slechts voor een deel van de respondenten aantrekkelijk).
    - Negatieve kanten: hoge werkdruk; een laag salaris; gebrek aan doorgroeimogelijkheden; weinig afwisseling in het werk en weinig ruimte om er zelf invulling aan te geven.
  - Het imago van de kinderopvang
    - Positieve kanten: gezellig; de omgang met kinderen; de opvoedende rol die men heeft.
    - Negatieve kanten: een gebrek aan uitdaging en diepgang.
- (Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003).

### 5.1.3 De voorkeuren van potentiële leerlingen

In de landelijke BeroepsKeuzeMonitor 2008 is scholieren gevraagd om aan te geven in welke sector of branche zij bij voorkeur zouden willen werken (de zorgsector wordt in dit onderzoek wel als antwoordmogelijkheid opgenomen, WJK of welzijn niet). Zij konden een eerste en een tweede voorkeur opgeven. De zorgsector scoort hier goed: 20% van de middelbare scholieren geeft de sector op als eerste voorkeur, nog eens 6% als tweede voorkeur. De sector staat daarmee bovenaan de lijst van de verschillende sectoren, gevolgd door toerisme/recreatie/sport (10% eerste voorkeur, 13% tweede voorkeur) en media/reclame/communicatie (9% eerste voorkeur, 10% tweede voorkeur).

Hoewel de sector populairder is dan andere sectoren (het vaakst wordt opgegeven als eerste voorkeur), betekent dat niet dat de instroom in de zorgopleidingen (en vervolgens in de zorg) ook voldoende is om aan de toekomstige vraag naar beroepsbeoefenaren in de zorg te voorzien. Bovendien zijn er verschillen te zien tussen de verschillende opleidingsniveaus: VWO scholieren geven de sector het vaakst op als eerste of tweede voorkeur, VMBO scholieren het minst vaak. Een groot deel van de werkgelegenheid in de zorg is echter werk op MBO-niveau, het niveau waarop vooral VMBO'ers terecht zullen komen.

**Figuur 5.1 De voorkeur voor zorg, naar opleidingsniveau in %**

\* kader/basis: de kaderberoepsgerichte leerweg en de basisberoepsgerichte leerweg

\*\* tl/gl: de theoretische leerweg en de gemengde leerweg

Bron: Landelijke BeroepsKeuzeMonitor 2008

Binnen de zorgsector zijn vooral de psychosociale en medische beroepen populair. Respectievelijk 60% en 59% van degenen die in de zorg zouden willen werken, heeft interesse in een dergelijk beroep. Ook sociaalagogische beroepen, verpleegkundige beroepen en paramedische beroepen hebben de interesse van 43% tot 51% van degenen die in de zorg willen werken. Dit heeft er mede mee te maken dat met name havisten en vwo'ers geïnteresseerd zijn in een baan in de zorg.

Dat leerlingen een bepaalde sector als eerste voorkeur opgeven, wil nog niet zeggen dat zij ook daadwerkelijk een vervolgopleiding in die richting gaan doen. Het aandeel VMBO-leerlingen dat zorg als eerste voorkeur opgeeft (bijna 14%), komt vrij goed overeen met het aandeel van de MBO zorgopleidingen in het totaal aantal opleidingen: dit is bijna 11% exclusief de opleiding Helpende zorg en welzijn (en bijna 14% inclusief deze opleiding). Het aandeel van de zorgopleidingen op HBO-niveau blijft met 10% duidelijk achter bij het aandeel Havo-leerlingen dat zorg als eerste voorkeur opgeeft (19%). Op wetenschappelijk niveau is het verschil nog groter (28% eerste voorkeur van VWO-leerlingen, ruim 10% van de opleidingen). Een gedeelte van dit verschil kan wellicht verklaard worden door de numerus fixus die geldt voor de opleidingen geneeskunde en verloskunde, echter dit zal lang niet het gehele verschil verklaren.

## 5.2 Leerlingen in zorg en WJK

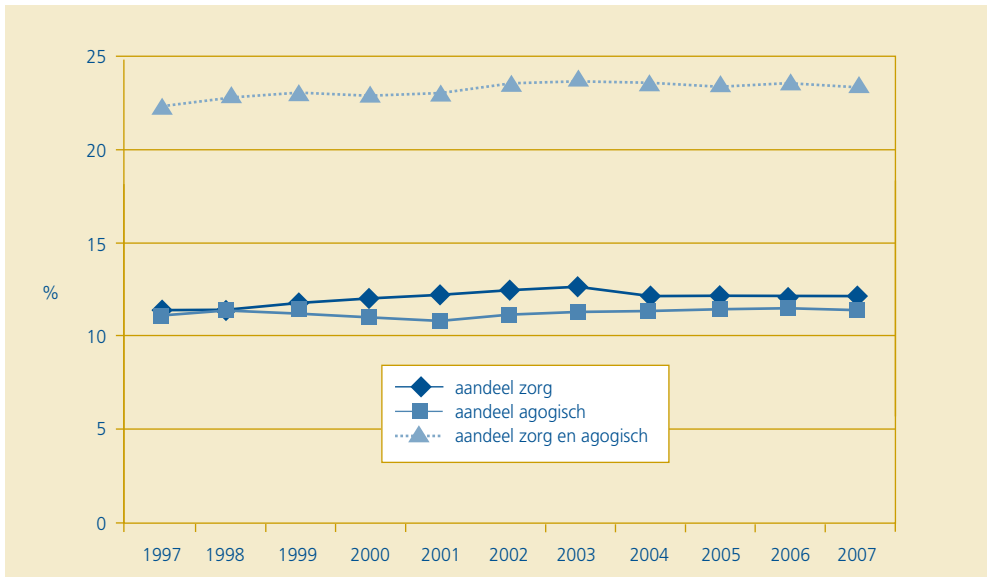
### 5.2.1 Leerlingenaantallen in zorg en WJK

Het aantal potentiële leerlingen dat een opleiding in een zorg- of agogische richting gaat doen, wordt bepaald door het aantal leerlingen in totaal en het aantal daarvan dat geïnteresseerd is in een zorg- of agogische opleiding. Vervolgens is de vraag of deze potentiële leerlingen ook voor een

dergelijke opleiding kiezen (MBO, HBO en WO). Gezien de ontgroening van Nederland is deze vraag nog extra van belang (het aantal jongeren en daarmee het aantal leerlingen zal in de komende jaren gaan dalen).

In Figuur 5.2 is te zien dat het aandeel van het totaal aantal leerlingen dat een agogische opleiding volgt, vrij stabiel is. Ditzelfde geldt voor het aandeel dat een zorgopleiding volgt.

**Figuur 5.2 Het aandeel leerlingen dat een zorg- of agogische opleiding volgt in %, 1997-2007 (WO, HBO en MBO)<sup>22</sup>**

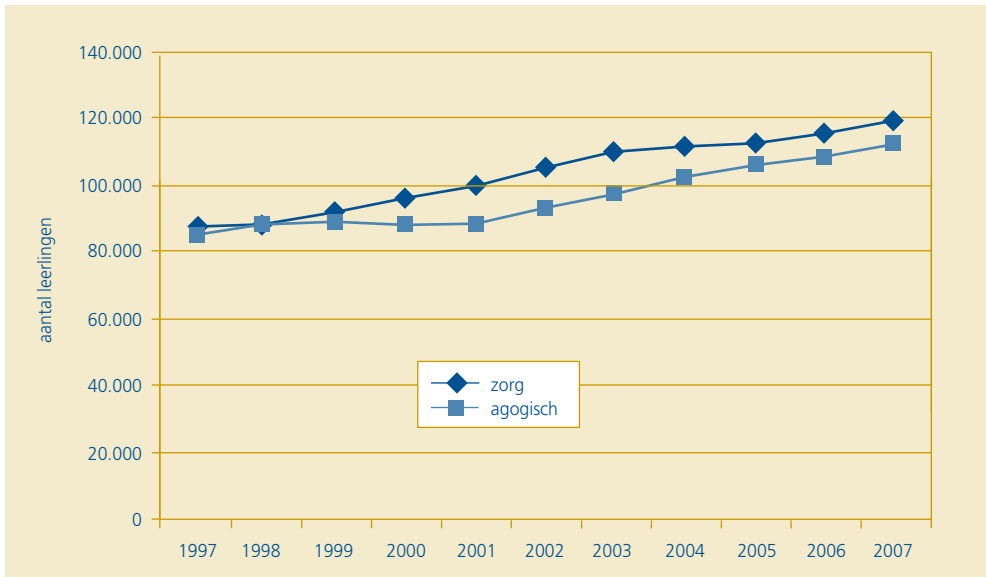


Bron: CBS, HBO-raad, OC&W, SSOV

Hoewel het aandeel leerlingen dat voor een zorg- of agogische opleiding kiest vrijwel stabiel is, neemt het absolute aantal leerlingen in deze opleidingen toe (Figuur 5.3). Er zijn hier wel verschillen naar soort opleiding en niveau. Verderop in deze paragraaf wordt hier nader op ingegaan.

<sup>22</sup> Voor een overzicht van de zorg- en agogische opleidingen die in dit figuur zijn opgenomen, zie de toelichting achterin dit rapport.



**Figuur 5.3** Aantal leerlingen dat een zorg- of agogische opleiding volgt (MBO, HBO en WO)<sup>23</sup>

Bron: CBS, HBO-raad, OC&W, SSOV

Binnen het opleidingsstelsel zorg en WJK vinden momenteel veranderingen plaats. Eén daarvan is dat op niveau 3 en 4 experimentele opleidingen zijn gestart, die een combinatie bieden van zorg- en agogische aspecten: de opleidingen Maatschappelijke Zorg en Medewerker Maatschappelijke Zorg. Achterliggende reden hiervoor is dat in de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg een gemis werd ervaren aan opleidingen die deze aspecten combineren. De opleidingen vallen binnen het opleidingsstelsel welzijn. Met deze nieuwe opleidingen kan beter tegemoet gekomen worden aan de zorgvraag van patiënten die zowel verzorging als begeleiding nodig hebben. Daarnaast kunnen deze opleidingen nog een ander voordeel hebben: begeleiding heeft op jongeren een grotere aantrekkingskracht dan verzorging. Een gecombineerde opleiding zal aantrekkingskracht hebben op degenen die anders voor een zorgopleiding zouden kiezen, maar hopelijk ook op degenen die anders voor een puur agogische of zelfs geheel andere opleiding hadden gekozen.

### Zorg

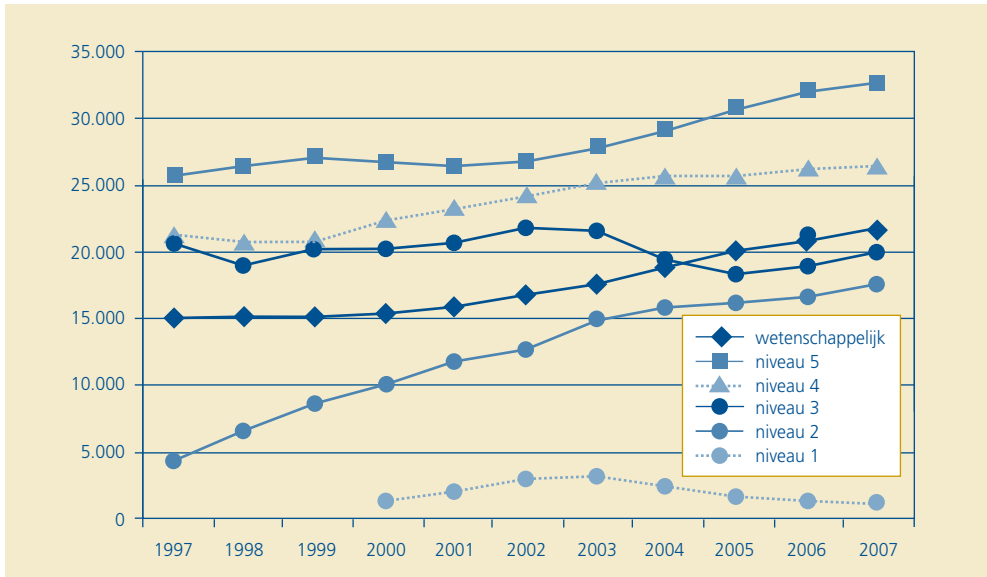
Het aantal leerlingen dat een zorgopleiding volgt, is de afgelopen tien jaar toegenomen. In Figuur 5.4 is te zien dat hier wel verschillen zichtbaar zijn tussen de opleidingsniveaus. Het aantal leerlingen dat een opleiding op niveau 2 volgt, is meer dan verdrievoudigd. Het gaat hier om de opleidingen tot helpende, waarbij de reeds bestaande opleidingen tot helpende en de experimentele opleidingen zijn samengenomen. Dit betekent dat ook de opleidingen tot helpende welzijn en helpende zorg en welzijn zijn meegerekend, aangezien in de toekomst alleen de geïntegreerde opleiding helpende zorg en welzijn over zal blijven.

Ook de opleidingen op wetenschappelijk niveau laten een forse stijging van het aantal leerlingen zien. Dit is vooral te danken aan een stijging van het aantal studenten geneeskunde, doordat de numerus fixus sinds 2000 jaarlijks is verhoogd. De toename van het aantal leerlingen op niveau 5

<sup>23</sup> Voor een overzicht van de zorg- en agogische opleidingen die in dit figuur zijn opgenomen, zie de toelichting achterin dit rapport.

wordt met name veroorzaakt door de groei bij een aantal paramedische opleidingen (de opleidingen fysiotherapie, logopedie en in mindere mate ook voeding en diëtik en mondzorgkunde). De groei op niveau 4 is voor het grootste deel toe te schrijven aan een stijging van het aantal leerlingen dat verpleegkunde studeert, hoewel ook de assisterende opleidingen een groei laten zien. Op niveau 3 (de opleiding tot verzorgende) is daarentegen sprake van een stagnering van het leerlingenaantal. De trend is echter niet stabiel: de afgelopen tien jaar is zowel een stijging als een daling van het leerlingenaantal te zien. Bij de opleiding tot zorghulp (niveau 1) is sprake van een dalende trend.

**Figuur 5.4** Het aantal leerlingen dat een zorgopleiding volgt naar niveau<sup>24</sup>

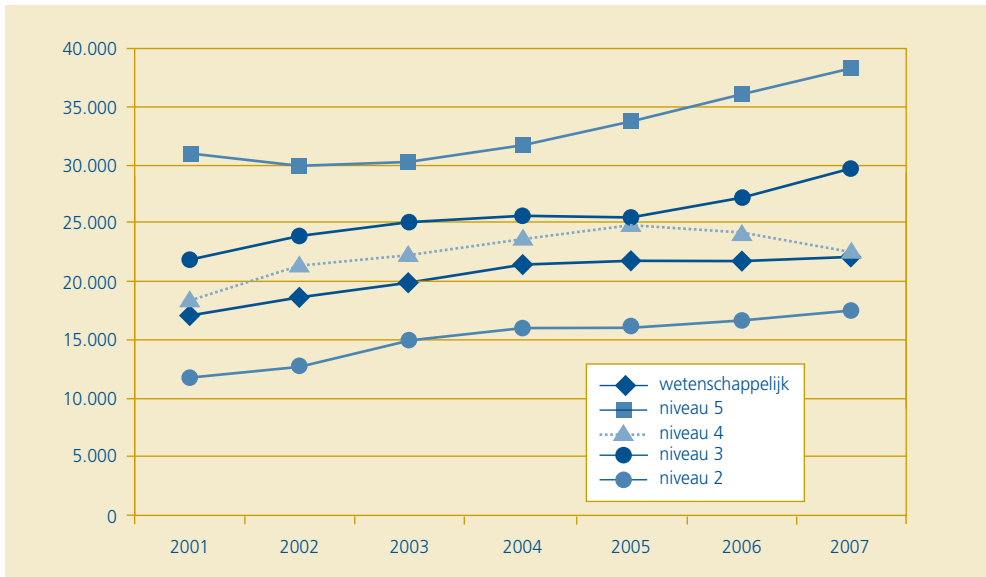


Bron: CBS, HBO-raad, OC&W, SSOV

WJK

Het opleidingsstelsel van de agogische opleidingen op MBO-niveau is in 1999 gewijzigd (zo werd de opleiding Sociaal Pedagogisch Werk niveau 3 geïntroduceerd en kwam er een aparte opleiding Onderwijsassistent). Hierdoor zijn de leerlingenaantallen naar niveau van voor 1999 en een aantal jaar na 1999 niet goed te vergelijken. Deze aantallen worden daarom gepresenteerd vanaf het jaar 2001. Alle opleidingen hebben in de periode 2001-2007 te maken met stijgende leerlingenaantallen. Bij de opleidingen op niveau 4 lijkt deze stijging na 2005 te stoppen. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat het kerndeel van de experimentele opleidingen Pedagogisch werker en Maatschappelijke zorg zijn meegenomen op niveau 3 (leerlingen die de differentiatie Jeugdzorg, Kinderopvang, Volwassenenwerk of Gehandicaptenzorg volgen, zijn meegenomen op niveau 4). Dit verklaart ook de extra stijging van het aantal leerlingen op niveau 3 in het jaar 2006 en 2007.

<sup>24</sup> Voor een overzicht van de zorg- en agogische opleidingen die in dit figuur zijn opgenomen, zie de toelichting achterin dit rapport.

**Figuur 5.5** Het aantal leerlingen dat een agogische opleiding volgt naar niveau<sup>25</sup>

Bron: CBS, HBO-raad, OC&W

### 5.2.2 Verschillen naar regio en herkomstgroepering

De genoemde trends en voorkeuren geven het landelijke beeld weer. Naar regio en herkomstgroepering is dat beeld echter divers. We zullen nu aandacht besteden aan deze verschillen op MBO-niveau.

#### *Regionale verschillen*

Het aandeel van het totaal aantal MBO-leerlingen dat een zorg- of agogische opleiding volgt, verschilt per regio. In Noord- en Midden-Limburg zijn de zorgopleidingen op MBO-niveau goed voor 20% van het totaal aantal leerlingen. Andere regio's met een hoog aandeel zorgleerlingen zijn Drenthe, Haaglanden, Nijmegen/Rivierenland, Noord-Holland Noord, Groningen en Zeeland (aandeel tussen de 14% en de 16,5%). Het zijn dus niet specifiek grootstedelijke of juist niet-grootstedelijke regio's waar de zorgopleidingen een groot aandeel in het totaal hebben. Flevoland, Amsterdam/Zaanstreek/Waterland, Noord-Oost Brabant en Midden-Brabant scoren het laagst: onder de 10%. Noord-Holland Noord en Haaglanden hebben niet alleen grote zorgopleidingen, ook het aandeel leerlingen van de agogische opleidingen op het MBO is hier hoog. Zij vormen echter een uitzondering. Doorgaans fungeren de zorg- en agogische opleidingen als communicerende vaten. Kent de ene een hoog aandeel, dat is de andere juist lager. Deels heeft dat te maken met het feit dat deze leerlingen uit dezelfde vooropleiding afkomstig zijn.

#### *Verschillen naar herkomstgroepering*

Allochtonen zijn relatief weinig werkzaam in de sector zorg. Voor een deel komt dit omdat verschillende groepen allochtonen minder vertegenwoordigd zijn op de arbeidsmarkt. Bij de opleidingen geldt daarnaast echter dat bepaalde groepen allochtonen vaker voor andere opleidingen kiezen

<sup>25</sup> Voor een overzicht van de zorg- en agogische opleidingen die in dit figuur zijn opgenomen, zie de toelichting achterin dit rapport.

dan voor de zorgopleidingen. In WJK zijn ze beter vertegenwoordigd. De agogische opleidingen vormen het grootste cluster binnen de MBO-opleidingen. Opvallend is dat deze opleidingen relatief populair zijn bij Marokkaanse jongeren (24% van de Marokkanen die een MBO-opleiding volgt, heeft gekozen voor een agogische opleiding). De richting economie en administratie is populair onder allochtonen, maar wordt veel minder vaak gekozen door autochtonen (zie Tabel 5.3). De zorgopleidingen zijn onder Turkse en Marokkaanse leerlingen duidelijk minder in trek dan bij autochtone leerlingen, maar ook ten opzichte van de andere herkomstgroeperingen worden deze opleidingen weinig gekozen door Turkse en Marokkaanse leerlingen.

**Tabel 5.3 Het aandeel MBO-leerlingen naar cluster per herkomstgroepering**

	Autochtoon	Marokko	Turkije	Suriname	Nederlandse Antillen en Aruba	totaal
Welzijn	15%	24%	17%	16%	17%	15%
Econ. Adm.	7%	27%	28%	23%	16%	11%
Installatietechniek, elektro & metaal	10%	9%	8%	8%	14%	10%
Zorg	11%	5%	5%	8%	9%	10%
Handel	8%	12%	12%	9%	7%	8%
Bouw	5%	1%	2%	1%	3%	4%
Horeca	5%	1%	1%	3%	5%	4%
ICT	4%	4%	6%	6%	5%	4%
Toerisme	3%	2%	2%	5%	4%	3%
Mobiliteit	3%	3%	3%	2%	1%	3%
Overig	29%	11%	15%	19%	19%	26%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Bron: Cfi

Gegevens over leerlingen die een HBO-opleiding volgen, zijn niet uit te splitsen naar specifieke herkomstgroepering. Wel is een splitsing te maken tussen autochtone, westers allochtone en niet-westerse allochtone leerlingen. Uit deze gegevens blijkt dat bijna 14% van de HBO-leerlingen een niet-westerse allochtone achtergrond heeft. Hun aandeel in het aantal leerlingen dat een zorgopleiding op HBO-niveau volgt is veel kleiner: iets meer dan 7%. Ook uit deze cijfers blijkt dus een ondervetegenwoordiging van allochtone leerlingen in de zorgopleidingen.

De ondervetegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen in de zorg is recent onderzocht door Bloemendaal e.a., (2008). In dit onderzoek is aan Turkse en Marokkaanse VMBO-scholieren, MBO-studenten en medewerkers uit zorginstellingen gevraagd welke specifieke belemmeringen zij ondervinden bij het kiezen voor, of werken in de zorg. De MBO-opleidingen in de directe zorg zijn bij Turkse en Marokkaanse vrouwen minder populair dan bij Nederlandse vrouwen. Naast algemene factoren die meespelen bij studie- en beroepskeuze (zie ook paragraaf 5.1), spelen voor hen ook meer specifiek culturele factoren een rol. De respondenten in dit onderzoek zien 'het wassen van mannen' als meest belemmerende factor. Dit geldt zowel voor de Turkse en Marokkaanse vrouwen zelf als voor hun familieleden. Deze problemen vinden hun basis voor een deel in religie (ouders weten vaak ook niet precies of iets wel of niet mag volgens de islam), maar

meer nog in culturele factoren. Scholieren durven hierover thuis soms niet te spreken. Overigens ervaren niet alle studenten en medewerkers het wassen als probleem. Uit het onderzoek blijkt eveneens dat het beeld dat Turken en Marokkanen hebben van de Nederlandse gezondheidszorg vaak onvolledig is en gebaseerd op de manier waarop de zorg in hun land van herkomst is georganiseerd. Dit schept een afstand, die moeilijk overbrugd wordt, omdat rolmodellen voor de verplegende en verzorgende beroepen vooralsnog ontbreken. Andere belemmeringen met een culturele component zijn de onregelmatige diensten, in verband met taken thuis en veiligheid en onduidelijke kledingvoorschriften.

In hetzelfde onderzoek is aan de Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen gevraagd waarom zo weinig vrouwen doorstromen van de opleiding of het beroep van helpende (niveau 2) naar de verzorgende en verpleegkundige beroepen (niveau 3 en 4). Belangrijkste conclusie hierbij is dat de ambitie onder Turkse en Marokkaanse meisjes wel degelijk zeer groot is: zij willen bijna altijd doorstromen naar een opleiding op niveau 3 of 4, meestal overigens in de sector welzijn of economie en administratie. Dat doorstroom toch vaak niet plaatsvindt wijten de mentoren van de scholieren aan de hogere eisen die worden gesteld bij de opleidingen op niveau 3 en 4, deficiënties in het vakkenpakket (wiskunde) van de meisjes en de belasting die gepaard gaat met het combineren van werk- en zorgtaken. Specifiek cultureel bepaalde belemmeringen voor doorstroom zijn de beheersing van de Nederlandse taal (vooral de schriftelijke taalvaardigheid) en de cultuur dat doorleren minder belangrijk is voor meisjes, waardoor de noodzakelijke steun vanuit familie ontbreekt. Dit laatste is overigens zeker niet altijd het geval. Stimulansen komen vaak juist van vaders, moeders, docenten en leidinggevenden.

### 5.3 De beroepspraktijkvorming

In de voorgaande twee paragrafen is ingegaan op studie- en beroepskeuze van leerlingen en het aantal leerlingen dat een zorg- of agogische opleiding volgt. Tijdens de opleiding doen de leerlingen de vaardigheden op die hen toerusten om een functie in de zorg of in WJK te vervullen. Deze opleidingen vinden deels plaats in de praktijk: de beroepspraktijkvorming (BPV). De BPV neemt een belangrijke plaats in in de zorg- en agogische opleidingen. Om het opleiden soepel te laten verlopen, is het dus van belang dat er voldoende BPV-plaatsen zijn: stageplaatsen voor BOL-leerlingen en leerlingen die dagonderwijs volgen, leerwerkplaatsen voor BBL-leerlingen en leerlingen die duaal onderwijs volgen. Hoe groot precies de vraag is naar BPV-plaatsen is afhankelijk van verschillende factoren: het aantal leerlingen per leerjaar en leerweg en het curriculum, waarin is vastgelegd aan welke eisen een stageplaats moet voldoen (Nienoord et al., 2008). Omdat leerlingen zich in verschillende fasen bevinden en in de curricula verschillende eisen gesteld worden, is het lastig om aan te geven hoeveel BPV-plaatsen er jaarlijks exact nodig zijn, bij welk soort instellingen en afdelingen van instellingen. Of vraag en aanbod van BPV-plaatsen op elkaar aansluiten, is bovendien afhankelijk van de bezettingsgraad. Dat een instelling het hele jaar door een BPV-plaats beschikbaar heeft, wil nog niet zeggen dat deze plaats ook het gehele jaar is ingevuld.

Gezien het belang van BPV-plaatsen voor de opleidingen, wordt regelmatig onderzoek gedaan naar de aansluiting tussen vraag en aanbod van BPV-plaatsen. Het meest recente onderzoek dateert uit september 2008. Dit onderzoek van Nienoord et al. concentreert zich op MBO-opleidingen. Bij dit onderzoek is uitgegaan van het aantal leerlingen dat in opleiding is en een gemiddeld aantal leerlingen. Verder is er rekening mee gehouden dat een BBL'er gedurende het jaar een volledige BPV-plaats bezet en is (in navolging van Calibris) de aanname gemaakt dat een BOL'er een halve BPV-plaats nodig heeft. Bij deze aanname is er rekening mee gehouden dat een BPV-plaats voor een BOL'er over het algemeen niet fulltime beschikbaar is. Op basis van deze aannames zijn bere-

keningen gemaakt en is geconcludeerd dat op macroniveau geen sprake is van tekorten aan BPV-plaatsen. Wel zijn er verschillen tussen vraag en aanbod als het gaat om de verdeling van leerlingen over de verschillende kwalificatieniveaus en/of leerwegen (Nienoord et al., 2008). Bij deze berekeningen is er van uitgegaan dat de bezettingsgraad van de BPV-plaatsen 100% is: alle BPV-plaatsen die beschikbaar zijn, worden ten volle benut. In de praktijk zal de bezettingsgraad echter lager zijn dan 100% (onder meer omdat de aansluiting tussen het afsluiten van de stage van de ene stagiaire en het begin van de stage van de volgende stagiaire over het algemeen niet naadloos is, uitval door ziekte of studievertraging er voor zorgt dat BPV-plaatsen langer bezet zijn etc.). Als de bezettingsgraad lager is, zijn bij meer opleidingen tekorten te verwachten in BPV-plaatsen: bij een bezettingsgraad van 90% treden tekorten op bij verpleegkundigen (niveau 4) en helpenden (zorg). Bij de opleidingen tot verzorgende, zorg hulp en sociaal pedagogische beroepen, niveau 3 zijn dan nog geen tekorten te verwachten, bij de opleiding sociaal pedagogisch werk niveau 4 zijn net voldoende BPV-plaatsen (Nienoord et al., 2008). Hierbij is nog geen rekening gehouden met regionale verschillen tussen vraag en aanbod van BPV-plaatsen en de aard van de aangeboden BPV-plaatsen ten opzichte van de gevraagde BPV-plaatsen (de vereisten van de stageplaats ten opzichte van de vereisten van het curriculum). In de praktijk zal de aansluiting dus minder positief uitvallen.

Gezien het bovenstaande is het van belang dat de beschikbare BPV-plaatsen zo goed mogelijk benut worden. De benodigde en beschikbare BPV-plaatsen moeten tijdig gesignaleerd worden. Tijdige communicatie van de scholen over het aantal, soort en de duur van de stages is gewenst, zodat de zorginstellingen in de planning van de personele bezetting rekening kunnen houden met de instroom van BPV-ers. Daarnaast zou de beschikbaarheid per BPV-plaats verbeterd kunnen worden. De verwachting is dat de beschikbaarheid van BPV-plaatsen toeneemt naarmate de scholen de verhouding schooltijd/praktijktijd en het aantal instroommomenten onderling beter afstemmen. Ook kan gestreefd worden naar een zo hoog mogelijke bezettingsgraad per BPV-plaats. Door een betere benutting van de beschikbare BPV-plaatsen is het mogelijk een zo hoog mogelijke bezettingsgraad te realiseren, bijvoorbeeld in vakantietijd. Flexibilisering van het onderwijsprogramma en sturing op plaatsingsvoorkeuren van leerlingen zijn hiervoor een noodzakelijke voorwaarde. Deze afstemming over vraag naar en aanbod van BPV-plaatsen moet op regionaal niveau gebeuren.

De bovengenoemde maatregelen zijn des te noodzakelijker in het licht van de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt. In RegioMarge 2008 worden voorspellingen gedaan over vraag en aanbod van verschillende beroepsgroepen in de zorg. De verwachting is dat er een tekort aan verzorgenden zal ontstaan. Als het voorspelde tekort alleen moet worden opgevangen door meer mensen op te leiden, zal het aantal BPV-plaatsen voor deze groep ernstig tekort schieten en een belemmering vormen om voldoende mensen op te kunnen leiden. Vanuit het arbeidsmarktperspectief is het raadzaam om het aantal BPV-plaatsen (zowel BOL als BBL) voor verpleegkundigen, verzorgenden en helpende uit te breiden. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de (komende) structuurveranderingen in het opleidingsstelsel (Nienoord et al., 2008).

#### 5.4 Aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt

Beroepsopleidingen en het werkveld spannen zich gezamenlijk in om een zo goed mogelijke aansluiting te verkrijgen tussen opleiding en werk, tussen gevraagde en geboden competenties. Dit is geen eenvoudige opgave, gezien bijvoorbeeld de langlopende discussies over breed versus smal opleiden en over de positie van de HBO-verpleegkundige. Bovendien hebben de verschillende branches soms verschillende wensen ten aanzien van de inhoud van de opleidingen. Momenteel vindt er een omslag plaats in het beroepsonderwijs: het competentiegericht leren krijgt een centrale plaats, de kwalificatiestructuur verandert en ook de inhoud van een aantal opleidingen is aan ver-

andering onderhevig. Het doel hiervan is om de opleidingen zo goed mogelijk te laten aansluiten aan de eisen van het werkveld. In een onderzoek dat in 2007/2008 is uitgevoerd, is gekeken naar de knelpunten in deze aansluiting die men binnen Zorg en WJK ervaart (Van der Velde, 2008). Het betreft een kwalitatief onderzoek met een klein aantal respondenten per branche. De uitkomsten van dit onderzoek zijn daarom indicatief. In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek.

### Algemene bevindingen

In vrijwel elke branche en bij bijna elke opleiding ervaren de respondenten een tekort aan kennis bij de gediplomeerden. Het gaat dan om kennis van de specifieke doelgroep(en) van de betreffende branche of om specifieke methodieken die kenmerkend zijn voor die branche. Dit knelpunt sluit aan op de discussie rondom breed versus smal opleiden: generiek opleiden zodat iemand in meerdere branches kan werken, of juist specifiek opleiden zodat iemand meer en diepgaander kennis heeft over de doelgroepen en werkwijzen van één bepaalde branche.

Voor verschillende verzorgende opleidingen wordt genoemd dat sociaalagogische aspecten ontbreken in de opleiding, terwijl voor een aantal sociaalagogische opleidingen juist het tekort aan verplegende en verzorgende vaardigheden wordt genoemd. Hoe zwaar de respondenten dit vinden wegen, verschilt per branche en per opleiding. Dit knelpunt speelt, net als de eerder genoemde 'breed' tegenover 'smal' discussie, al langere tijd.

Bij bijna alle sociaalagogische opleidingen waarnaar gevraagd is in dit onderzoek, wordt genoemd dat de taalvaardigheid van de gediplomeerden te wensen overlaat. Dit leidt niet alleen tot taalfouten in rapportages, maar ook tot rapportages die onvoldoende helder en duidelijk weergeven wat de schrijver wil zeggen.

### Bevindingen per opleiding

In het onderzoek is gevraagd naar de knelpunten in de aansluiting tussen elf specifieke zorg- en agogische opleidingen en het werk in Zorg en WJK. Hierbij is per branche gevraagd naar die opleidingen waarvan de meeste gediplomeerden betrokken worden. Hieronder wordt per opleiding een aantal conclusies van het onderzoek weergegeven.

- HBO-V. Respondenten uit drie branches is gevraagd naar knelpunten die zij ervaren met de HBO-opleiding tot verpleegkundige. Hier komen verschillende antwoorden uit. Respondenten uit de ziekenhuizen noemen dat de opleiding te breed is (waardoor er te weinig verdieping is van de klinische zorg). In de ggz noemen de respondenten juist de kennis van de specifieke doelgroep. Respondenten uit de ziekenhuizen geven aan dat zij graag meer aandacht zien voor vaardigheden op het gebied van de zorgverlening en dat de HBO-V'ers de verwachtingen rond typische HBO-vaardigheden onvoldoende waar maken. In de ggz wordt juist een tekort aan sociaalagogische kennis en vaardigheden vermeld. Zowel respondenten uit de ziekenhuizen, de ggz als de thuiszorg geven aan dat het onderscheid tussen HBO- en MBO-verpleegkundigen onvoldoende duidelijk is.
- MBO-Verpleegkunde. Respondenten uit de ziekenhuizen geven aan dat de opleiding te breed is, waardoor MBO-verpleegkundigen te weinig kennis opdoen over klinische zorg, anatomie, fysiologie en pathologie. Ook noemen deze respondenten knelpunten bij het klinisch redeneren. Zowel respondenten uit de V&V als uit de ggz zijn daarentegen van mening dat er te weinig aandacht is voor hun specifieke doelgroep in de opleiding. Verder missen deze respondenten sociaalagogische kennis en vaardigheden in de opleidingen.

- **Verzorgenden.** Zowel in de ggz als in de V&V geven respondenten aan dat de sociaalagogische aspecten ontbreken in de opleiding. Daarnaast melden respondenten uit deze beide branches dat weinig gebruik gemaakt wordt van de specifieke verpleegtechnische vaardigheden van de VIG'er. Respondenten uit de V&V noemen verder dat er te weinig aandacht is voor de specifieke doelgroep (ouderen) in de opleiding en dat er te weinig wordt ingespeeld op landelijke ontwikkelingen rondom het zorgleefplan met domeinen. Respondenten vermelden ook dat verzorgenden meer gericht zijn op 'doen' dan op 'denken' en dat ze daarmee ook te weinig overzicht hebben. Respondenten uit de ggz geven aan dat ze meer aandacht in de opleiding willen voor (psychiatrische) ziektebeelden en voor het omgaan met agressie. Ook respondenten uit de thuiszorg geven aan dat verzorgenden te weinig kennis hebben over ziektebeelden (inclusief psychiatrische ziektebeelden) en te veel gericht zijn op de handelingen, zonder zicht te hebben op de gevolgen. Daarnaast zouden de respondenten graag meer aandacht zien voor de taken van de EVV (Eerst Verantwoordelijke Verzorgende), voor het coördineren van zorgverlening en het coachen van collega's. In de kraamzorg tenslotte noemden respondenten vooral een tekort aan specifieke kennis omtrent de doelgroepen (zwangeren, barenden, zuigelingen).
- **Helpenden.** Respondenten uit de V&V geven aan dat helpenden te weinig specifieke kennis van de psychogeriatrische doelgroep hebben, dat kennis van en inzicht in ziektebeelden onvoldoende is en dat verzorgenden tekort schieten op de sociaalagogische aspecten van het werk. In de thuiszorg noemen de respondenten andere aspecten: het opstellen van zorgdoelen en het plannen van zorg.
- **Zorghulpen.** Slechts weinig respondenten in het onderzoek hadden ervaring met de opleiding tot zorghulp. Hierdoor zijn ook weinig knelpunten genoemd bij deze opleiding. Het enige punt waar enige overeenstemming over bestond (onder respondenten uit de thuiszorg) is dat in de opleiding weinig aandacht wordt besteed aan een niet-belastende werkhouding.
- **Sociaal pedagogische hulpverlening.** Respondenten uit de gehandicaptenzorg geven aan dat zij graag zouden zien dat de opleiding meer aandacht besteedt aan specifieke kennis over de doelgroep. Daarnaast noemden de respondenten hier diverse andere knelpunten: zij gaven aan dat SPH'ers onvoldoende in staat zijn om gezondheidsproblematiek te signaleren, dat ze onvoldoende vaardigheden aangeleerd krijgen voor de coördinerende taken (van de coördinerend begeleider) en dat ze onvoldoende in staat zijn om agressie te voorkomen. Ook respondenten uit de jeugdzorg gaven aan dat SPH'ers specifieke kennis missen en vaak niet goed om kunnen gaan met agressie en geweld. Daarnaast gaven respondenten aan dat ze bij de SPH'ers specifieke vaardigheden missen, zoals competentie- of oplossingsgericht werken en de opstelling richting ouders van cliënten. In de branche Welzijn en maatschappelijke dienstverlening werd door de respondenten juist een heel ander aspect genoemd: onvoldoende taal- en schrijfvaardigheid.
- **Maatschappelijk werk en dienstverlening.** Binnen de jeugdzorg werden hier alleen knelpunten op het gebied van kennis genoemd (pedagogische kennis, methodisch werken met de doelgroep, psychiatrische stoornissen). In de branche Welzijn en maatschappelijke dienstverlening noemden respondenten onder andere aspecten als onvoldoende taal- en schrijfvaardigheid en een gebrek aan eigen visie. Ook werd aangegeven dat sommige maatschappelijk werkers het lastig vinden om multidisciplinair te werken.
- **Cultureel maatschappelijke vorming.** Alleen respondenten uit de branche Welzijn en maatschappelijke dienstverlening hebben knelpunten genoemd bij deze opleiding. Ook hier kwamen onvoldoende taal- en schrijfvaardigheid naar voren. Verder werd genoemd dat CMV'ers te weinig begrip hebben van de betekenis en de historie van het welzijnswerk en dat de opleiding slecht aansluit op de praktijk (gediplomeerden hebben weinig kennis van landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen en hebben te weinig beleidsmatig inzicht).



- Sociaal pedagogisch werk niveau 4. Respondenten uit de verschillende branches noemen verschillende knelpunten rondom de opleiding SPW niveau 4, hoewel er soms ook een overlap is in de genoemde knelpunten. Zowel in de V&V, de gehandicaptenzorg, Welzijn en maatschappelijke dienstverlening, peuterspeelzalen als in de jeugdzorg ervaren respondenten een tekort aan doelgroepgerelateerde kennis. Ook het onvoldoende methodisch kunnen werken en handelen wordt in vier van deze branches als knelpunt genoemd (de uitzondering wordt hier gevormd door Welzijn). Respondenten uit de jeugdzorg, Welzijn en maatschappelijke dienstverlening en de peuterspeelzalen geven verder aan dat SPW'ers moeite hebben met het schrijven van verslagen. In de ggz vermeldt men daarnaast dat SPW'ers moeite hebben met een individuele benadering van de cliënt en dat zij vaardigheden op het gebied van zorgverlening missen. Het gebrek aan verplegende en verzorgende vaardigheden wordt ook door respondenten uit de gehandicaptenzorg vermeld. In deze branche wordt nog een heel scala aan andere knelpunten genoemd, zowel op het gebied van specifieke als generieke vaardigheden. Respondenten uit de Jeugdzorg en de peuterspeelzalen noemen eveneens een tekort op het gebied van verschillende specifieke vaardigheden. Respondenten uit de V&V geven aan dat de opleiding te veel gericht is op het ondernemen van activiteiten, maar dat de verdieping ontbreekt. Tot slot noemen respondenten uit de branche Welzijn dat SPW'ers te weinig weten van de betekenis en het nut van het welzijnswerk.
- Sociaal pedagogisch werk niveau 3. Net als bij de opleiding SPW niveau 4, zijn ook de knelpunten die bij de opleiding SPW niveau 3 genoemd worden erg divers en zijn er zowel verschillen als overeenkomsten tussen de branches te noemen. Knelpunten met taalvaardigheid en rapporteren worden zowel in de gehandicaptenzorg, maatschappelijk werk en dienstverlening als de peuterspeelzalen genoemd. Respondenten uit de gehandicaptenzorg geven verder aan dat de opleiding mensen onvoldoende voorbereidt op een wat solistische functie. Verder noemen deze respondenten veel verschillende knelpunten: een onvolledig beeld van het beroep, gezondheidsproblematiek niet goed kunnen signaleren, te weinig kennis van de doelgroep, geen verplegende en verzorgende vaardigheden en onvoldoende kunnen omgaan met agressie en gedragsproblematiek. Respondenten uit de kinderopvang vermelden dat SPW'ers niveau 3 weinig initiatief nemen (bijvoorbeeld geen nieuwe ideeën aandragen op het gebied van activiteiten) en dat ze het lastig vinden om vervolgcacties te koppelen aan het gedrag dat zij waarnemen. In Welzijn en maatschappelijke dienstverlening noemden respondenten dat de SPW'er niveau 3 onvoldoende begrip heeft van het belang van het welzijnswerk, dat ze niet goed in staat zijn tot het geven en ontvangen van feedback en tot zelfreflectie. Bij de peuterspeelzalen geven respondenten aan dat de VVE-methoden (voor- en vroegschoolse educatie) ontbreken in de opleiding en dat SPW'ers niveau 3 onvoldoende in staat zijn om ontwikkelingsachterstanden bij jonge kinderen te herkennen.
- HBO-Pedagogiek. Respondenten uit de jeugdzorg hebben knelpunten aangegeven die spelen bij de aansluiting van deze opleiding op het werk in de jeugdzorg. Zij noemden diverse knelpunten: moeite met conflicthantering, geen kennis van meervoudige partijdigheid, onvoldoende aansluiting van de theorie op de praktijk van het werk, onvoldoende methodisch kunnen handelen en onvoldoende specifieke kennis.

### Aanpak van knelpunten

Instellingen pakken de knelpunten die zij ervaren in de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt op verschillende manieren aan. Veel instellingen zorgen zelf voor interne scholingen, cursussen en trainingen. Zowel generieke als specifieke vaardigheden worden op deze manier aangevuld. Daarnaast overleggen instellingen met de ROC's en Hogescholen in hun regio. Het kan zijn dat de opleidingsinstellingen op verzoek van de instelling meer aandacht besteden aan bepaalde onder-

werpen, dat opleidingsinstellingen en zorginstellingen gezamenlijk accenten verleggen in de inhoud van de opleiding of dat docenten worden uitgenodigd voor werkbezoeken bij de instellingen. Hier speelt ook het vraagstuk rondom smal of breed opleiden: in de verschillende branches worden (soms) verschillende vaardigheden verwacht. De vraag is welke van die specifieke vaardigheden in het initiële onderwijs aan bod moeten komen.

De invoering van het competentiegericht onderwijs kan volgens een deel van de respondenten ook bijdragen aan het oplossen van knelpunten: er wordt meer in de instellingen opgeleid en minder in het klaslokaal. Instellingen kunnen meer sturen op de kennis en vaardigheden die leerlingen opdoen. Andere respondenten zijn afwachtender en geven aan dat het competentiegerichte onderwijs zich nog moet bewijzen of zijn van mening dat er te weinig kennis wordt opgedaan bij deze vorm van onderwijs. Tot slot verwacht men in de gehandicaptenzorg dat met de nieuwe opleiding maatschappelijke zorg (met de uitstroomvariant medewerker gehandicaptenzorg) een deel van de knelpunten wordt opgelost.

## 5.5 Conclusies

Een groot deel van de nieuwe werknemers in Zorg en WJK is afkomstig uit het beroepsonderwijs. Voor de sector is het van belang dat er voldoende leerlingen instromen in het onderwijs en dat deze leerlingen in hun opleiding de vaardigheden opdoen die zij nodig hebben om te gaan werken in de sector. De instroom in het onderwijs wordt mede bepaald door de voorkeuren die leerlingen hebben voor een bepaalde studie of beroep. Bij de studie- en beroepskeuze zijn de inhoud van de opleiding en het latere werk de belangrijkste factoren. Daarnaast spelen factoren mee als: de kans op een vaste baan, het verwachte inkomen, niveau van de opleiding en moeilijkheidsgraad van de opleiding. Gezien het belang van de inhoud van studie en werk bij de studie- en beroepskeuze, is het de vraag welk beeld leerlingen hebben van het werk in Zorg en WJK. Het werken in de zorg wordt sterk geassocieerd met mensen helpen, met mensen werken en nuttig werk, waarmee je iets kunt betekenen voor een ander. Voor degenen die voor de zorg kiezen, zijn dit ook belangrijke redenen. Het 'zorgen voor mensen' wordt door andere leerlingen juist als een negatief aspect van het werken in de zorg gezien (met name door degenen die niet in de sector willen gaan werken).

De zorgsector heeft een relatief grote aantrekkingskracht op scholieren: een vijfde van hen geeft de sector op als eerste voorkeur als hen gevraagd wordt in welke sector zij zouden willen werken. Hier is wel verschil te zien naar opleidingsniveau. Vwo'ers en havisten zien de zorgsector vaker als de sector van eerste voorkeur dan VMBO'ers. Een groot deel van de werkgelegenheid in de zorg is op MBO-niveau, het niveau waarop vooral VMBO'ers terecht zullen komen. Dat scholieren de zorg als voorkeurssector opgeven, wil nog niet zeggen dat zij daadwerkelijk een zorgopleiding gaan volgen. In 2007 volgde 12% van het totaal aantal mensen in opleiding een zorgopleiding en 11% een agogische opleiding. Hoewel dit aandeel in de opleidingen de laatste tien jaar vrij constant is gebleven, is het totaal aantal leerlingen dat een zorg of agogische opleiding volgt wel gestegen. Bij de agogische opleidingen is op alle opleidingsniveaus een grote stijging te zien, bij de zorgopleidingen stagneren de leerlingenaantallen van de opleiding tot zorg hulp en verzorgende. Gezien de verwachte tekorten aan verzorgenden is juist bij deze laatste opleiding een stijgend aantal leerlingen gewenst. Er zijn op MBO-niveau wel grote regionale verschillen zichtbaar in het aandeel leerlingen dat een zorg- of agogische opleiding volgt. Ook naar herkomstgroepering zijn verschillen te zien: relatief veel Marokkaanse leerlingen volgen een agogische opleiding, terwijl zowel Marokkaanse als Turkse leerlingen zijn ondervertegenwoordigd in de zorgopleidingen. Aangezien het aandeel van deze groepen in het onderwijs en de beroepsbevolking toeneemt, verdient het aanbeveling om te proberen de interesse voor het werken in de zorg bij deze groepen te vergroten.

Binnen de beroepsopleidingen neemt de beroepspraktijkvorming (BPV) een belangrijke plaats in. Om leerlingen goed op te kunnen leiden zijn voldoende stage- en leerwerkplaatsen nodig. Op macroniveau is dat het geval, er van uitgaande dat de beschikbare BPV-plaatsen volledig worden benut. Er zijn echter wel verschillen tussen kwalificatieniveaus en leerwegen. Bovendien kunnen er ook regionale verschillen zijn in de aansluiting tussen vraag en aanbod van BPV-plaatsen.

Naast voldoende instroom en voldoende BPV-plaatsen is ook de inhoudelijke aansluiting tussen opleidingen en werk in Zorg en WJK van belang. In een recent onderzoek onder een beperkt aantal instellingen wordt een tekort aan branche- of doelgroepspecifieke kennis bij beginnend beroepsbeoefenaren vaak als knelpunt genoemd. Dit punt sluit aan bij de discussie over breed versus smal opleiden. In het onderzoek wordt ook meerdere malen genoemd dat de sociaalagogische aspecten ontbreken in verzorgende en verpleegkundige opleidingen, terwijl bij een aantal agogische opleidingen juist een tekort aan verplegende en verzorgende vaardigheden wordt ervaren door de respondenten. Overige knelpunten zijn soms specifiek voor een branche of opleiding en gelden soms voor meerdere branches of opleidingen.

## **6. De vraag naar personeel**



## 6. De vraag naar personeel

Genoegzaam is bekend dat de vraag naar personeel in de sector Zorg en WJK verder zal toenemen. Er zijn allerlei factoren en ontwikkelingen die invloed hebben op de omvang van deze toename. In dit hoofdstuk gaan we in op twee factoren. De eerste is technologie. Steeds vaker wordt onderkend dat (technologische) innovaties een bijdrage kunnen leveren in het beperken van de personeelsvraag. Wat is de stand van zaken op dit terrein? De tweede factor waar we op ingaan zijn veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg. Regelmatig krijgt dit onderwerp aandacht in de pers, waarbij dikwijls de vraag wordt gesteld: Hoe kan het dat men personeel ontslaat bij een stijgende zorgvraag? We verkennen hier wat de mogelijke gevolgen van een aantal systeemwijzigingen voor de arbeidsmarkt kunnen zijn.

### 6.1 Technologie en de vraag naar personeel

#### 6.1.1 Inleiding

De geluiden over de toekomst van de gezondheidszorg zijn verontrustend: meer zorgvraag en minder mensen om aan die vraag te voldoen. Vooral het tekort aan verzorgenden dreigt nijpend te worden (Regiomarge, 2008). In de arbeidsmarktbrief 2007 noemt het ministerie van VWS verschillende maatregelen om personeelstekorten in de zorg te voorkomen dan wel te verminderen. Eén daarvan is het bevorderen van de inzet van arbeidsbesparende technologie, vooral ICT-toepassingen en domotica (VWS, 2007). Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is van mening dat technologie bij kan dragen aan een oplossing voor dit probleem, zo blijkt uit een advies uit 2006 (RVZ, 2006). Diverse zorginstellingen hebben projecten opgezet om arbeidsbesparende technologie te implementeren of zijn voornemens dit te doen. Technologie als mogelijkheid om arbeid te besparen staat duidelijk in de belangstelling. In paragraaf 6.1.2 wordt eerst een beeld geschetst van arbeidsbesparende technologie. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag of deze technologie een bijdrage kan leveren aan de oplossing voor de dreigende arbeidstekorten: welke verwachtingen zijn er en wat is er gerealiseerd? Paragraaf 6.1.3 ten slotte gaat over de implementatie van arbeidsbesparende technologie.

#### 6.1.2 Technologie en arbeidsbesparing

Technologie kan arbeidsbesparend zijn aan de vraagkant of aan de aanbodkant. In het eerste geval wordt een bepaalde zorgvraag voorkomen, in het tweede geval wordt tijd vrijgemaakt of bespaard doordat taken sneller uitgevoerd kunnen worden, reis- of looptijd verminderen of taken overgenomen worden door technologie.

Technologie kan onder andere op de volgende wijzen arbeid besparen:

- doordat de complexiteit van het werk kan verminderen. Taken kunnen dan door een mantelzorger of de patiënt zelf gedaan worden;
- doordat de output toeneemt (een bepaalde hoeveelheid arbeid wordt in minder tijd verricht);
- doordat de werktijd meer productieve uren krijgt (minder wachttijd, minder dossiers invullen, minder reistijd).

(Goris en Mutsaers, 2008).

Arbeidsbesparende technologie is een zeer breed begrip en kan zowel op ICT gebaseerd zijn als daar geheel los van staan. De vraag kan nog breder gesteld worden, namelijk wat onder het begrip technologie geschaard wordt en wat niet. Strikt genomen kunnen bijvoorbeeld ook medische hulpmiddelen als technologie aangemerkt worden. Een sluitende indeling van arbeidsbesparende technologie is dan ook niet voorhanden. Hieronder worden voorbeelden gegeven van verschillende vormen van technologieën, waarbij een (deels overlappende) indeling is gemaakt naar doel of

functie van de technologieën. We noemen met name die technologieën die tijd van V&V'ers kunnen besparen, aangezien daar de grootste knelpunten op de arbeidsmarkt worden verwacht.

- *Technologieën waarmee hulp of zorg op afstand wordt geboden.*

Hierbij is er contact tussen cliënt en zorgverlener. Voorbeelden hiervan zijn de spreekkluisterverbinding (een luidspreker en microfoon), videonetwerken en andere vormen van videocommunicatie. De cliënt kan daarmee contact leggen met zorgverlener, familie en/of mantelzorg en vervolgens via geluid en/of beeld communiceren (zie o.a. Vilans, 2007). Videonetwerken maken het voor de cliënten beter mogelijk om thuis te blijven wonen, omdat ze op elk gewenst moment contact kunnen leggen met (meestal) een zorgcentrale (Borghuis, 2007). Het is ook mogelijk om advies op afstand te geven of mee te kijken met de cliënt (bijvoorbeeld om er op toe te zien dat medicijnen op de juiste wijze worden ingenomen). Hiermee kan het aantal thuiszorgbezoeken aan huis verminderd worden.

- *Alarmeringssystemen en technologie om dwaalgedrag te signaleren*

Denk hierbij aan akoestische signalering zoals uitluistersystemen en geluidssensoren. Hiervoor zijn microfoons geplaatst in de woning of verblijfsruimte van de cliënt. Bij geluid (al dan niet boven een vooraf ingestelde drempelwaarde) gaat een signaal naar een zorgverlener. Ook infraroodsensoren of bewegingssensoren en cameratoezicht kunnen gebruikt worden om de bewegingen van een cliënt te monitoren. Zowel bij het verlaten van een (slaap)kamer, het niet terugkeren in de (slaap)kamer, beweging of juist het uitblijven van beweging kan een melding gegenereerd worden (zie bijvoorbeeld Vilans, 2007, of Willems, 2007). Een specifieke vorm van dwaaldetectie, die tegelijkertijd ook gebruikt kan worden om te bepalen of een cliënt toegang heeft tot een bepaalde ruimte, is Radio Frequency Identification (RFID). Dit systeem bestaat uit een label (of tag) en een lezer. Een cliënt draagt een label met daarop informatie, de lezer leest dit uit. RFID kan gebruikt worden voor dwaaldetectie, om te bepalen of een deur geopend kan worden, een lift gebruikt kan worden et cetera.

Door het gebruik van RFID kunnen leefcirkels bepaald worden voor (met name dementerende) cliënten. Binnen vooraf bepaalde ruimtes kunnen zij zich vrij bewegen (de Jong en Kunst, 2005). RFID wordt momenteel niet of nauwelijks toegepast voor dit doel. Alarmeringssystemen kennen een actieve en een passieve variant. Actieve personenalarmering betekent dat een cliënt in geval van nood met behulp van een alarmeringssysteem een alarmsignaal af kan geven (bijvoorbeeld met een alarmknop). Passieve vormen van alarmering zijn bijvoorbeeld valdetectie (de cliënt draagt de techniek en er wordt een alarmsignaal gegenereerd als de cliënt valt) of een bedmat/belmat. Daar waar actieve of passieve alarmering of dwaaldetectie plaatsvindt, gaat een alarmsignaal naar een zorgverlener. De zorgverlener die dit signaal ontvangt, kan iemand zijn die aanwezig is in de instelling waar iemand verblijft of iemand die op een andere locatie verblijft. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval als het signaal naar een alarmcentrale gaat. Vanuit zo'n centrale wordt gekeken welke vervolgactie nodig is. Technologie met een signaleringsfunctie die intramuraal wordt ingezet, kan er toe leiden dat er minder nachtrondes gemaakt hoeven te worden door het verzorgend personeel, waardoor een nachtwacht over een grotere eenheid kan waken. Ook is het soms mogelijk om een waakwacht te vervangen door een slaapwacht. Daarnaast kunnen deze technologieën de veiligheid verhogen. In de traditionele situatie kunnen medewerkers een signaal missen (bijvoorbeeld tussen twee rondes in), met signaleringsfuncties is die kans veel kleiner (Nouws e.a., 2006, College Bouw, 2006).

- *Domotica*

Domotica betekent in feite woonhuisautomatisering. Het gaat hier om ICT-toepassingen in de woonomgeving, die wonen en zorgverlening kunnen vergemakkelijken. Er is hier een overlap met alarmeringssystemen en technologieën om dwaalgedrag te signaleren. Een andere vorm van

domotica is omgevingsbesturing, zoals een afstandsbediening waarmee cliënten met een lichamelijke beperking bepaalde dingen zelf kunnen doen, die ze anders niet zouden kunnen. Bijvoorbeeld het licht aan en uit doen; de televisie, telefoon en muziekinstallatie bedienen, de gordijnen open en dicht doen. Dit zijn taken die anders door een verzorgende gedaan zouden worden (Goris en Mutsaers, 2008). Ook specifieke vormen van verlichting vallen onder domotica, zoals het automatisch aan- of uitgaan van verlichting in woon- of slaapkamer, toilet of badkamer of oriëntatieverlichting, waarbij de route naar het toilet automatisch verlicht wordt. De kans dat een cliënt gaat dwalen, wordt hier mee verkleind (denk bijvoorbeeld aan mensen met dementie).

- *Monitoring op afstand*

Het monitoren van lichaamsfuncties op afstand wordt ook wel telemonitoring genoemd. Het gaat dan om het monitoren van bloedwaarden, longfunctie, hartslag en bloeddruk. De gegevens kunnen via sensoren of door patiënten zelf worden gemeten. Als uit de gegevens blijkt dat er iets niet in orde is (al dan niet geautomatiseerd vastgesteld), kan een zorgverlener, zoals een arts of gespecialiseerd verpleegkundige, hier actie op ondernemen.

- *Technologie ter ondersteuning van niet-primaire taken*

Het gaat hier vooral om administratieve taken zoals het bijhouden van registraties en het bijhouden van patiëntendossiers. Met behulp van ICT kan informatie gemakkelijker worden opgeslagen, opgevraagd en uitgewisseld, hetgeen tijdsbesparend werkt.

- *Technologie die het werk lichter kan maken*

Medische hulpmiddelen kunnen bijdragen aan het verlichten van het werk. Innovatieve continentiematerialen kunnen bijvoorbeeld arbeid besparen. Betere materialen betekenen immers dat er minder vaak verschoond hoeft te worden en ook het gebruiksgemak speelt mee (Goris en Mutsaers, 2008). Ook allerlei vormen van apparatuur die het werk lichter kunnen maken zijn hier te noemen, zoals de tillift (er is minder personeel inzet nodig om een cliënt/patiënt in en uit bed te krijgen) of de kousenaantrekhelp.

- *Technologieën die zelfredzaamheid en zelfzorg bevorderen*

Met behulp van technologie is het soms mogelijk dat de patiënt (of de mantelzorg) zelf handelingen uit kan voeren die anders door een zorgverlener gedaan zouden worden. Hiermee wordt de zelfredzaamheid van de cliënt bevorderd. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een infuuspomp die eenvoudig te bedienen of computergestuurd is, waardoor er geen zorgverlener van de thuiszorg hoeft langs te komen, of insuline-injectiepenningen en andere apparaatjes waardoor ook meer complexe handelingen door de patiënt of de mantelzorger gedaan kunnen worden (KITZ, 2005).

### 6.1.3 Verwachtingen

Er bestaan dus bepaalde verwachtingen over de mogelijkheden van arbeidsbesparende technologie, namelijk dat deze kan bijdragen aan een oplossing voor dreigende arbeidstekorten in de zorg. STG/HMF heeft in een onderzoek onder bestuurders en managers van zorginstellingen, patiëntenorganisaties en industrie gevraagd naar de mogelijkheid om 40% arbeid van verpleegkundigen en verzorgenden te besparen door middel van technologie (deze 40% besparing is volgens STG/HMF nodig om ook in 2025 voldoende zorg te kunnen bieden). Dit onderzoek leverde de volgende uitkomsten op:

- bijna een kwart van de respondenten denkt dat dit helemaal niet haalbaar is;
- iets meer dan 12% verwacht dat dit voor 2012 zal gebeuren;
- een derde denkt dat dit tussen 2012 en 2018 het geval zal zijn;
- nog eens een kwart is van mening dat dit na 2025 bereikt zal worden.



Op korte en langere termijn verwacht men het meest van technologieën die er voor zorgen dat V&V'ers minder registraties hoeven bij te houden. Ook technologieën die bijdragen aan het voorkomen van zorgvraag ziet men als kansrijk. Op de langere termijn ziet men ook kansen voor video-ondersteuning tijdens het patiëntcontact (Mutsaers, 2008).

Er zijn ook verwachtingen over andere vormen van technologie. In diverse publicaties over domotica in de zorg wordt arbeidsbesparing genoemd. Hierbij wordt onder andere gewezen op de mogelijkheid om 's nachts minder personeel in te zetten (zie bijvoorbeeld College Bouw Zorginstellingen, 2006; Willems en Schutgens-Willems, 2007; SIGRA, 2005; van der Leeuw, 2004; Nouws e.a., 2006) en op de mogelijkheid om personeel efficiënter in te zetten als gebruik wordt gemaakt van videocommunicatie bij thuiswonende cliënten (zie Willems, 2007; Borghuis, 2007; Bos e.a., 2005; Vlaskamp e.a., 2004; de Jong en Kunst, 2005).

### 6.1.4 De praktijk

Kortom: dat er arbeidsbesparing in de zorg mogelijk is door de inzet van technologie in het primaire proces, lijkt duidelijk. De omvang van de potentiële besparing is echter minder duidelijk. Cijfers over behaalde besparingen zijn schaars, slechts weinig technologische innovaties zijn grondig geëvalueerd op arbeidsbesparing (Goris en Mutsaers, 2008). Er zijn wel diverse voorbeelden en pilotprojecten te noemen, waarbij informatie bekend is over arbeidsbesparing.

- STG/HMF heeft gegevens ontvangen over arbeidsbesparing bij het invoeren van omgevingsbesturing voor cliënten met lichamelijke beperkingen. Met behulp van een afstandsbediening kunnen cliënten bepaalde handelingen zelf verrichten, waar zij voorheen een verzorgende voor op moesten roepen. Het gaat dan om activiteiten als het licht aan en uitdoen; de televisie, telefoon en muziekinstallatie bedienen; de gordijnen openen en sluiten; telefoongesprekken voeren. Voorheen besteedden verzorgenden per dag 1 uur en 35 minuten per cliënt aan bovengenoemde handelingen, na invoering van de omgevingsbesturing 4 minuten per dag (Goris en Mutsaers, 2008).
- De Willem van den Bergh Stichting bestaat uit een complex met verschillende locaties en diverse extramurale groepswooningen, waar in totaal ongeveer 950 mensen met een verstandelijke beperking wonen. Technologie die hier wordt ingezet bestaat uit akoestische signalering, diverse infrarood sensoren en soms ook bedmatten en cameratoezicht. Voor iedere cliënt is een profiel opgesteld, de sensoren geven een signaal af als zich bepaalde situaties voordoen of als de ingestelde drempelwaardes worden overschreden. Dit signaal gaat naar een centrale post in het complex. Door het inzetten van deze technologieën, is er 's nachts minder personeel nodig in de intramurale locaties: 14 personen in plaats van 30 personen (de Jong, 2005).
- Stichting de Lichtenvoorde biedt zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Op twee locaties van deze stichting maakt men gebruik van verschillende vormen van domotica: afstandsbediening, waarmee cliënten meer dingen zelf kunnen doen, spreek/luisterapparatuur, een polsbandje waarmee cliënten een oproep kunnen doen, verlichting die de route naar het toilet aangeeft als iemand uit bed stapt, een alarmeringssysteem dat een signaal geeft als iemand langer dan normaal uit bed blijft. De verschillende vormen van domotica worden in overleg met de individuele cliënt in verschillende combinaties ingezet. Bij beide locaties kan men nu met één fte minder toe (bij de ene locatie gaat het om 24 cliënten, het aantal cliënten in de andere locatie werd niet vermeld). (Rosier, 2007).
- In het Leo Polakhuis is domotica ingezet in 12 kleinschalige groepswooningen voor dementerenden. De Jong beschreef dit project toen het nog niet gerealiseerd was. De plannen omvatten onder andere oriëntatieverlichting 's nachts; signalering bij opstaan, vallen; het verlaten van de kamer of het niet terugkeren op de kamer; een oproepsysteem (waarmee de verzorging is op te roepen); melding bij toiletbezoek; melding bij inactiviteit; zien waar mensen zich bevinden die de eigen woning hebben

verlaten. De techniek is per bewoner in te schakelen. De ingeschatte arbeidsbesparing bedroeg 2 fte op jaarbasis (de Jong en Kunst, 2005). Goris en Mutsaers hebben informatie ontvangen van de zorgaanbieder, die aangeeft dat ze het project zijn gestart om problemen op de arbeidsmarkt te voorkomen. Met het project is een besparing van 50% op de nachtwacht gerealiseerd.

Naast bovengenoemde projecten zijn er veel meer projecten en pilots. Niet altijd is bekend of en hoeveel arbeid er mee bespaard wordt, en lang niet altijd worden de beschikbare cijfers ook gepubliceerd. Cijfers zijn bovendien lastig te vergelijken: de ingezette technologie verschilt, de setting verschilt, de doelgroep verschilt, de uitgangssituatie verschilt. Een extrapolatie naar mogelijke besparingen op landelijk niveau is dan ook lastig te maken. In welke mate arbeidsbesparende technologie een bijdrage kan leveren aan het oplossen van verwachte arbeidstekorten, is voorlopig nog onduidelijk. Welke technologie de meeste arbeidsbesparing op kan leveren is eveneens onduidelijk, aangezien grootschalig onderzoek ontbreekt.

De voorbeelden die hierboven zijn genoemd, betreffen vaak pilots en projecten. Een 'landelijke uitrol' van de technologieën die zijn ingezet, ontbreekt vaak nog. Hiermee komen we bij het vraagstuk van de implementatie van technologieën in de zorg.

### 6.1.5 Stand van zaken: de implementatie van arbeidsbesparende technologie

De mate waarin arbeidsbesparende technologieën zijn geïmplementeerd, verschilt sterk per soort technologie en per setting. Zo waren er eind 2006 acht thuiszorginstellingen met een operationeel videonetwerk, met in totaal ongeveer 430 aangesloten cliënten (Borghuis, 2007). Inmiddels zal dit aantal toegenomen zijn, maar deze cijfers laten wel zien dat deze technologie in deze setting nog niet wijdverspreid is. Weijers en Van den Haak geven aan dat personenalarmering in combinatie met een spreek-luisterverbinding met verzorgend personeel (DECT-telefonie) in verzorgingshuizen standaard is, en ook in de thuiszorg een bekende toepassing is. Andere toepassingen komen nog weinig voor (Weijers en Van den Haak, 2007). Willems geeft aan dat "zonder voorzien te zijn van uitgebreide evaluatiestudies [...] de toepassing van domotica bij de zorgverlening voor mensen met verstandelijke beperkingen duidelijk in opkomst [is]" (Willems, 2007). Hij geeft echter ook aan dat er weliswaar voldoende initiatieven en experimenten zijn, maar dat de verankering in de dagelijkse praktijk maar langzaam op gang komt (Willems, 2007).

Er spelen verschillende belemmeringen bij het (grootschalig) invoeren van arbeidsbesparende technologie. Weerstand bij cliënten en V&V-personeel is daar één van. Zorg is mensenwerk, en men vindt technologie daar niet echt bij passen. Zorgverleners willen graag direct contact met degene aan wie zij zorg verlenen (Goris en Mutsaers, 2008). Ook Willems geeft aan dat de huidige zorgverleners weinig affiniteit hebben met technologie. Ook in de opleidingen wordt er nog weinig aandacht aan besteed (Willems, 2007). Daar staat tegenover dat de V&V'ers van de toekomst opgroeien met allerlei technologieën (pc's, mobieltjes etc.). Meer technologie in de zorg kan het imago van het beroep verbeteren. De mogelijkheid bestaat dat er straks mensen in de zorg instromen, juist vanwege de technologie (Goris en Mutsaers, 2008). Een tweede reden dat technologie weerstand op kan roepen bij het V&V-personeel is de angst dat er banen verloren gaan (Goris en Mutsaers, 2008). Op dit moment kan dat weliswaar het geval zijn, in de toekomst zal iedereen die in de zorg wil werken hard nodig zijn, ook als er arbeidsbesparende technologie wordt ingezet.

Over eventuele weerstand tegen technologie bij cliënten zijn de signalen niet eenduidig. Borghuis geeft aan dat een vrij groot aantal cliënten in veel situaties liever van een videonetwerk gebruik maakt dan een hulpverlener aan huis te laten komen (Borghuis, 2007). De bevindingen van het

Nivel bij een evaluatie onder gebruikers van een videonetwerk luiden anders: ruim de helft geeft de voorkeur aan een zorgverlener aan huis, een derde aan het videonetwerk (Bos e.a., 2005). Er zijn ook verschillen wat betreft het soort techniek en de noodzaak: potentiële cliënten zijn niet al te positief over de inzet van technologieën, maar als het echt nodig is zijn bepaalde technieken wel welkom (Weijers en van den Haak, 2007).

Een andere belemmering bij de (groot)schalige implementatie van technologie is de financiering. Structurele financiering van technologische vernieuwingen in de zorg zijn lastig. In de care vindt financiering plaats via tijdelijke stimuleringsgelden. Deze afhankelijkheid van subsidies zorgt er echter voor dat zorgtechnologie niet verder komt dan de experimenteerfase (Goris en Mutsaers, 2008). Borghuis noemt de financiering als de grootste belemmering voor een bredere inzet van videocommunicatie in de thuiszorg (Borghuis, 2007b). De zorgverzekeringswet en de AWBZ voorzien niet in de vergoeding van zorg via videonetwerken. Bovendien moet er door een thuiszorginstelling eerst fors geïnvesteerd worden, voordat er sprake is van opbrengsten.

Verder blijkt het toch veel moeite te kosten om de gewenste functionaliteit met behulp van de techniek ook daadwerkelijk gerealiseerd te krijgen (Willems, 2007; zie ook Nouws e.a., 2006; Nouws en Sanders, 2007; College Bouw, 2006). Dat verschillende systemen onderling slecht uitwisselbaar zijn, kan hierbij ook een rol spelen (zie Willems, 2007; de Jong en Kunst, 2005).

Naast bovenstaande belemmeringen, speelt ook mee dat de 'sense of urgency' nog lijkt te ontbreken. De bewustwording van de problemen die de krappere wordende arbeidsmarkt en toenemende zorgvraag met zich mee zullen brengen, gaat langzaam (zie bijvoorbeeld Goris en Mutsaers, 2008). Deelnemers aan een forum over arbeidsbesparende technologie gaven aan dat er veel valkuilen zijn, dat er geen gemene deler is en dat centrale regie ontbreekt (Goris en Mutsaers, 2008). Bewustwording is dus van belang, maar ook investeren: in opleidingen, in bekendheid met technologie, in weghalen van weerstand, in betrekken van zorgverleners en patiënten. In technologie, in innovaties, in slimme toepassingen. (STG/HMF, 2008). Ook het verspreiden van kennis is van belang: inzicht in de vraag welke technologieën arbeidsbesparing opleveren (Goris en Mutsaers, 2008). Het draagvlak voor bijvoorbeeld videonetwerken en de investeringsbereidheid zal toenemen door de positieve effecten op de kwaliteit van de zorg en goed onderbouwde kostenbesparingen in beeld te brengen (Borghuis, 2007).

Aan deze bewustwording en het delen van kennis wordt wel gewerkt. Op initiatief van het ministerie van VWS is het Zorginnovatieplatform opgezet. In dit Platform werken inhoudsdeskundigen uit de zorgsector, het bedrijfsleven, de wetenschap en de overheid samen om innovaties in de zorg tot stand te brengen en te verspreiden. Het Platform wil dit bereiken door innovatie op de agenda te zetten, een goed innovatieklimaat en goede randvoorwaarden voor het invoeren van innovaties te creëren en door het opschalen en breder invoeren van succesvolle innovaties ([www.zorginnovatieplatform.nl](http://www.zorginnovatieplatform.nl)). In het programma Zorg voor Beter wordt gewerkt aan innovaties in de care, die gericht zijn op het verhogen van de arbeidsproductiviteit met behoud van de kwaliteit van arbeid én kwaliteit van zorg (Zorg voor beter is een initiatief van VWS, in samenspraak met de brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties). Hierbij is ook aandacht voor de inzet van technologie als mogelijkheid om werkprocessen efficiënter te laten verlopen.

### 6.1.6 Conclusie

Dat de inzet van technologie arbeidsbesparend kan werken in de zorg lijkt duidelijk. De mate waarin arbeidsbesparing bereikt kan worden, is echter nog onduidelijk. Het is in ieder geval niet

een kwestie van één soort technologie inzetten, maar technologie inzetten op meerdere terreinen zodat tijd bespaard kan worden op verschillende vlakken zoals: bij administratieve handelingen en registraties, doordat de zorgvraag verminderd kan worden doordat patiënten zelfredzamer worden, het aantal thuiszorgbezoeken kan verminderen en er minder mensen ingezet hoeven te worden in de nachtzorg. Om dit te bereiken zal duidelijk moeten worden welke technologieën op welke wijze kunnen bijdragen aan arbeidsbesparingen en in welke mate. Pas als duidelijk is welke technologieën daadwerkelijk arbeid besparen, zullen instellingen geneigd te zijn om deze technologieën in te gaan zetten. Ook dan zal echter geïnvesteerd moeten worden in het overwinnen van weerstand, in verspreiding van kennis, in de implementatie van technologieën. Belemmeringen rondom de financiering van arbeidsbesparende technologieën moeten worden weggenomen. De vraag is of een brede implementatie van arbeidsbesparende technologieën plaats zal vinden vóór de voorspelde arbeidstekorten werkelijkheid worden.

## 6.2 De invloed van landelijk beleid

### 6.2.1 Inleiding

Landelijke beleidsontwikkelingen kunnen van grote invloed zijn op de vraag naar personeel. De sector Zorg en WJK biedt daarvan de laatste jaren vele voorbeelden. Het streven naar gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg heeft onder meer geleid tot een nieuw stelsel van zorgverzekeringen en tot nieuwe bekostigingssystemen in de cure- en de care-sector. In de care-sector wordt de marktwerking in de zorg mede versterkt door de mogelijkheid voor cliënten om te kiezen tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget (PGB). Van deze laatste mogelijkheid wordt in toenemende mate gebruik gemaakt en men kan zich afvragen wat deze ontwikkeling voor gevolgen heeft voor de vraag naar personeel voor de bijbehorende zorgvraag. Voor de care-sector kan ook worden gewezen op de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). In het kader hiervan is de huishoudelijke verzorging als een aanspraak op grond van de AWBZ omgezet in een voorziening die door gemeenten wordt aangeboden. Deze verandering heeft grote gevolgen voor het personeel in de thuiszorg. In de WJK sector ten slotte vormen de ontwikkelingen in de kinderopvang een voorbeeld van de invloed van het overheidsbeleid op vraag en aanbod en dus ook op de arbeidsmarkt.

In dit hoofdstuk wordt nader op deze ontwikkelingen ingegaan voor wat betreft de gevolgen voor de arbeidsmarkt. Daarbij moet op voorhand worden opgemerkt dat het hier in veel gevallen gaat om relatief recente ontwikkelingen, waarover nog nauwelijks kwantitatief empirisch materiaal voor handen is.

### 6.2.2 Nieuwe declaratiesystemen voor de intramurale zorg

#### *Ziekenhuizen*

Sinds enkele jaren dienen ziekenhuizen hun kosten bij zorgverzekeraars te declareren aan de hand van zogeheten 'diagnose behandeling combinaties' (DBC's). Een DBC beschrijft het zorgaanbod dat een patiënt met een bepaalde diagnose ontvangt. Aan een DBC worden prijzen gekoppeld. De gedachte is dat zorgverzekeraars aan de hand van DBC's met ziekenhuizen kunnen onderhandelen om tot afspraken over prijs en kwaliteit te komen. Ziekenhuizen kunnen met elkaar op prijs en kwaliteit concurreren om een zo groot mogelijk marktaandeel te verwerven.

Deze overgang naar een marktgericht stelsel vindt overigens geleidelijk plaats. In 2006 werd over ongeveer 10% van de ziekenhuisproductie onderhandeld in termen van DBC's. In 2007 was dat ongeveer 20% en voor 2009 wordt uitgegaan van ongeveer 34%. Het overige aandeel van de omzet in ziekenhuizen wordt nog steeds op de traditionele wijze gefinancierd.

Concurreren op prijs impliceert nóg meer aandacht voor de doelmatigheid van het zorgaanbod. Een belangrijk element van doelmatigheid is de vraag of de werkzaamheden die worden verricht overeen komen met het opleidingsniveau van de professional. Daarmee komen we op het vraagstuk van de taakherschikking: kan het zorgproces zodanig worden ingericht dat hoogopgeleiden zo min mogelijk werkzaamheden verrichten die ook door lager opgeleiden kunnen worden uitgevoerd? In het bijzonder: welke taken kunnen worden verschoven van medisch specialisten naar HBO-opgeleide professionals. En als dat voor aanzienlijke delen van de gezondheidszorg het geval blijkt te zijn, wat betekent dat dan voor de behoefte aan HBO-opgeleide, gespecialiseerde professionals?

In de vorige uitgave van deze rapportage is dit onderwerp al aangestipt, maar inmiddels zijn er diverse nieuwe rapporten verschenen. Wij willen er op twee in het bijzonder ingaan.

Eind 2007 publiceerde de Inspectie voor de gezondheidszorg haar jaarlijkse 'Staat van de gezondheidszorg'. Deze keer handelde de rapportage over taakherschikking in de gezondheidszorg. De Inspectie kwam tot de conclusie dat taakherschikking een positieve bijdrage levert aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg. Als bovendien zou blijken dat taakherschikking leidt tot een grotere doelmatigheid van de zorgverlening, dan lijkt aan alle voorwaarden te zijn voldaan om de vraag naar HBO-opgeleide zorgprofessionals in de toekomst te laten stijgen.

Het Kenniscentrum Beroepsopleiding Arbeidsmarkt (KBA) heeft onderzoek gedaan naar die toekomstige behoefte voor wat betreft de nurse practitioners (NP) en de physician assistants (PA). Uit hun rapportage zijn de volgende gegevens en verwachtingen af te leiden:

**Tabel 6.1: Instroom en inschrijvingen in de opleiding voor NP en PA, 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
Instroom				
NP	179	217	225	242
PA	55	102	75	79
Totaal	234	319	300	321
Inschrijvingen				
NP	179	373	459	475
PA	55	154	216	235
Totaal	234	527	677	710

Bron: Peters, et al, 2008

Het blijkt dat de beschikbare opleidingsplaatsen (250 in 2004, daarna 325) voor meer dan negentig procent worden bezet. Kennelijk voorziet dit aanbod aan opleidingsplaatsen in een behoefte. De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen hebben dan ook besloten om per 1 januari 2009 het aantal opleidingsplaatsen voor deze beide opleidingen te verhogen naar 400. (Kamerstuk 30300 XVI, nr.42)

Peters et al (2008) hebben onder afgestudeerden en onder medische managers interviews gehouden met de vraag hoe de behoefte aan NP's en PA's zich naar verwachting in de toekomst zal ontwikkelen. Zij komen tot de volgende conclusies:

- NP's en PA's zelf verwachten dat het volume aan NP's en PA's binnen hun eigen afdeling in de komende jaren zal toenemen met gemiddeld 10 procent per jaar. Voor hun gehele organisatie verwachten zij een (lichte) toename van het aantal NP's en PA's.

- De medische managers zijn iets gematigder in hun mening. Zij verwachten dat op de eigen afdeling het volume aan NP's de komende jaren zal toenemen met gemiddeld 9 procent en het volume aan PA's met 7 procent. Het merendeel van de managers verwacht dat in de organisatie als geheel het aantal NP's en PA's zal toenemen.

Peters et al (2008) concluderen: "Op grond van de bevindingen uit het onderzoek onder medisch managers mag vanuit de organisaties waar al NP's en PA's werkzaam zijn, in de komende jaren dus een substantiële opleidingsbehoefte worden verondersteld."

De onderzoekers schatten dat er in 2008 bijna 1.400 NP's en PA's werkzaam zijn en dat dit aantal tot aan 2012 zal stijgen naar ongeveer 2.000. Deze schattingen gaan uit van de organisaties waarin NP's en PA's nu al werkzaam zijn.

'Met een aantal slagen om de arm' schatten de onderzoekers dat in totaal (dus inclusief de organisaties waar nu nog geen NP's of PA's werken) de totale behoefte aan opleidingscapaciteit vermoedelijk op een volume uitkomt van ergens tussen 410 en 690 plaatsen.

#### *Instellingen voor langdurige zorg*

In de financiering van instellingen voor langdurige zorg is een vergelijkbare ontwikkeling gaande als in de ziekenhuizen. Vanaf januari 2009 zal de verblijfszorg worden gefinancierd op basis van zogeheten 'zorgzwaartepakketten' (ZZP's). Kort samengevat is een ZZP een beschrijving van het cliëntprofiel in termen van de functies die een cliënt behoeft en de daarbij benodigde tijd per week. De functies zijn onderverdeeld in: woonzorg, dagbesteding, behandeling en begeleiding. In een ZZP worden tevens de gemiddelde totaaltijd per week aangegeven en de verblijfskenmerken van de cliënt.

De NZa geeft de volgende omschrijving van een zorgzwaartepakket:

*"Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft. Een ZZP bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (een cliëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van de zorg." (NZa, beleidsregel CA-208)*

Uiteindelijk zullen alle cliënten van verblijfsvoorzieningen een ZZP-indicatie krijgen. Deze wordt afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor zover cliënten nog geen indicatie hebben, wordt de indicatie vastgesteld door de zorgaanbieder in overleg met het zorgkantoor.

Een ZZP geldt in principe alleen voor cliënten die in een voorziening verblijven, maar er bestaat (nog) de mogelijkheid dat mensen die een indicatie voor verblijf hebben hun zorg thuis ontvangen. Dit wordt het 'Volledig Pakket Thuis' (VPT) genoemd. Dit VPT kan alleen worden geleverd vanuit een verblijfsvoorziening en uitsluitend als er een bed voor vrijkomt.

Een ZZP geeft voor iedere cliënt aan hoeveel uur aan AWBZ-functies voor zijn of haar zorgvraag nodig worden geacht. Dat betekent dat rechttoe - rechtaan op instellings- of organisatieniveau kan worden uitgerekend hoeveel capaciteit nodig is voor de zorg. (Zie HHM: Handreiking formatieplanning, 2008)

Het jaar 2008 wordt gezien als een proefjaar waarin de financiering van de verblijfsvoorzieningen ex AWBZ nog op de traditionele manier plaatsvindt, maar wel alvast een berekening wordt uitgevoerd naar de consequenties voor de voorzieningen, wanneer de ZZP-systematiek wordt ingevoerd. Financieel kan dat leiden tot reallocaties tussen instellingen, maar het kan ook gevolgen hebben voor de personeelsinzet.

Doorrekening van de ZZP's voor de personeelsformatie kan leiden tot de conclusie dat een voorziening volgens de ZZP-systematiek over te veel of te weinig personeel beschikt ten opzichte van wat op grond van de zorgzwaarte van de cliënten verwacht mag worden. Het is echter niet alleen de omvang van de personeelsformatie die van belang is. Ook wanneer de omvang van de personeelsformatie overeen komt met de zorgzwaarte van de cliënten, kan het zijn dat de verdeling van het personeel over de diverse categorieën door het toepassen van de ZZP-systematiek ter discussie wordt gesteld.

De ZZP-systematiek wordt in 2008 voor het eerst op proef toegepast. Er zijn op dit moment nog geen concrete aanwijzingen over eventuele gevolgen voor het personeel door de toepassing van dit declaratiesysteem. De invoering van de ZZP-systematiek is met veel onzekerheden omgeven. Deze onzekerheden (wat wordt het budget en is de personeelsformatie nog wel adequaat?) kunnen er voor de korte termijn toe leiden dat zorgaanbieders terughoudend zijn om personeel in dienst te nemen. Maar ook voor de langere termijn kunnen de effecten voor de arbeidsmarkt groot zijn. Net als de DBC-systematiek is de ZZP-systematiek ontwikkeld om inzicht te krijgen in productie en prijzen van zorgproducten. Het is de bedoeling dat prijs en kwaliteit van ZZP's onderhandelbaar zijn. Daardoor kunnen prijzen van zorgproducten onder druk komen te staan, hetgeen zich kan vertalen in taakherstelling en aanpassingen in het personeelsbestand. Daarover kan op dit moment nog niets concreets worden aangegeven, maar het is zeker van belang om dit in de komende jaren te monitoren.

De ZZP-systematiek zal vanaf 1 januari 2009 worden ingevoerd, maar dat zal in een geleidelijk proces plaatsvinden. In 2009 vindt bekostiging nog plaats op de huidige manier, maar er worden al wel stappen gezet voor herallocatie van middelen. Voor 2009 wordt een herallocatiepercentage van maximaal 2% vastgesteld voor de instellingen die moeten afbouwen. In 2010 zal dat percentage 4% zijn (bovenop de eerder gerealiseerde 2%). Doelstelling is om in 2011 het herallocatieproces af te ronden.

(Brief ministerie van VWS, 5 augustus 2008)

### 6.2.3 De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2007 is de aanspraak op huishoudelijke verzorging in de thuissituatie als functie van de AWBZ omgezet in een gemeentelijke voorziening waar mensen een beroep op kunnen doen. Die overgang heeft tot grote veranderingen in de thuiszorg geleid. Niet zozeer in de indicatiestellingen als wel in de ingezette hulp. In 2006 lag de verhouding ingezette hulp voor Huishoudelijke Verzorging (HV1) ten opzichte van HV2 op 30%:70%. In 2007 lag deze verhouding op 85%:15%. Dit heeft grote gevolgen gehad voor de inzet van personeel.

In opdracht van de Stichting FAOT (het O & O fonds van de thuiszorg) is door Prismant een onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de invoering van de Wmo voor de arbeidsmarkt in de thuiszorg. Het onderzoek besloeg de periode september 2006 tot maart 2007, waarin de veranderingen in de arbeidsmarkt van de thuiszorg door een vijftal metingen werden gemonitord. Aan het onderzoek deden ongeveer 30 thuiszorgorganisaties mee.

Enkele opvallende conclusies uit dit onderzoek:

1. Tussen november en december 2006 steeg het aandeel thuiszorgorganisaties dat geen nieuw personeel voor huishoudelijke verzorging aannam van 10% naar 30%.
2. In maart 2007 gaf driekwart van de organisaties aan dat nieuw personeel alleen een tijdelijk contract krijgt.
3. Daarnaast geeft 50% van de organisaties aan dat men alleen nog maar contracten aanbiedt met een flexibel aantal uren.

4. Ruim de helft van de thuiszorgorganisaties trekt alleen nog maar alfahulpen aan. In deze organisaties worden dus geen nieuwe medewerkers in loondienst gezocht.
  5. 74% van de onderzochte organisaties geeft aan dat de werkdruk is toegenomen ten gevolge van de invoering van de Wmo. Meer in het algemeen komen de onderzoekers tot de conclusie "dat de kwaliteit van arbeid in toenemende mate onder druk komt te staan".
- (Van der Velde, et al, 2007)

Door de staatssecretaris van VWS is na overleg met werkgevers, werknemers en gemeenten voor 2007 € 20 miljoen gereserveerd voor de oplossing van incidentele problemen met betrekking tot de personele gevolgen van de invoering van de Wmo. Voor 2008 stelt de staatssecretaris € 40 miljoen beschikbaar (en voor volgende jaren € 10 miljoen per jaar) voor het oplossen van arbeidsmarkt-effecten na de invoering van de Wmo. Dit geld is bestemd als:

- bijdrage aan thuiszorgaanbieders voor het in loondienst nemen van alfahulpen;
- bijdrage aan thuiszorgaanbieders die de kosten voor de inzet van huishulpen-A niet kunnen dekken;
- bijdrage voor thuiszorgaanbieders voor om-, her- en bijscholing van huishulpen.

Deze maatregelen zijn bedoeld om zo goed mogelijk thuiszorgmedewerkers te behouden voor de zorg. Dit streven zal mede worden versterkt door in de Wmo een bepaling op te nemen, waardoor zorgaanbieders worden verplicht aan de gemeenten aan te geven "op welke manier zij met de oude -niet gegunde- aanbieders in overleg denken te treden over de eventuele overname van personeel." Daarnaast krijgt de cliënt het recht om alfahulp te weigeren (Brief ministerie van VWS, 15 februari 2008).

Een illustratie van de problemen in de thuiszorg wordt gegeven door het blad *Zorgvisie* dat op 15 oktober 2008 meldt dat veel thuiszorgorganisaties stoppen met het leveren van huishoudelijke hulp in gemeenten waar de Wmo-tarieven niet kostendekkend zijn.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de invoering van de Wmo grote gevolgen heeft gehad voor de arbeidsmarkt in de thuiszorg. Deze ervaringen kunnen van belang zijn, wanneer de voorstellen van de SER worden overgenomen. In zijn advies over de toekomst van de AWBZ stelt de SER voor om meer onderdelen van de AWBZ, in het bijzonder de lichtere onderdelen van de ondersteunende en activerende begeleiding, in het kader van de Wmo over te hevelen naar de gemeenten. Zwaardere vormen van begeleiding, zoals begeleid wonen en dagbesteding zouden onder de werking van de AWBZ moeten blijven. De vraag is wat de gevolgen voor de arbeidsmarkt zullen zijn, wanneer inderdaad meer vormen van begeleiding van de AWBZ worden overgeheveld naar de gemeenten. De 27 middelgrote gemeenten die samenwerken in de G27 zijn in dit verband van mening dat eerst een overgangsjaar inzichtelijk zou moeten maken wat de consequenties zijn van dergelijke ingrepen (*Zorgvisie*, 10 oktober 2008).

De uitkomsten van de Wmo-monitor over 2007 (Lub en Sprinkhuizen, 2008) bevestigen het hiervoor geschetste beeld. In het kader van deze monitor geeft 44% van de thuiszorginstellingen aan dat het personeelsbestand qua capaciteit is teruggelopen. Bijna de helft van de organisaties voorziet een afname van de capaciteit. (Ook hier is het beeld echter genuanceerd: 20% van de organisaties verwacht dat de capaciteit zal groeien door de Wmo.)

Voor de organisaties uit de welzijnssector komt uit de Wmo-monitor een wat positiever beeld naar voren. De welzijnssector lijkt zich onder invloed van de Wmo te verbreden. "De deelname van welzijnsinstellingen in de klassieke keten wonen, zorg en welzijn is sinds de Wmo enorm toegenomen en dit lijkt grotendeels door de Wmo te zijn veroorzaakt." (Lub en Sprinkhuizen, 2008) In het



verlengde hiervan wordt geconstateerd "...dat van een krimpend personeelsbestand in de welzijnssector weinig sprake is. Over het algemeen is de totale capaciteit (fte) van welzijnsorganisaties sinds de invoering van de Wmo zelfs toegenomen." (idem).

### 6.2.4 Ontwikkelingen in de kinderopvang

Ook de ontwikkeling van de kinderopvang weerspiegelt de invloed van overheidsbeleid, zoals blijkt uit een analyse van het Centraal Plan Bureau (CPB). Over de periode 1994-2004 groeide de totale kinderopvang met 11% per jaar. Nader gespecificeerd: de kinderdagopvang met 9%, de buitenschoolse opvang met 18% en de gastouderopvang met 3%. Het CPB geeft vier verklaringen voor deze ontwikkeling:

1. De groei in de vrouwenparticipatie in arbeid.
2. Een daling van de prijs van de formele opvang ten gevolge van de ontwikkeling van het aantal gesubsidieerde plaatsen.
3. Een daling van de wachtlijsten in de formele opvang.
4. Een verschuiving in de voorkeuren naar formele kinderopvang.

Dit zijn ontwikkelingen in de vraag naar en aanbod van kinderopvang en min of meer autonome processen. Tussen 2005 en 2007 veranderde dit groeipatroon. Onder invloed van de Wet Kinderopvang groeide het aantal kinderen dat via deze wet werd opgevangen in 2005 met 8%, in 2006 met 10% en in 2007 met 35%. In 2006 en 2007 groeide het totaal gemiddeld met 22% per jaar. De kinderopvang groeide met gemiddeld 12%, de buitenschoolse opvang met 21% en de gastouderopvang met 81%. Het Centraal Plan Bureau geeft drie verklaringen voor deze grote stijging:

1. De Wet Kinderopvang is in 2005 ingevoerd en in 2006 is de ouderbijdrage voor de midden en hoge inkomens verlaagd.
2. Uit gegevens van de Belastingdienst blijkt dat binnen het aantal huishoudens met een inkomen van 1,5 keer modaal of meer, het gebruik van opvang via de Wet kinderopvang tussen 2005 en 2006 met slechts 2.000 huishoudens groeide. Tussen 2006 en 2007 waren dit er 62.000.
3. De gastouderopvang is explosief gegroeid. "Na de intensiveringen in 2006 en 2007 is het voor meer ouders en gastouders aantrekkelijk geworden om de opvang te formaliseren." Het komt er op neer dat door de Wet Kinderopvang de al bestaande informele kinderopvang wordt geformaliseerd "met vermoedelijk aanzienlijke consequenties voor de collectieve uitgaven".

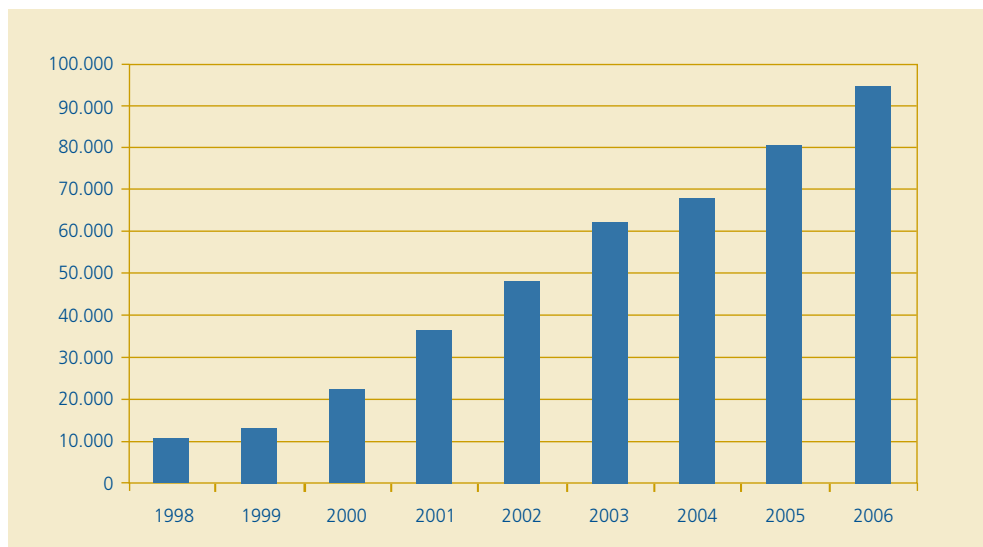
(Bron: Centraal Planbureau, 2008)

Medio 2008 maakte het kabinet bekend dat ouders voor kinderopvang een hogere eigen bijdrage moeten betalen. Oogmerk is dat kinderopvang voor alle ouders betaalbaar en toegankelijk blijft. Ook worden maatregelen in de gastouderopvang genomen. Er zijn twee vormen mogelijk namelijk kleinschalige, professionele opvang (thuiscrèches) en informele opvang. Voor deze vormen gelden verschillende kwaliteitseisen.

### 6.2.5 Het Persoonsgebonden Budget

Cliënten die over een indicatie beschikken voor extramurale zorg waarop in het kader van de AWBZ een aanspraak bestaat, kunnen kiezen tussen zorg in natura of een Persoons Gebonden Budget (PGB). In dat laatste geval krijgt de cliënt een geldbedrag, waarmee hij of zij zelf zorg kan inkopen. Het PGB is daarmee ook een instrument dat bijdraagt aan de ontwikkeling van marktwerking in de zorg.

De invoering van het PGB lijkt sterk in een behoefte te voorzien. Uit onderstaande grafiek blijkt dat tussen 1998 en 2006 het aantal budgethouders is gestegen van ruim 10.000 naar bijna 95.500.

**Figuur 6.1** Ontwikkeling aantal budgethouders 1998-2006

Bron: CVZ, 2007

Per augustus 2007 bedraagt het aantal budgethouders bijna 81.000. Zonder de invoering van de Wmo zouden dat er ongeveer 30.000 méér zijn. (Brief minister van VWS, 9 november 2007).

Met een PGB kunnen cliënten zelf bepalen bij wie zij zorg inkopen. Gegeven de grote aantallen budgethouders is de vraag daarom relevant in hoeverre dat inkoopgedrag van invloed kan zijn op de vraag naar personeel. Cliënten kunnen immers kiezen om professionele hulp in de arm te nemen dan wel informele zorg of mantelzorg. Over dit onderwerp is niet veel hard cijfermateriaal voorhanden, maar de staatssecretaris van VWS presenteerde in haar brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2007 onderstaande tabel.

**Tabel 6.1** Aard inkoop van zorg naar grondslag, percentages

	Somatisch	LG/ZG	Som. + LG	Psych.	VG	Totaal
<i>N</i> =	179	121	130	108	127	665
Alleen professionele zorg	37	36	36	49	21	35
Alleen mantelzorg	44	45	39	15	15	33
Mantelzorg i.c.m. professionele zorg	20	20	25	36	65	32

Bron: Brief minister van VWS, 9 november 2007

Uit deze tabel blijkt dat over het geheel ongeveer eenderde van de PGB-houders kiest voor uitsluitend professionele zorg, eenderde voor uitsluitend mantelzorg en eenderde voor een combinatie van die twee. Wordt gekeken naar de afzonderlijke zorgsectoren, dan blijken er verschillen te zijn. In de GGZ en de zorg voor verstandelijk gehandicapten kiest 15% van de budgethouders voor uitsluitend mantelzorg, terwijl in de somatische zorg en de sectoren lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten 45% daarvoor kiest.

Als we -met enig voorbehoud - de cijfers voor 2006 omrekenen naar het totaal aantal PGB-houders, dan zouden meer dan 60.000 cliënten op zoek zijn naar professionele ondersteuning al dan niet in combinatie met mantelzorg. Wanneer het kiezen voor een PGB verder wordt gestimuleerd, zou deze markt nog aanmerkelijk kunnen groeien. De staatssecretaris schetst in haar eerder genoemde brief een scenario waarin in 2011 sprake is van 190.000 PGB-houders waarvoor de totale uitgaven bijna 3 miljard euro bedragen.

Het is interessant deze ontwikkeling te plaatsen tegenover een andere ontwikkeling op de arbeidsmarkt in Nederland: de groei van het aantal 'Zelfstandigen Zonder Personeel' (ZZP-ers). Op dit moment zijn er naar schatting een miljoen ZZP-ers in Nederland en de verwachting wordt genoemd dat dit aantal in de komende twee jaar zal verdubbelen. (Bron: MKB Nederland op website ZZP Nederland, 30-09-2008). ZZP-ers zijn vooral werkzaam in sectoren als de bouw, maar ook in de zorg neemt het aantal ZZP-ers toe. Een korte rondgang over het internet levert veel sites op, waarop ZZP-ers zich aanbieden voor het uitvoeren van zorgtaken.

Het lijkt van belang na te denken over de consequenties van deze beide ontwikkelingen. Er wordt een sterke toename van PGB-houders verwacht en kennelijk wordt het steeds aantrekkelijker om als ZZP-er in de zorg aan de slag te gaan. Tot welke omvang zal deze ontwikkeling zich doorzetten? Op welk moment krijgt zij consequenties voor de 'reguliere' zorg? Kunnen de gezamenlijke zorginstellingen zich bijvoorbeeld permitteren dat grote groepen verplegenden en verzorgenden de instelling verlaten en zich als ZZP-er gaan vestigen?

### 6.2.6 Conclusies

Ingrepen van de overheid in de regelgeving en financiering van de gezondheidszorg zijn te kenmerken als grootschalige experimenten. De complexiteit van de gezondheidszorg is immers zo groot dat lang niet alle effecten van die ingrepen exact zijn te voorspellen. Dat geldt zeker ook voor de invloed van het overheidsbeleid op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg. Soms vallen op hoofdlijnen wel effecten te voorspellen, maar de precieze vorm waarin en de gevolgen daarvan voor het zorgaanbod zijn aanzienlijk moeilijker te voorzien. Dat de invoering van marktwerking bijvoorbeeld zal leiden tot een zoeken naar steeds meer doelmatigheidsverhoging en dus naar mogelijkheden tot taakherschikking, valt van te voren wel te bedenken. Maar tot hoever zo'n ontwikkeling zal gaan en hoe sterk ze zullen zijn in de verschillende deelsectoren van de gezondheidszorg valt al veel moeilijker te voorspellen. Wie heeft voorspeld dat de invoering van de Wmo zo'n grote invloed zou hebben op het personeelsbeleid in de thuiszorg? Hoe zal het aantal ZZP-ers in de zorg zich verder ontwikkelen en wat zal dat betekenen voor het personeelsbeleid van zorgaanbieders?

Het zijn voorbeelden van vragen waar we eigenlijk nog geen antwoord op hebben. Maar juist dat leidt tot een ander idee. Wij vragen ons af of het niet verstandig is om bij ingrijpende beleidsveranderingen in de gezondheidszorg een 'arbeidsmarkteffectrapportage' op te stellen, naar analogie van de al bestaande milieueffectrapportages.

Er zijn verschillende argumenten om dit idee te ondersteunen:

- De arbeidsmarkt past zich relatief langzaam aan aan de behoefte aan nieuwe beroepen. Er gaan zeker enkele jaren overheen voordat mensen met een adequate opleiding op de arbeidsmarkt kunnen verschijnen. Denk alleen al aan het opstellen van een curriculum en de doorlooptijd van de opleiding.
- Personeelsbestanden liggen in grote lijnen vast. Geen werkgever kan het zich permitteren om van de ene op de andere dag grote groepen medewerkers andere (mindere) contracten aan te bieden. Zorgvuldig werkgeversschap vraagt om geleidelijkheid bij dit soort veranderingen. Een

voorbeeld daarvan is de invoering van de Wmo. Ook de invoering van de zorgzwaartepakketten kan dit soort vragen oproepen, wanneer dit zou leiden tot grote kwalitatieve veranderingen in het personeelsbestand.

- De arbeidsmarkt in de gezondheidszorg zal vermoedelijk op termijn serieuze kraptes gaan vertonen. De flexibiliteit zal dus afnemen, effecten zullen heftiger kunnen uitwerken.
- Het maakt het makkelijker mogelijk voor instellingen om een lange termijn beleid ten aanzien van personeel te formuleren en te ontwikkelen.

Het gaat eigenlijk om het volgende advies: denk bij het doorvoeren van nieuw beleid ook aan de arbeidsmarkt als factor die in de ex ante evaluatie moet worden meegewogen. Zowel voor het macroniveau en het regionale niveau, maar ook op het niveau van de individuele zorginstelling als werkgever.



## 7. Branches



## 7. Branches

In dit hoofdstuk worden voor alle afzonderlijke branches in de sector Zorg en WJK ontwikkelingen beschreven en specifieke gegevens over de arbeidsmarkt gepresenteerd. De eerste paragraaf geeft een aantal kenmerken van de branches in één overzicht. Daarna volgt per branche een korte schets van de actuele ontwikkelingen, een aantal kerncijfers, gegevens over vraag- en aanbodontwikkelingen en, voor zover beschikbaar, gegevens over de kwaliteit van arbeid.

### 7.1 Een vergelijking tussen de branches

Tabel 7.1 presenteert een aantal actuele gegevens voor de afzonderlijke branches. Het valt op dat de ontwikkeling van de werkgelegenheid sterk per branche verschilt. Jeugdzorg was de afgelopen jaren de sterkst groeiende branche binnen WJK. Binnen de Zorg waren dat de gehandicaptenzorg en de ggz.

**Tabel 7.1 Een aantal arbeidsmarktkenmerken per branche in 2007\***

	Ziekenhuizen	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg**	Gehandicaptenzorg	GGZ	Welzijn en MD	Jeugdzorg	Kinderopvang
Aantal werkzame personen	257.000	474.600		154.500	85.400	.	.	.
Gem. groei in personeel ('02-'07)	1,6%	4,0%		4,5%	-	.	.	.
Aantal arbeidsplaatsen	181.100	239.600		95.500	64.000	.	.	.
Gem. groei in personeel ('02-'07)	1,6%	3,0%		4,9%	-	.	.	.
Aantal werkzame personen in loondienst	254.100	417.200		144.500	80.500	64.800	28.900	61.200
Gem. groei in personeel in loondienst ('02-'07)	1,7%	2,8%		3,6%	7,2%	-1,2%	6,6%	4,3%
Aantal arbeidsplaatsen van personeel in loondienst	179.900	228.800		91.100	61.200	41.600	21.700	35.300
Gem. groei in personeel in loondienst ('02-'07)	1,8%	2,8%		3,6%	6,7%	-1,6%	9,0%	2,7%
Omvang gemiddelde werkweek	68,4%	58,6%	47,9%	63,0%	76,0%	64,2%	75,1%	57,7%
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	41	41	42	39	42	43	39	35
Aandeel 50+	25,4%	28,5%	30,4%	22,7%	30,6%	32,7%	22,5%	14,4%
Aandeel vrouw	80,8%	89,5%	94,8%	82,4%	70,3%	69,7%	74,0%	96,3%
Duur dienstverband (in jaren)	.	.	.	.	-	.	.	.
Brutoverloop	9,7%	14,1%	15,7%	12,8%	10,9%	16,1%	12,9%	13,4%
Nettoverloop	4,0%	6,3%	7,7%	4,7%	3,6%	.	.	.
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	4,3%	5,4%	6,3%	5,4%	4,7%	.	.	.

\* De werkgelegenheid in 2007 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database

\*\* Inclusief oproepkrachten, exclusief alphahelpenden

Bron: CBS, Vernet, LKG, Gpi, PGGM, Werkgeversenquêtes, Exit-interviews en MOgroep



De branche Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg is de grootste in fe's en personen. Het ziekteverzuim is laag in de ziekenhuizen en hoog in de thuiszorg. Het aandeel ouderen, 50+-ers, is hoog in de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, thuiszorg, ggz en verpleeg- en verzorgingshuizen. Voor een vergelijking van de werkbeleving tussen de branches verwijzen we naar paragraaf 2.4, waar dit onderwerp behandeld is.

## 7.2 Ziekenhuizen

### 7.2.1 Ontwikkelingen

#### *DBC's en prestatiebekostiging*

Met de invoering van marktwerking in de ziekenhuiszorg wordt beoogd om doelmatigheid van de zorg en concurrentie op prijs en kwaliteit te bevorderen. De ziekenhuiszorg wordt via DBC's (Diagnose Behandelings Combinaties) gefinancierd. De prijs van een deel van deze DBC's (het B-segment) is vrij onderhandelbaar. Dit onderhandelbare deel is in 2008 toegenomen van 10 naar 20% van de ziekenhuiszorg. Het B-segment moet in 2009 toenemen tot 34% van de totale ziekenhuiszorg, en op langere termijn tot 70%.

Toenemende marktwerking betekent dat de financiële risico's voor de ziekenhuizen steeds groter worden. Hoewel de sector als geheel een positief resultaat kent over het jaar 2007, heeft een kwart van de ziekenhuizen verlies gedraaid. De verschillen tussen de ziekenhuizen die verlies lijden en de ziekenhuizen die winst boeken lijken steeds groter te worden (Piersma, 2008). Recent onderzoek geeft aan dat vooral kleine ziekenhuizen in de Randstad verlies lijden, terwijl de grote ziekenhuizen in de Randstad juist het vaakst winst maken. Met klein wordt hier bedoeld: een jaaromzet van minder dan 90 miljoen (SiRM, 2008).

#### *Volume en doelmatigheid*

Het totale productievolume van de ziekenhuizen is in 2007 toegenomen. Vooral het aantal dagopnamen is gestegen ten opzichte van 2006. Het aantal opnamen is licht gestegen, terwijl het aantal ligdagen net als voorgaande jaren gedaald is (SiRM, 2008). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) concludeert op basis van recent onderzoek dat er sprake is van 'gematigd positieve ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de periode 2005-2007'. De toegankelijkheid verbeterde doordat de wachttijden in 2007 licht zijn gedaald, een trend die al in 2005 en 2006 zichtbaar was (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008).

Ziekenhuizen zijn actief bezig om doelmatiger en efficiënter te werken, onder andere door de zorg efficiënter te organiseren en processen te stroomlijnen. Het lijkt er op dat de opkomst van Zelfstandig Behandel Centra (ZBC's) voor meer efficiëntie heeft gezorgd. ZBC's worden vaak afgestemd op de efficiënte levering van de te leveren zorg, wat bijdraagt aan de vaak lagere prijs bij ZBC's. Dit zet ook ziekenhuizen aan om meer aandacht te geven aan de procesinrichting. Ziekenhuizen brengen soms ook bepaalde zorg onder in ZBC's (Ministerie van Economische zaken, 2008).

De arbeidsproductiviteit is in 2007 verder toegenomen. De arbeidsproductiviteit is bij kleine ziekenhuizen hoger dan bij grote ziekenhuizen (SiRM, 2008). Grotere doelmatigheid kan betekenen dat verpleegkundigen meer doen in minder tijd. Dit kan leiden tot toenemende werkdruk. Een voorbeeld van een wijziging in het werkproces is de invoering van flexpools: in sommige ziekenhuizen

zijn de verpleegkundigen niet meer werkzaam op een specifieke afdeling, maar in een pool. Zij kunnen op elke afdeling worden ingezet. De inhoud van het werk wordt dan ook veel breder (Regioplan, 2008).

#### *Taakverschuiving*

In een peiling onder verpleegkundigen gaf bijna driekwart van de respondenten uit (algemene) ziekenhuizen aan dat hun team in de afgelopen vijf jaar taken had overgenomen van artsen. De meeste verpleegkundigen verwachten ook dat deze taakverschuiving zich de komende jaren nog zal doorzetten. Over de wenselijkheid hiervan zijn de meningen van de respondenten verdeeld. Lang niet alle verpleegkundigen voelen zich goed toegerust voor een toename van taakverschuiving. Dit komt onder andere omdat verantwoordelijkheden niet goed zijn vastgelegd en omdat mensen vinden dat zij over te weinig kennis en vaardigheden beschikken (V&VN/Nivel/LEV, april 2007). Niet specifiek voor ziekenhuizen bleek dat verpleegkundigen over het algemeen van mening zijn dat het werk interessanter is geworden door taakverschuiving en dat er door deze taakverschuiving meer mogelijkheden zijn gekomen voor scholing en ontwikkeling. Daar staat tegenover dat hierdoor ook de werkdruk is toegenomen (V&VN/Nivel/LEV, april 2007). Er vindt overigens niet alleen taakverschuiving plaats van andere beroepsgroepen naar verpleegkundigen, er vindt ook een verschuiving plaats van taken van verpleegkundigen naar verzorgenden, helpenden, assistierenden en secretariaal medewerkers.

#### *Verpleegkundig specialisten*

Het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) heeft een besluit genomen over de indeling voor de algemene gezondheidszorg in vier verpleegkundig specialismen voor de wettelijk beschermde titels: preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg. Het ministerie van VWS heeft dit besluit nog niet bekrachtigd.

### **7.2.2 Kernegegevens**

Enkele kernegegevens over de branche staan weergegeven in Tabel 7.2. Hieruit blijkt dat:

- het aantal arbeidsplaatsen en het aantal personen dat in een ziekenhuis werkt is toegenomen, net zoals in eerdere jaren;
- de omvang van de gemiddelde werkweek niet is gewijzigd ten opzichte van vorig jaar (maar ten opzichte van de jaren daarvoor wel is gedaald);
- de gemiddelde leeftijd in de branche gelijk is gebleven ten opzichte van vorig jaar, terwijl het aandeel 50-plussers is toegenomen. Meer dan een kwart van het personeel is nu 50 jaar of ouder;
- het aandeel vrouwen vrijwel gelijk is gebleven in de laatste jaren;
- het bruto-verloop na een piek in 2006, in 2007 weer is gedaald, evenals het netto-verloop;
- de dalende trend in het ziekteverzuim zich heeft doorgezet.

Tabel 7.2 Branchegegevens arbeidsmarkt ziekenhuizen

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Gem. groei per jaar 2002-2007
Aantal werkzame personen	237.360	242.800	243.670	249.451	251.546	257.000	1,6%
- waarvan in loondienst	233.430	239.400	240.510	244.685	248.728	254.100	1,7%
- waarvan in academische ziekenhuizen	54.830	58.590	58.680	59.862	60.376	61.700	2,4%
- waarvan in algemene, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra	178.600	180.810	181.830	184.823	188.351	192.400	1,5%
Aantal arbeidsplaatsen	167.180	173.150	175.140	176.272	177.224	181.100	1,6%
- waarvan in loondienst	164.350	170.770	173.300	173.795	176.070	179.900	1,8%
- waarvan in academische ziekenhuizen	41.550	45.330	46.570	46.311	47.226	48.200	3,0%
- waarvan in algemene, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra	122.800	125.440	126.730	127.484	128.843	131.600	1,4%
Omvang gemiddelde werkweek	68,8%	69,4%	69,7%	69,0%	68,4%	68,4%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	39	40	40	41	41	41	
Aandeel 50+	17,4%	18,8%	20,3%	22,1%	23,7%	25,4%	
Aandeel vrouw	80,2%	80,5%	80,6%	81,0%	80,5%	80,8%	
Duur dienstverband (in jaren)	9,2	9,1	9,4	9,8	10,3	.	
Brutoverloop	12,5%	10,4%	9,4%	9,4%	11,0%	9,7%	
Nettoverloop	4,4%	3,9%	3,8%	3,7%	4,7%	4,0%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,6%	5,1%	4,8%	4,7%	4,4%	4,3%	

Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

- Werkgelegenheid betreft algemene, categorale, academische ziekenhuizen en revalidatiecentra
- De werkgelegenheid in 2007 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen in de algemene/categorale ziekenhuizen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database
- De gegevens over werknemers zijn exclusief de academische ziekenhuizen

### 7.2.3 Vraag en aanbod

In RegioMarge 2008 zijn berekeningen gemaakt over vraag en aanbod van verpleegkundig personeel. Bij het *Lage scenario* zullen de tekorten in 2012 oplopen tot 3,6% oftewel rond 3.000 personen (in 2010 nog geen 1.500). Het gaat vooral om verpleegkundigen niveau 4 en in mindere mate om verzorgenden. In beperkte mate zouden helpenden, waar meer aanbod dan vraag naar is, ingezet kunnen worden om tekorten te bestrijden.

In het *Hoge scenario* loopt het tekort op tot bijna 5% in 2012. Het gaat om 4.000 personen. Tekortschietend aanbod zien we bij verpleegkundigen niveau 4 (3.600) en niveau 5 (100).

Er passen twee kanttekeningen bij deze cijfers.

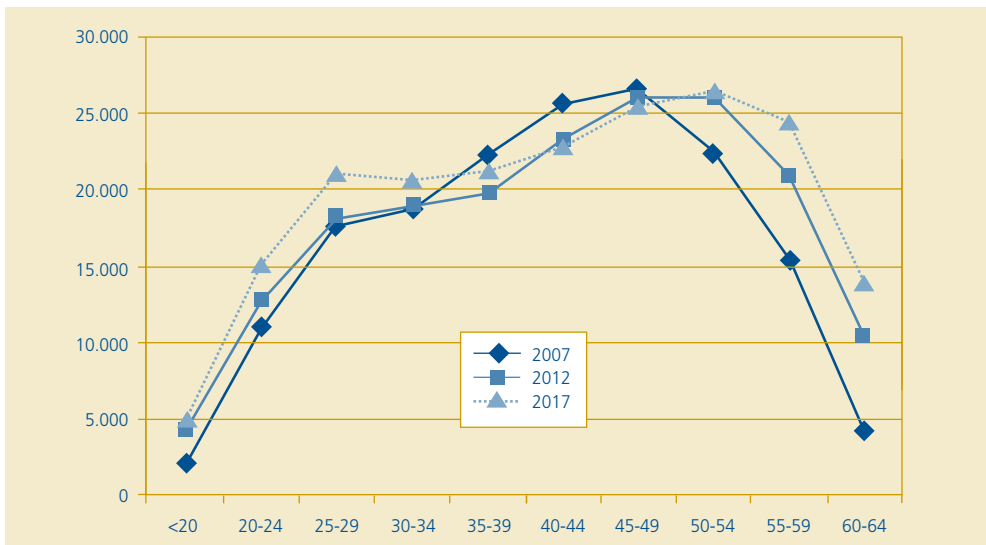
- Een deel van het tekort ontstaat omdat verpleegkundigen ook buiten de verpleegafdelingen in het ziekenhuis werkzaam zijn. Dit verschijnsel nam de afgelopen jaren een grote vlucht (bijvoorbeeld taakherschikking met artsen). Het is de vraag of dat de komende jaren doorzet, gezien het verwachte lichte overschot aan artsen.
- Regionaal kunnen er grote verschillen optreden als gevolg van de regionaal verschillende ontwikkelingen in de opleidingen.

Verder richt RegioMarge zich op de hoofdstroom van verpleegkundigen zonder onderscheid naar specialisatie. In ziekenhuizen werken juist ook veel gespecialiseerde verpleegkundigen. De vraag is dan hoe de arbeidsmarkt voor de afzonderlijke specialisaties uitpakt. Omdat het per ziekenhuis om niet al te grote aantallen gaat kan een evenwicht op de arbeidsmarkt snel omslaan in een tekortschietend aanbod. Er zijn geen recente studies bekend, waarin vraag en aanbod van deze gespecialiseerde verpleegkundigen met elkaar in verband gebracht worden. Wel is bekend dat het aantal verpleegkundigen dat aan een opleiding begonnen is, de laatste jaren sterk is gedaald.

#### 7.2.4 De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in de ziekenhuizen vergrijst de komende jaren. Figuur 7.1 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Er is verder verondersteld dat de uittredeleeftijd onder invloed van de invoering van het flexpensioen van gemiddeld 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 1,7% groeit (conform de verwachting in RegioMarge 2008).

**Figuur 7.1 De leeftijdsopbouw van het personeel in ziekenhuizen in 2007, 2012 en 2017.**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens deze uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 25,4% in 2007 tot 33% in 2017. In absolute aantallen groeit dit deel van het personeelsbestand van 42.000 tot bijna 65.000 50+-ers in 2017.

**Tabel 7.3 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het personeelsbestand van ziekenhuizen**

	2007	2012	2017
% 50+	25,4	31,8	33,0
abs 50+	42.070	57.381	64.812

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Meer informatie over het vertrek van ouderen is te vinden in paragraaf 4.2.

### 7.2.5 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

De beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft onderzoek uit laten voeren onder verpleegkundigen en verzorgenden van 50 jaar en ouder. Hieruit bleek dat oudere verpleegkundigen en verzorgenden het werk in de zorg vaak te zwaar vinden. Dit is een belangrijke reden om voor hun pensioen de zorg te verlaten. Overigens haalt momenteel vier op de vijf de (pré)pensioen leeftijd werkend (zie 4.2), een vijfde niet. V&VN pleit er voor om leeftijdsbewust personeelsbeleid te voeren: het takenpakket van oudere verpleegkundigen en verzorgenden aanpassen en hen bijvoorbeeld een mentorrol geven (Nieuwsbericht V&VN, 2008). In de CAO Ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over leeftijdsgericht personeelsbeleid: werkgevers dienen in overleg met de ondernemingsraad in het kader van een leeftijdsgericht personeelsbeleid een regeling vast te stellen, waarin onder meer maatregelen zijn opgenomen om de werkbelasting van de oudere werknemer te verlichten. Deze maatregelen kunnen een doorstroming naar een andere functie of functie-aanpassing betreffen (CAO Ziekenhuizen 2008-2009).

Het is geen overbodige luxe om te proberen zoveel mogelijk personeel te behouden: 63% van de werkgevers in de branche ziekenhuizen ervaart een knelpunt bij het aantrekken van (nieuw) personeel. Het aandeel moeilijk vervulbare vacatures is dan ook 29%. Dit is bijna twee maal zo veel als in 2006. Werkgevers reageren hier vooral op door de wervingsinspanningen te intensiveren, zelf nieuw personeel op te leiden en het loopbaanbeleid binnen de organisatie te verbeteren (Werkgeversenquête 2007).

Een tweede knelpunt waar meer dan de helft van de werkgevers mee kampt is het beheersen van de werkdruk: 54%. De drie meest genoemde maatregelen om de werkdruk te beteugelen zijn het efficiënter vormgeven van werkprocessen, het aantrekken van extra personeel en het uitvoeren van een werkdrukanalyse (Werkgeversenquête 2007).

Bijna de helft van de werkgevers ervaart problemen rond verlof en vakanties van personeel (49%) en vergrijzing van personeel (47%). Een groot deel van de werkgevers acht het daarom (zeer) belangrijk dat werknemers na hun 60e blijven werken (70% in 2007, terwijl dit in 2006 nog 63% was). Onder de regelingen die werkgevers toepassen voor oudere werknemers zijn het toekennen van extra vrije dagen (vrijwel alle werkgevers; deze 'vergrijzingsuren' zijn ook vastgelegd in de CAO), deeltijd OBU, pré-pensioen of flexpensioen (95%) en vrijstelling van onregelmatige diensten of ploegendienst (84%; vrijstelling van onregelmatige diensten voor werknemers van 55 jaar en ouder is opgenomen in de CAO). (Werkgeversenquête 2007).

De werkbeleving van het VOV-personeel is behoorlijk positief. Ook over de deelaspecten van het werk is men doorgaans positief. In de loop van de jaren zien we dat de tevredenheid over de werkdruk toeneemt. Ook bij werkevaluatie en werkautonomie is er sprake van een licht stijgende tevredenheid.

### Stand van zaken en vooruitblik

**Tabel 7.4 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5 =meest positief)**

Tevredenheid over werkdruk	2,4	2,7	2,9	2,8
Waardering van leidinggevende	4,0	4,2	4,1	4,1
Werkevaluatie	3,4	3,5	3,5	3,6
Werkautonomie	3,2	3,4	3,5	3,4
Algemene werkbeleving	3,3	3,4	3,5	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismat

## 7.3 GGZ

### 7.3.1 Ontwikkelingen

In 2008 is het geneeskundige deel van de ggz overgeheveld van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet (ZVW). Onder de geneeskundige ggz valt alle extramuraal geneeskundige GGZ en het eerste jaar van alle intramuraal geneeskundige ggz. Deze op genezing gerichte zorg omvat circa 80% van de totale geestelijke gezondheidszorg.

Tevens is per 1-1-2008 het DBC-bekostigingssysteem van kracht geworden. De gehele tweedelijns gezondheidszorg (dus zowel somatisch als geestelijk) wordt vanaf die datum op basis van dezelfde uitgangspunten verzekerd en gefinancierd (GGZ Nederland, 2008a).

De overheveling en de invoering van DBC's worden door de minister gezien als de start van een nieuwe toekomst in de gezondheidszorg. De cliënt staat centraal, er is transparantie in de zorgvraag, er is sprake van prestatiebekostiging (die een stimulans is voor doelmatigheid en kwaliteit), er is aansluiting tussen geneeskundige, somatische en geestelijke gezondheidszorg, en er is een goede aansluiting in de keten. Dit laatste is gerealiseerd omdat de tweedelijns nu beter aansluit op de eerstelijns doordat beide nu onder de Zvw vallen.

De vraag naar kinder- en jeugd-ggz is de laatste jaren sterk gegroeid. Hierdoor zijn ook de wachtlijsten weer groter en langer geworden. Met de extra toegekende AWBZ middelen die de jeugd-ggz in 2007 kreeg toegewezen werden 21% meer jeugdigen geholpen. Met deze ruimere mogelijkheden voor het bieden van hulp is zichtbaar geworden dat de latente vraag naar jeugd-ggz de beschikbare capaciteit overstijgt. Momenteel vragen veel ouders een PGB aan voor hun kind omdat de jeugd-ggz instellingen onvoldoende capaciteit hebben voor ggz- zorg aan huis (GGZ Nederland, 2008b).

Het in 2008 uitgebrachte SER-advies over de toekomst van de AWBZ biedt vooral voor de chronische ggz-patiënt een nieuw toekomstperspectief. Met het 'geld volgt klant-principe' krijgen nieuwe zorgvormen meer kans en wordt het ondernemerschap in de zorg gestimuleerd (GGZ Nederland, 2008c).

Sinds 2007 worden mensen die zorg of hulp nodig hebben bij (langdurige) ziekte, handicap of ouderdom geïndiceerd in een zorgzwaartepakket (ZZP). In elk zorgzwaartepakket staat beschreven hoeveel zorg iemand kan krijgen.

De zorgzwaartebekostiging is vanaf 1 januari 2009 het bekostigingssysteem voor mensen die wonen en zorg krijgen in een zorginstelling. In het nieuwe systeem krijgen instellingen geen geld

voor de beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde prestatie per cliënt. De hoogte van het beschikbare bedrag per cliënt wordt bepaald aan de hand van de zorgzwaarte van de cliënt.

### 7.3.2 Kernegevens

- De werkgelegenheid is de laatste jaren explosief gestegen.
- De omvang van de gemiddelde werkweek is de afgelopen jaren stabiel gebleven.
- De gemiddelde leeftijd ligt rond de 42 jaar, het aandeel 50 plussers blijft stijgen.
- Het aandeel vrouwen neemt nog steeds toe.
- Er zijn voor 2007 geen data beschikbaar over de duur van het dienstverband.
- Zowel het bruto- als het nettoverloop is afgenomen.
- Het ziekteverzuim is in het laatste jaar, na eerdere dalingen, weer licht gestegen.

**Tabel 7.5 Branchegegevens arbeidsmarkt ggz-instellingen**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	Gem. groei per jaar 2002-2007
Aantal werkzame personen	.	.	.	.	80.460	85.400	-
- waarvan in loondienst	56.921	62.189	65.440	68.932	75.860	80.500	7,2%
Aantal arbeidsplaatsen	.	.	.	.	60.280	64.000	-
- waarvan in loondienst	44.256	47.578	49.996	52.649	57.710	61.200	6,7%
Omvang gemiddelde werkweek	77,8%	76,5%	76,4%	76,4%	76,1%	76,0%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	41	41	41	42	42	42	
Aandeel 50+	23,1%	24,5%	25,5%	27,7%	28,2%	30,6%	
Aandeel vrouw	67,9%	68,0%	68,3%	68,8%	69,3%	70,3%	
Duur dienstverband (in jaren)	8,0	7,4	7,4	7,9	7,9	-	
Brutoverloop	14,5%	13,2%	12,4%	12,0%	13,2%	10,9%	
Nettoverloop	4,7%	4,5%	5,2%	4,6%	5,2%	3,6%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,9%	5,3%	5,1%	5,0%	4,6%	4,7%	

- De werkgelegenheid in 2007 is geschat obv de groei van het aantal werkzame personen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database

Bron: Gpi, PGGM, Vernet en LKG

### 7.3.3 Vraag en aanbod van personeel

Op basis van de twee scenario's die RegioMarge heeft berekend (zie paragraaf 3.3) zijn er voor de ggz in de toekomst tekorten te verwachten.

Bij het *Lage scenario* zullen de tekorten in 2012 oplopen tot 5,4% ofwel rond 2.400 personen. Deze tekorten gaan pas na 2010 ontstaan. Het gaat vooral om verpleegkundigen niveau 4 en SPW niveau 4. In beperkte mate zouden mensen met een opleiding SPH5, waar het aanbod groter is dan vraag, ingezet kunnen worden om tekorten te bestrijden.

In het *Hoge scenario* loopt het tekort op tot bijna 9% in 2012. Het gaat om 4.000 personen. Tekortschietend aanbod zien we bij verpleegkundigen niveau 4 (1.800) en SPW4 (900).

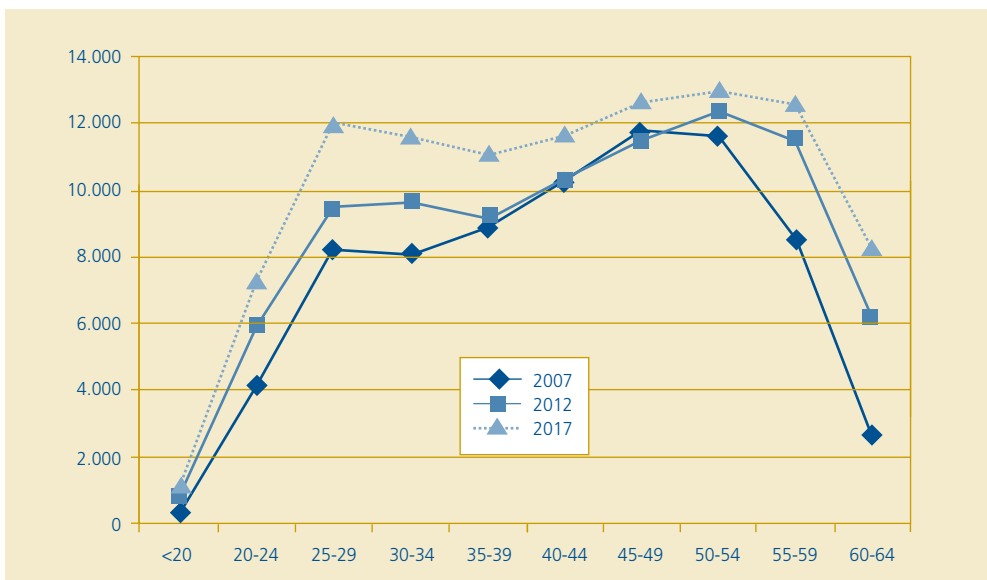
### Stand van zaken en vooruitblik

Eén kanttekening bij deze tekortcijfers: de ggz trekt net als de branche Jeugdzorg relatief veel mensen uit andere branches aan om in de personeelsbehoefte te voorzien. Dat betekent dat de ggz instellingen door aantrekkelijk werkgeverschap de tekorten kunnen beperken.

### 7.3.4 De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in de ggz vergrijsd de komende jaren. Figuur 7.2 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Er is verder verondersteld dat de uitredleeftijd onder invloed van de invoering van het flexpensioen van gemiddeld 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 3,1% groeit (conform de verwachting in RegioMarge 2008).

**Figuur 7.2 De leeftijdsopbouw van het personeel in de GGZ in 2007, 2012 en 2017**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

**Tabel 7.6 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het personeelsbestand in de GGZ**

	2007	2012	2017
% 50+	30,6	34,6	33,4
abs 50+	22.780	29.944	33.726

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens deze uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 30,6% in 2007 tot 34,6% in 2012 (Tabel 7.6). Door de groei van de werkgelegenheid en de daaruit voortvloeiende instroom van jong personeel neemt het aandeel niet verder toe, maar iets af. In absolute aantallen groeit het aantal 55+-ers in het personeelsbestand wel verder van bijna 23.000 in 2007 tot bijna 34.000 in 2017.



### 7.3.5 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Uit onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat HKZ-gecertificeerde instellingen beter in staat zijn om bijvoorbeeld personeel aan te trekken op een krappe arbeidsmarkt. Met de certificering van 90% van de instellingen, neemt de ggz een koplopersrol in, die hun in staat kan stellen relatief gemakkelijk nieuw personeel aan te trekken.

Ggz-werknemers worden vooral gedreven door de inhoud van hun werk. De bevoegenheid is hoog. Op algemene tevredenheid scoren zij een 7,2. (onderzoek Effectory)

Uit de werkgeversenquête najaar 2007 blijkt wel dat het aantrekken van (nieuw) personeel het grootste knelpunt is bij de ggz-instellingen. Ook de beheersing van de werkdruk staat hoog op die lijst van knelpunten. Het merendeel van de ggz-instellingen verwacht in de komende twee jaar een uitbreiding van het personeelsbestand. Aangezien reeds nu 44% van de vacatures moeilijk vervulbaar is kan de uitbreiding met problemen gepaard gaan.

De werkbeleving van het VOV-personeel is positief. Ook over de deelaspecten van het werk is men doorgaans positief. De uitkomsten op de onderdelen vertonen een wat schommelend beeld (Tabel 7.7).

**Tabel 7.7 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5 =meest positief).**

GGZ	2000	2003	2005	2007
Tevredenheid over werkdruk	2,7	2,8	3,0	2,8
Waardering van leidinggevende	3,9	4,0	4,0	4,0
Werkevaluatie	3,3	3,4	3,5	3,5
Werkautonomie	3,6	3,7	3,6	3,6
Algemene werkbeleving	3,4	3,5	3,5	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

## 7.4 Gehandicaptenzorg

### 7.4.1 Ontwikkelingen

In de gehandicaptenzorg neemt de zorgvraag nog steeds toe. Dit komt door de vergrijzing van gehandicapten en door een toename van het aantal verstandelijk gehandicapte kinderen. Afgelopen jaren is dit gepaard gegaan met een sterke groei van de werkgelegenheid. De verwachting is dat deze groei de komende tijd wat zal afnemen (RegioMarge, 2008). Dit betekent echter niet dat pas op de plaats kan worden gemaakt met investeringen in het volume en de kwaliteit van het personeel. Deze investeringen blijven noodzakelijk, niet alleen om wachtlijsten weg te werken en te voorzien in de groeiende vraag, maar vooral ook om komende personeelstekorten op te vangen. Veranderingen in de financiering van de zorg en onvoldoende kennis over de effecten van deze veranderingen kunnen hierbij belemmerend werken.

Ook in de gehandicaptenzorg brengen de veranderingen in het zorgstelsel en de financiering onzekerheden met zich mee. De branche (VGN en cliëntenorganisaties) maakt zich zorgen over hoe de bezuinigingen in de AWBZ zullen uitpakken voor de cliënten en de zorginstellingen ([www.vgn.org](http://www.vgn.org), 16/9/08). Ingrijpend voor verschillende groepen verstandelijk gehandicapten is de beperking van de functie 'begeleiding' en het verdwijnen van 'participatie' uit de indicatie. Welke

effecten dit zal hebben voor de kwaliteit van leven en de mogelijkheid om zelfstandig te leven is voor bepaalde groepen cliënten nog onvoldoende inzichtelijk. Invoering van eigen bijdragen voor alle AWBZ-functies kan eventuele negatieve effecten versterken en de inkomenspositie van verstandelijk gehandicapten verder onder druk zetten. Of deze negatieve, maar door de overheid zeker niet beoogde effecten (Regeerakkoord 2008) zullen optreden is mede afhankelijk van de mate waarin verstandelijk gehandicapten zullen kunnen profiteren van de Wmo. Het gaat dan om de financiering van specifieke voorzieningen voor gehandicapten en om projecten die gericht zijn op participatie. Hoewel er inspirerende voorbeelden zijn van door gemeenten gefinancierde participatieprojecten, waarbij het initiatief overigens meestal elders lag, staat deze ontwikkeling nog in de kinderschoenen. Inmiddels zijn initiatieven gestart om 'best practices' op dit terrein te inventariseren ([www.vgn.org](http://www.vgn.org), 6/6/08).

Positief is de VGN over de extra middelen die de staatssecretaris uittrekt in 2009 (€ 42 mln.) en 2010 (nog eens € 30 mln.) voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor cliënten met een verstandelijke of lichamelijke beperking én een hoge zorgwaarde.

Inmiddels is duidelijk dat ook de invoering van de ZZP's vergaande gevolgen kan hebben voor organisaties, zo blijkt uit de schaduwrapportages die zijn bijgehouden in 2008. De ZZP's leiden tot vrij omvangrijke herallocaties in de gehandicaptenzorg. Eén op de acht instellingen krijgt te maken met een herallocatie van 15% of meer (brief NZA 28 juli 2008). Hoewel de NZa in de meeste gevallen aangeeft dat de oorzaak ligt in 'logeren', 'onderbezetting qua cliënten' en 'kleinschaligheid van de instellingen', speelt de zorgwaarde van bewoners ook een rol. Vanuit een billijke toedeling van middelen is de herallocatie dus te rechtvaardigen, maar deze zal wel leiden tot een afname in de personeelsvraag in de betreffende instellingen. Hoewel andere instellingen over meer middelen gaan beschikken is de verwachting dat dit pas op termijn tot een toename van de personeelsvraag zal leiden.

De branche onderstreept de noodzaak om ondanks onzekerheden over financiering te blijven investeren in de kwantiteit en kwaliteit van het personeel. De landelijke arbeidsmarktcampagne uit 2008 en de competentiegerichte herinrichting van de beroepskolom in de directe zorg zijn hiervan de meest in het oog springende voorbeelden.

In 2008 heeft de VGN samen met haar leden een landelijke arbeidsmarktcampagne uitgevoerd. Om de gehandicaptenzorg beter voor het voetlicht te brengen bij potentiële beroepsbeoefenaren is de website [www.jijendegehandicaptenzorg.nl](http://www.jijendegehandicaptenzorg.nl) ingericht. Naast informatie bevat de website videofilmclips die aansluiten bij jongeren, folders en brochures voor leerlingen van het VMBO, HAVO/VWO, MBO en HBO en spreekbeurtpakketten voor kinderen in groep 7 en 8 van het basisonderwijs. Hoewel jongeren de belangrijkste doelgroep van deze website zijn, kunnen ook professionals uit de gehandicaptenzorg en uit het onderwijs hier informatie vinden over de arbeidsmarktcampagne en over leren en werken in de gehandicaptenzorg. Voor gehandicaptenzorginstellingen is een specifieke training beschikbaar waardoor hun medewerkers kunnen worden ingezet als ambassadeur voor de sector en hiermee een bijdrage leveren aan de werving van potentieel nieuwe medewerkers. Ook beschikt de VGN over een pool van gastdocenten die door instellingen ingezet kunnen worden bij de voorlichting.

Ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg van de laatste jaren hebben duidelijk gemaakt dat andere competenties dan voorheen worden gevraagd van de beroepskrachten in het primaire proces. Naast verzorgende en verpleegkundige competenties is een grotere behoefte aan meer agogische competenties. Dit is aanleiding geweest tot een herziening van de beroepskolom voor de gehandicaptenzorg, op basis van het in 2005 ontwikkelde landelijke competentieprofiel 'beroepsbeoef-

naren primaire proces gehandicaptenzorg'. Uitwerking hiervan (op instellings-, en regionaal niveau) heeft geleid tot een herziening van de beroepsopleidingen, zodanig dat zij beter aansluiten op de vragen van het werkveld in de gehandicaptenzorg. De opleiding maatschappelijke zorg (niveau 3 en 4) wordt inmiddels aangeboden door 32 ROC's. De eerste studenten zijn al afgestudeerd.

Landelijke en regionale partijen spannen zich nu in om ook competentieprofielen te ontwikkelen voor de beroepen op HBO-niveau, inclusief de paramedische beroepen. Ook voor de bestaande opleidingen wordt hiermee duidelijk welke aanvullende competenties nodig zijn voor het werken in de gehandicaptenzorg. Centraal staan twee kerngebieden, namelijk 'communiceren met verstandelijk gehandicapten' en 'kennis van de problematiek van de doelgroep'.

Tenslotte hoopt ook de gehandicaptenzorg te profiteren van het door de overheid ingestelde stagefonds voor de zorg ([www.vgn.org](http://www.vgn.org), 6/6/08). Dit fonds moet meehelpen om de te verwachten personeelstekorten in de zorg tegen te gaan. Het aantal plaatsen voor beroepspraktijkvorming wordt uitgebreid, vooral voor een aantal specifieke zorgopleidingen, zoals de nieuwe opleidingen voor de gehandicaptenzorg op niveau 3 en 4 (Maatschappelijke Zorg) en de opleiding Helpende Zorg en Welzijn op niveau 2. Vanwege de verwachte tekorten op niveau 3 wordt ook een bijdrage gegeven voor leerlingwerknemers (BBL-ers) op dit niveau.

#### 7.4.2 Kernegevens

De werkgelegenheid in de gehandicaptenzorg blijft groeien, het laatste jaar wat minder snel dan daarvoor<sup>26</sup>. De gemiddelde duur van de werkweek is tussen 2003 en 2005 aanzienlijk gedaald. De gemiddelde leeftijd van de werknemers in de gehandicaptenzorg blijft stijgen en was in 2007 ruim 39 jaar. Het aandeel 50+-ers bedraagt inmiddels 22,7%. Het aandeel vrouwen in het personeelsbestand blijft ongeveer gelijk.

De duur van het gemiddelde dienstverband is bijna gelijk gebleven, ondanks een stijging van het brutoverloop. Het nettoverloop is evenals het brutoverloop gestegen en vervolgens in 2007 weer gedaald. De daling van het ziekteverzuim zette in 2007 niet meer door.

<sup>26</sup> In 2006 is het CBS op een andere wijze van meten overgegaan, daardoor treedt een trendbreuk op.

**Tabel 7.8 Branche gegevens arbeidsmarkt gehandicaptenzorg**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	Gem. groei per jaar 2002-2007
Aantal werkzame personen	129.688	138.873	147.928	.	148.070	154.500	4,5%
- waarvan in loondienst	120.802	128.298	135.831	140.614	138.480	144.500	3,6%
Aantal arbeidsplaatsen	78.821	85.396	87.779	.	91.560	95.500	4,9%
- waarvan in loondienst	76.481	83.009	85.084	85.668	87.320	91.100	3,6%
Omvang gemiddelde werkweek	63,3%	64,7%	62,6%	60,9%	63,1%	63,0%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	38	38	38	39	39	39	
Aandeel 50+	15,5%	16,6%	17,3%	19,2%	20,6%	22,7%	
Aandeel vrouw	81,0%	80,4%	81,1%	81,5%	81,8%	82,4%	
Duur dienstverband (in jaren)	6,8	6,6	6,8	7,3	7,4	.	
Brutoverloop	15,5%	12,9%	12,1%	11,2%	14,0%	12,8%	
Nettoverloop	5,0%	4,6%	5,2%	4,5%	5,8%	4,7%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	7,3%	6,5%	6,0%	5,7%	5,3%	5,4%	

- De werkgelegenheid in 2007 is geschat o.b.v. de groei van het aantal werkzame personen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database

- Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

#### 7.4.3 Vraag en aanbod van personeel

Van de vacatures in de branche Gehandicaptenzorg was in 2007 35% moeilijk vervulbaar. In 2006 was dit 24%. Te weinig (geschikte) sollicitanten (61% van de werkgevers) en de aard van de functie (7% van de werkgevers) zijn de belangrijkste redenen dat vacatures moeilijk vervulbaar zijn. De belangrijkste maatregelen die werkgevers nemen om moeilijk vervulbare vacatures in te vullen zijn extra wervingsinspanningen of intensiever zoeken (ruim 91% van de werkgevers), opleidingsbeleid binnen de organisatie verbeteren (53% van de werkgevers) en zelf opleiden van nieuw personeel (52% van de werkgevers).

In RegioMarge 2008 zijn berekeningen gemaakt omtrent vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. Bij het *Lage scenario* (met een matige groei van de werkgelegenheid) zullen de tekorten in 2012 oplopen tot 2,7% ofwel rond 2.700 personen. In dit scenario gaan deze tekorten pas na 2010 ontstaan. Het gaat vooral om niveau 4. In beperkte mate zouden mensen met een opleiding SPH5, waar het aanbod groter is dan de vraag, ingezet kunnen worden om tekorten te bestrijden.

In het *Hoge scenario*, met een grotere groei van de werkgelegenheid, loopt het tekort op tot 6,6% in 2012. Het gaat om 6.700 personen. Tekortschietend aanbod zien we op niveau 4 (4.400) en niveau 3 (4.100). De grotere tekorten in het *Hogere scenario* worden vooral veroorzaakt doordat de WJK-sector dan veel sterker groeit. Deze opereert voor een groot deel op dezelfde arbeidsmarkt als de gehandicaptenzorg.

De omvang van de gewenste instroom om in de landelijke behoefte voor de gehandicaptenzorg te voorzien bedraagt 8.400 op niveau 4 en 6.000 op niveau 3. Deze modelberekening is gebaseerd op

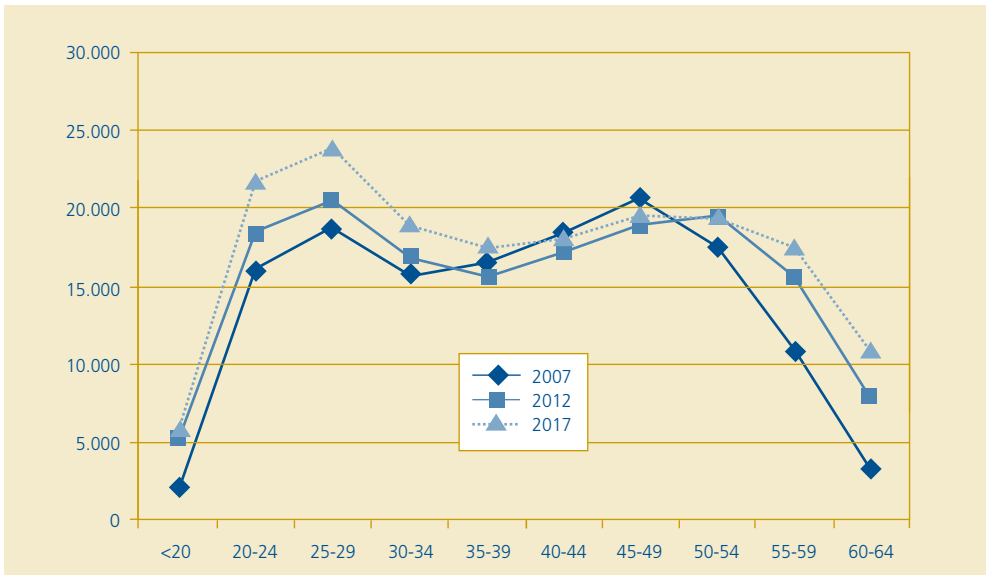
de oude opleidingen. Dit betekent dat door de herziening van de opleidingen de onderlinge verhouding niet vastligt. Bovendien doet zich in de praktijk een verdere differentiatie naar niveaus voor. Dit is mede een gevolg van de niveaus van beroepsuitoefening die door het landelijk competentieprofiel in beeld zijn gebracht, waaronder zeer recent niveau D (HBO-niveau). Volgens RegioMarge 2008 is het van belang om de planning van de instroom vooral in regionaal verband verder uit te werken.

#### 7.4.4 De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in de gehandicaptenzorg vergrijst de komende jaren.

Figuur 7.3 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Er is verder verondersteld dat de uittredeleeftijd gemiddeld van 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 2,2% groeit (conform de verwachting in RegioMarge 2008).

**Figuur 7.3 De leeftijdsopbouw van het personeel in de gehandicaptenzorg in 2007, 2012 en 2017**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

**Tabel 7.9 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het personeelsbestand van de gehandicaptenzorg**

	2007	2012	2017
% 50+	22,7	27,6	27,6
abs 50+	31.580	42.850	47.700

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens deze uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 22,7% in 2007 tot 27,6% in 2012 (Tabel 7.9). Door de groei van de werkgelegenheid en de daaruit voortvloeiende instroom van jong personeel neemt het aandeel daarna niet verder toe. In absolute aantallen groeit dit deel van het personeelsbestand wel verder van bijna 32.000 tot bijna 48.000 in 2017.

### 7.4.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

Uit de Werkgeversenquête die in het najaar van 2007 is uitgevoerd komt de werkdruk als meest genoemde knelpunt naar voren. Andere veel genoemde knelpunten zijn 'het aantrekken van nieuw personeel', 'onder- of overkwalificatie van personeel' en 'coördinatieproblemen door de vele deeltijders'.

Het grootste deel van de werkgevers verwacht de komende jaren een stabilisatie tot lichte uitbreiding van het personeelsbestand.

In 2008 is door de Arbeidsinspectie geconcludeerd dat er grote vooruitgang geboekt is op het terrein van arbeidsomstandigheden. In 78% van de onderzochte instellingen was de situatie op orde, in 2004 was dat nog slechts 40%. Specifiek is gelet op de fysieke belasting, agressie en geweld, biologische agentia en de bedrijfshulpverlening. Op al deze terreinen is vooruitgang geboekt. In de Arbocatalogus 'Profijt van Arbobeleid (zie [www.profijtvvanarbobeleid.nl](http://www.profijtvvanarbobeleid.nl)), die sinds juni 2008 beschikbaar is, wordt veel aandacht geschonken aan de belangrijkste Arbo-onderwerpen, fysieke belasting en agressie en geweld. De catalogus wordt verder uitgebreid.

De werkbeleving van het VOV-personeel is positief. Ook over de deelaspecten van het werk is men doorgaans positief. De tevredenheid over de werkdruk nam in de loop der jaren toe, maar laat in 2007 een lichte daling zien (Tabel 7.10)

**Tabel 7.10 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5 =meest positief).**

Gehandicaptenzorg	2000	2003	2005	2007
Tevredenheid over werkdruk	2,5	2,8	3,0	2,8
Waardering van leidinggevende	4,0	4,1	4,0	4,0
Werkevaluatie	3,5	3,6	3,5	3,6
Werkautonomie	3,6	3,7	3,6	3,6
Algemene werkbeleving	3,4	3,5	3,5	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

## 7.5 Verpleeg- en verzorgingshuizen/Thuiszorg

### 7.5.1 Ontwikkelingen

De afgelopen jaren werden gekenmerkt door veel fusies in de wereld van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Een beperkt aantal instellingen kiest er daarentegen bewust voor om niet te fuseren. Wel is dan vaak sprake van samenwerking met andere organisaties. Zo zijn er vernieuwende initiatieven om federaties te vormen.

In de verpleeghuiszorg is er een tendens naar kleinschalige woonvormen die vooral in combinatie met nieuwbouw worden gerealiseerd. Intramurale cliënten wonen steeds vaker in kleine woonvormen.

Met deze kleinschaligheid hangt wel een probleem van functiedifferentiatie samen. Er is in de kleinere woonvormen voor bepaalde functies eigenlijk te weinig werk en dus zou iemand meerdere taken voor zijn of haar rekening moeten nemen. Deze taken zijn echter te verschillend om door één persoon te laten uitvoeren. Maar de taken zijn weer te minimaal voor verschillende personen. Toch zijn er in deze woonvormen bepaalde functies continue nodig. Welke gevolgen dit heeft voor de behoefte aan personeel is nog onduidelijk. Onderzoek naar de gevolgen wordt momenteel uitgevoerd.

Wonen en zorg wordt steeds vaker gescheiden. Daarbij wordt veel met wooncorporaties samengewerkt. Ook de extramuraal zorg wordt in de regel verder uitgebouwd. Daarnaast speelt voor organisaties in deze branche de ontwikkeling van het wijkgericht werken. Organisaties bieden in toenemende mate een integraal voorzieningenpakket voor ouderen in de wijk, een aanbod dat past in de filosofie van de Wmo. Organisaties zitten om die reden ook vaker met gemeenten en welzijnsorganisaties aan tafel. Overigens heeft een aantal organisaties in deze branche gekozen voor fusie met organisaties voor gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

De branche werkt toe naar de zorgzwaartefinanciering die vanaf 1 januari 2009 de eerste financiële sporen zal nalaten. Er vindt een herallocatie van middelen plaats. Dit alles dient budgettair neutraal te gebeuren, door de tarieven voor de ZZP's te baseren op de huidige verdeling in kwalificaties.

De invoering van ZZP's betekent bekostiging op maat, dat wil zeggen op basis van diagnose/behandeling en niet (meer) op het aantal cliënten in een instelling. 'Zware' cliënten krijgen hierbij relatief meer budget.

Zoals aangegeven (zie paragraaf 6.2.2) wordt de ZZP-systematiek in 2008 voor het eerst op proef toegepast. Er zijn nog geen aanwijzingen over eventuele gevolgen voor het personeel door de toepassing van dit financieringssysteem. Net als de DBC-systematiek is de ZZP-systematiek ontwikkeld om inzicht te krijgen in productie en prijzen van zorgproducten. Omdat de prijzen van ZZP's onderhandelbaar zijn kunnen prijzen van zorgproducten onder druk komen te staan, hetgeen zich kan vertalen in taakherschikking en aanpassingen in het personeelsbestand. De gevolgen hiervan zijn op dit moment nog niet duidelijk.

De invoering levert vooralsnog dus onzekerheid en onduidelijkheid op voor de zorgorganisaties, door de -met name- financiële gevolgen. Gevolgen voor de personele bezetting zijn dan ook niet uit te sluiten. De NZa laat zien dat 4% van de instellingen een afbouw van meer dan 15% moet realiseren. (Brief Herallocaties NZA 28 juli 2008). Staatssecretaris Bussemaker reageerde in augustus met een brief met voorstellen voor geleidelijk financiële veranderingen. Organisaties zullen hoe dan ook naar alle waarschijnlijkheid de personele inzet verder willen flexibiliseren.

Naast de invoering van de ZZP's is er sprake van een ontwikkeling naar 'Normverantwoorde zorg'. In deze normen is vastgelegd wat verstaan wordt onder verantwoorde zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het uitgangspunt van de normen is de kwaliteit van leven van cliënten.

Op 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in werking getreden. De Wmo is een wet die erop gericht is mensen te laten participeren in de samenleving (SGBO, 2006). Een onderdeel van de Wmo vormt de huishoudelijke verzorging. Deze huishoudelijke hulp omvat ongeveer de helft van de omzet van thuiszorginstellingen. De gemeenten zijn door de invoering van de Wmo hiervoor verantwoordelijk geworden en bepalen uiteindelijk of iemand recht heeft op hulp. De gemeenten hebben deze hulp via Europese aanbestedingsprocedures ingekocht, waarbij vooral is gekeken naar de prijs-/kwaliteitverhouding. De tarieven zijn in 2007 als gevolg van de aanbestedingen tussen de 9 en 12% gedaald ten opzichte van de tarieven in 2006. Dit alles heeft ertoe geleid dat thuiszorgorganisaties moeten reorganiseren, bezuinigen en/of interen op hun eigen vermogen. Dit, terwijl de gemeenten gezamenlijk in 2007 238 miljoen euro over hebben gehouden van hun Wmo budget. Omdat de prijs van de gemeenten veelvuldig onder de kostprijs van veel instellingen ligt, overwegen die instellingen om niet meer mee te doen met de gemeentelijke aanbesteding.

De Wmo is bijna twee jaar van kracht en heeft voor veel onrust gezorgd. Men vreesde met name voor een ontslaggolf in de thuiszorg. De massale ontslaggolf is vooralsnog uitgebleven, maar de omstandigheden in de thuiszorg zijn wel veranderd. De werkomstandigheden in de thuiszorg zijn versoberd, indicaties zijn strenger geworden en werkenden in de thuiszorg hebben minder zekerheden. Bovendien is er wel sprake van ontslagen als gevolg van een verschoven indicatiestelling.

Deze verschuiving heeft duidelijke gevolgen voor het personeel dat gevraagd en ingezet wordt. Vanwege de lage tarieven worden vaker alfahulpen ingezet waar vroeger een thuishulp A of een verzorgingshulp B ingezet werd. Voor thuishulpen A is er dientengevolge minder werk, zodat zij vaak omgeschoold of ontslagen worden. Bij verloop worden thuishulpen en verzorgingshulpen vervangen door alfahulpen. Bovendien is er sprake van een verandering in het aantrekken en contracteren van personeel: er worden minder vaste contracten aangeboden. De contracten die wél aangeboden worden, zijn vaker van tijdelijke of flexibele aard. Al deze gevolgen zorgen voor een verslechtering van de arbeidskwaliteit van het personeel dat huishoudelijke verzorging verleent (Van der Velde e.a., 2007).

De staatssecretaris heeft deze problemen erkend en heeft voorstellen gedaan om de Wmo aan te passen. Deze zijn erop gericht zoveel mogelijk mensen voor de zorg te behouden. Zo acht zij het ongewenst dat er ontslagen vallen en dat er (massaal) alfahulpen ingezet worden. Ze heeft daarom in 2007 een eenmalige subsidie van 20 miljoen euro beschikbaar gesteld voor thuiszorginstellingen die hun personeel via scholing willen redden voor de arbeidsmarkt in de zorg. Bovendien stelt zij subsidies beschikbaar in 2008 voor het opnieuw in dienst nemen van werknemers die hun contract omgezet zagen worden in een alfahulp-constructie. In 2009 en 2010 volgen nog eens subsidieronden van elk 10 miljoen euro.

Een aantal grote thuiszorgorganisaties heeft recent aangekondigd om geen huishoudelijke hulp meer aan te bieden (ZorgVisie, 15-10-2008). Recent onderzoek onder de leden van Actiz laat zien dat 42% overweegt te stoppen met het aanbieden van huishoudelijk verzorging, 29% verwacht daarentegen uitbreiding (Mandour). Er blijft derhalve nog veel turbulentie rond de Wmo. De branche vreest imagoschade. Uit hetzelfde onderzoek komt naar voren dat 75% van de werkgevers activiteiten gericht op het verbeteren van het imago ondersteunt.

Volgens 49% van de instellingen is de interne loopbaanplanning aangetast, doordat functies aan de onderkant wegvallen (omgezet zijn naar een alfahulpconstructie) en het aantal mensen dat door kan stromen naar hogere niveaus kleiner is. Het betreft dan functies zoals verzorgende, waar tekorten verwacht worden en zich hier en daar al voordoen. Een derde van de ondervraagde instellingen is deze mening over aantasting van de interne loopbaanplanning niet toegedaan (Calibris, 2008).

Wat de hierboven beschreven ontwikkelingen en maatregelen precies voor gevolgen hebben voor de arbeidsmarkt in de thuiszorg is bij gebrek aan recent cijfermateriaal nog onduidelijk. Tussen 2006 en 2007 groeide het personeelbestand in de VVT-branche (dus incl. de verpleeg- en verzorgingshuizen) nog licht (zie Tabel 7.13). De recentere gegevens uit het PGGM-deelnemersbestand geven zonder nadere analyse geen eenduidig beeld, omdat ook met fusies tussen instellingen over branchegrenzen heen rekening gehouden moet worden.

In de kraamzorg is de laatste jaren ook sprake van versoerberde indicaties. Er wordt minder zorg geleverd en met name in de huishoudelijke hulp is gesnoeid. Hierdoor zijn de werkweken van werknemers in de kraamzorg korter en worden er minder contracten aangeboden. Een gevolg daarvan is dat kraamzorg minder aantrekkelijk is voor schoolverlaters. Bovendien is sprake van meer flexibele contracten, omdat geen vast aantal uren werk bestaat. Dat komt omdat zorgaanbieders op cliënten kunnen 'bieden'. Tenslotte zijn de tarieven zo laag dat vaak met verlies wordt geleverd en dientengevolge niet meer in kwaliteit wordt geïnvesteerd. Een pluspunt is echter wel dat de omvang van de kraamzorg die door de basisverzekering wordt vergoed verhoogd is van 5 naar 6 uur per dag.

Met een teruglopende instroom vanuit de opleiding en een te verwachten uitstroom in de komende jaren, is het dus nodig om deze branche aantrekkelijker te maken, zodat meer mensen gaan kiezen voor een baan in de kraamzorg.



Ook de medische zorg in de VVT branche is in beweging. Verpleeghuisartsen verrichten steeds meer werk buiten de muren van het verpleeghuis (Hoek e.a.,2006). Ook de fusie van de beroepsvereniging met de sociaalgeriaters is hiervan een teken. Inmiddels is de opleiding hierop aangepast en driejarig geworden. Tenslotte is de bekostiging van de artsen in opleiding veranderd: deze artsen zijn niet meer in dienst van het verpleeghuis, maar van de Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen. De opleidingscapaciteit is vanwege de verlenging van de opleiding tijdelijk verhoogd (Capaciteitsorgaan, 2008), maar wordt nog niet helemaal benut.

Binnen de thuiszorgorganisaties neemt de jeugdgezondheidszorg een belangrijke plaats in. Zo'n tweederde van de artsen op dit terrein is hier werkzaam; eenderde bij GGD-en. In het verleden volgden veel van deze artsen de opleiding sociale geneeskunde. Sinds 2006 is deze opleiding vervangen door de opleiding Maatschappij en Gezondheid met een profielrichting Jeugdarts. De instroom in deze opleiding is tot op heden beperkt (Capaciteitsorgaan 2007). Thuiszorgorganisaties hebben aangegeven dat men behoefte heeft aan deze artsen.

### 7.5.2 Kernegevens

Zowel de enquête onder zorginstellingen als de gegevensverzameling van het CBS inzake de werkgelegenheid laten tussen 2005 en 2006 door een andere opzet een trendbreuk zien. Dit maakt dat het PGGM-deelnemersbestand het enige is dat een doorgaande reeks over de werkgelegenheid kan laten zien. De groei van de werkgelegenheid bedroeg daar in 2005 1,5% t.o.v. het voorafgaande jaar. In 2006 en 2007 ging het om 0,8 en 1,6%. Dit zijn in vergelijking met voorgaande jaren lage groeipercentages.

**Tabel 7.11 Branchegegevens arbeidsmarkt verpleeg- en verzorgingshuizen**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Aantal werkzame personen	238.842	240.053	243.062	250.038		
- waarvan in loondienst	222.361	224.746	227.969	234.904		
Aantal arbeidsplaatsen	139.787	146.262	149.097	151.439		
- waarvan in loondienst	135.738	142.715	145.504	147.784		
Omvang gemiddelde werkweek	61,0%	63,5%	63,8%	62,9%		
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	39	40	40	41	41	41
Aandeel 50+	20,2%	21,9%	23,4%	25,0%	27,2%	28,5%
Aandeel vrouw	88,3%	88,7%	89,0%	89,3%	89,5%	89,5%
Duur dienstverband (in jaren)	7,1	6,9	7,3	7,6	7,7	.
Brutoverloop	16,6%	12,9%	11,4%	11,3%	13,8%	14,1%
Nettoverloop	5,6%	4,9%	5,2%	5,3%	5,8%	6,3%
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	7,4%	6,5%	6,1%	5,8%	5,4%	5,4%

Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

**Tabel 7.12 Branchegegevens arbeidsmarkt thuiszorg**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Aantal werkzame personen	143.900	157.100	152.990	155.976		
- waarvan in loondienst	125.620	138.960	136.049	138.989		
Aantal arbeidsplaatsen	66.450	71.970	70.963	75.049		
- waarvan in loondienst	63.700	69.370	68.403	68.842		
Omvang gemiddelde werkweek	50,7%	49,9%	50,3%	49,5%		
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	43	.	43	.	.	42
Aandeel 50+	24,7%	.	27,0%	.	.	30,4%
Aandeel vrouw	96,0%	.	96,0%	94,7%	.	94,8%
Brutoverloop	18,3%	16,8%	17,8%	18,0%	16,6%	15,7%
Nettoverloop	9,2%	9,8%	7,9%	10,1%	9,4%	7,7%
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	8,5%	7,6%	7,1%	6,5%	6,0%	6,3%
Aantal Alphahelpenden	53.290	52.170	51.186	49.941	.	.

Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

**Tabel 7.13 Branchegegevens arbeidsmarkt verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg**

Aantal werkzame personen	467.200	474.600
- waarvan in loondienst	410.680	417.200
Aantal arbeidsplaatsen	235.840	239.600
- waarvan in loondienst	225.230	228.800
Omvang gemiddelde werkweek	54,8%	54,8%
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	.	41
Aandeel 50+	.	29,2%
Aandeel vrouw	.	91,4%
Brutoverloop	14,8%	14,7%
Nettoverloop	7,1%	6,8%
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,6%	5,7%

- De werkgelegenheid in 2007 is geschat obv de groei van het aantal werkzame personen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database

Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

### 7.5.3 Vraag en aanbod

#### *Verpleeg- en verzorgingshuizen*

Van de vacatures in de branche V&V was in 2007 volgens de werkgevers 41% moeilijk vervulbaar. In 2006 was dit 34%. Te weinig (geschikte) sollicitanten (73% van de werkgevers) was de belangrijkste reden dat vacatures moeilijk vervulbaar zijn. Extra wervingsinspanningen of intensiever zoeken (ruim 83% van de werkgevers), zelf opleiden van zittende medewerkers voor de functie (80% van

de werkgevers) en zelf opleiden van nieuw personeel (73% van de werkgevers) zijn de belangrijkste maatregelen die werkgevers nemen om moeilijk vervulbare vacatures in te vullen.

In Medisch Contact verschijnt elk kwartaal een banenthermometer voor artsen. Daarin scoren verpleeghuisartsen hoog wanneer het aantal vacatures en de groei van de beroepsgroep met elkaar in verband worden gebracht. Hiermee wordt een problematische situatie op de arbeidsmarkt gesuggereerd. Bij de banenthermometer wordt geen rekening gehouden met de omvang van de groep. Verder onderscheiden verpleeghuisartsen zich door het feit dat ze vrijwel altijd in loondienst zijn en de werkgever bij werving een formele procedure volgt. Onderzoek ten behoeve van het Capaciteitsorgaan laat juist zien dat het aantal moeilijk vervulbare vacatures in de periode 2001-2008 afnam. De recente verlenging van de opleiding kan de komende tijd wel voor een tijdelijk knelpunt in de personeelsvoorziening zorgen.

In RegioMarge 2008 zijn berekeningen gemaakt over vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. In het *Lage scenario* 2008 bedraagt de vraag (mutatie werkgelegenheid en nettoverloop) 7,3% per jaar. In het Hoge scenario is de vraag hoger, namelijk 8,7%.

Bij het *Lage scenario* zullen de tekorten in 2012 oplopen tot 5,1% oftewel rond 7.300 personen. In dit scenario gaan deze tekorten pas na 2010 ontstaan. Het gaat vooral om verzorgenden niveau 3 en verpleegkundigen niveau 4. In beperkte mate zouden mensen met een helpende opleiding niveau 2, waar meer aanbod dan vraag naar is, ingezet kunnen worden om tekorten te bestrijden.

In het *Hoge scenario* loopt het tekort op tot ruim 7% in 2012. Het gaat om 10.900 personen. Tekortschietend aanbod zien we bij verzorgenden niveau 3 (7.700) en verpleegkundigen niveau 4 (2.500). Regionaal kunnen er grote verschillen optreden als gevolg van de regionaal verschillende ontwikkelingen in de opleidingen.

### *Thuiszorg*

Van de vacatures in de branche Thuiszorg is in 2007 45% moeilijk vervulbaar. In 2006 was dit nog 53%. De belangrijkste redenen dat vacatures moeilijk vervulbaar zijn: te weinig geschikte sollicitanten (44% van de werkgevers) en te weinig sollicitanten (ruim 32% van de werkgevers).

De belangrijkste maatregelen die werkgevers nemen om moeilijk vervulbare vacatures in te vullen zijn extra wervingsinspanningen of intensiever zoeken (ruim 89% van de werkgevers), zelf opleiden van nieuw personeel (89% van de werkgevers) en opleidingsbeleid binnen de organisatie verbeteren (66% van de werkgevers).

In RegioMarge 2008 zijn berekeningen gemaakt over vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. In het *Lage scenario* 2008 bedraagt de vraag (mutatie werkgelegenheid en nettoverloop) 9,6% per jaar. In het Hoge scenario is de vraag hoge, namelijk 10,2%.

Bij het *Lage scenario* zal er in 2012 vrijwel geen tekort zijn. Wel is er een discrepantie: tegenover een aanbodoverschot van helpenden en zorg hulpen staat een tekort van verzorgenden niveau 3 en verpleegkundigen niveau 4.

In het *Hoge scenario* loopt het tekort op tot bijna 1% in 2012. Het gaat om 4.700 personen. Tekortschietend aanbod zien we bij verzorgenden niveau 3 (4.500) en verpleegkundigen niveau 4 (1.100). Regionaal kunnen er grote verschillen optreden als gevolg van de regionaal verschillende ontwikkelingen in de opleidingen.

In RegioMarge wordt geen onderscheid gemaakt naar verschillende typen verzorgenden. Daardoor ontbreekt bijvoorbeeld een beeld over de arbeidsmarkt van kraamverzorgenden. Specifiek onder-

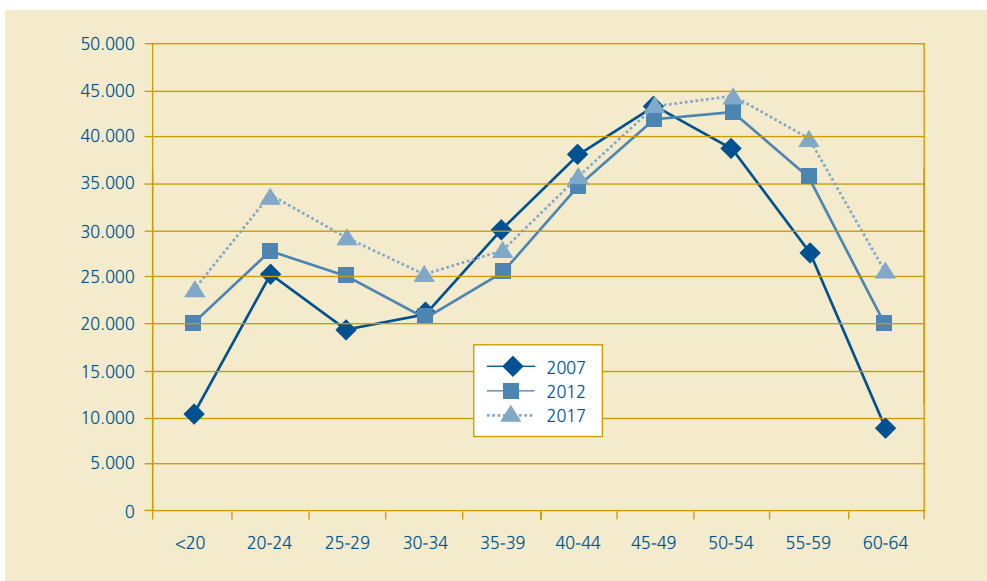
zoek hiernaar van het Nivel concludeert dat er weer tekorten dreigen te ontstaan in de kraamzorg (Wiegers, 2008). De uitstroom uit de opleidingen lijkt de afgelopen jaren sterk gedaald, de uitstroom is in 2007 groter dan de instroom en er is een groot aantal (moeilijk) vervulbare vacatures. Een verwachte sterke uitstroom vanwege de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep en een mogelijke uitbreiding van het aantal uren kraamzorg in het basispakket brengen de verhouding tussen vraag en aanbod verder uit evenwicht.

#### 7.5.4 De leeftijdsopbouw

##### *Verpleeg- en verzorgingshuizen*

Het personeelsbestand in de verpleeg- en verzorgingshuizen vergrijsd de komende jaren. Figuur 7.4 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Er is verder verondersteld dat de uittredeleeftijd gemiddeld van 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 2,3% groeit (conform de verwachting in RegioMarge 2008).

**Figuur 7.4 De leeftijdsopbouw van het totale personeel in de verpleeg- en verzorgingshuizen in 2007, 2012 en 2017**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

**Tabel 7.14 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het totale personeelsbestand van de verpleeg- en verzorgingshuizen**

	2007	2012	2017
% 50+	28,5	33,4	33,3
abs 50+	74.705	98.030	109.705

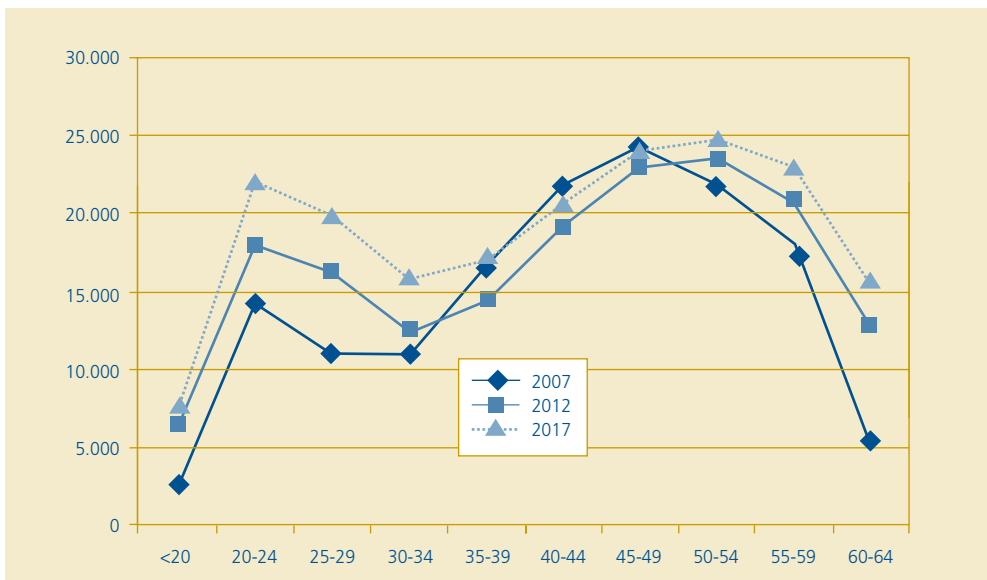
Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens deze uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 28,5% in 2007 tot 33,4% in 2012 (Tabel 7.11). Door de groei van de werkgelegenheid en de daaruit voortvloeiende instroom van jong personeel neemt het aandeel daarna niet verder toe. In absolute aantallen groeit dit deel van het personeelsbestand wel verder van bijna 75.000 tot bijna 110.000 in 2017.

### Thuiszorg

Het personeelsbestand in de thuiszorg vergrijsd de komende jaren. Figuur 7.5 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Er is verder verondersteld dat de uittredeleeftijd gemiddeld van 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 2,7% groeit (conform de verwachting in RegioMarge 2008).

**Figuur 7.5 De leeftijdsopbouw van het totale personeel in de thuiszorg in 2007, 2012 en 2017**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

**Tabel 7.15 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het totale personeelsbestand van de thuiszorg**

	2007	2012	2017
% 50+	30,4	34,2	33,1
abs 50+	44.310	56.917	62.966

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens deze uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 30,4% in 2007 tot 34,2% in 2012 (Tabel 7.15). Door de groei van de werkgelegenheid en de daaruit voortvloeiende instroom van jong personeel neemt het aandeel daarna niet verder toe, maar daalt het zelfs licht. In absolute aantallen groeit dit deel van het personeelsbestand wel verder van bijna 44.000 tot bijna 63.000 in 2017.

### 7.5.5 Personeelsbeleid en kwaliteit van de arbeid

Klantgericht werken staat in de branche hoog in het vaandel. Via de continue benchmark die PWC (2008) uitvoert voor de VVT-sector krijgt men een actueel beeld van de sterke en zwakke punten. Sterk is volgens de cliënten de bejegening en professionaliteit en veiligheid van de hulpverlening. Een veel genoemd verbeterpunt is de beschikbaarheid van personeel. Het gaat hierbij om de vraag of er naar het oordeel van de cliënt in kwantitatieve zin voldoende personeel is. Dat hoeft niet te betekenen dat er veel vacatures zijn, maar kan ook betekenen dat de middelen om voldoende personeel aan te trekken ontoereikend zijn.

Hoe kijken medewerkers tegen hun werk aan? Medewerkers zijn het meest positief over de werksfeer en de inhoud van het werk, en het minst over de opzet van de organisatie, ontwikkeling en scholing en de arbeidsvoorwaarden (PWC 2008 continue benchmark sectorresultaten 2007).

Om de goede actiepunten voor de sector te kunnen benoemen, heeft PWC ook onderzocht welke aspecten voor medewerkers het meest belangrijk zijn. Een lagere score in combinatie met een groot belang betekent dat verbetering essentieel is voor het aantrekken en behouden van medewerkers. De indicatoren die dan naar voren komen zijn werkdruk, ontwikkeling en scholing en toekomst. Een succesfactor voor de sector is dat de indicator Cultuur (hoe gaan medewerkers met elkaar om, welke waarden hanteren ze, zijn ze trots op de organisatie) bovengemiddeld scoort én zeer belangrijk is. Het is dus volgens PWC zaak om deze kernwaarde te behouden.

Volgens PWC is het opvallend dat 39% van de medewerkers aangeeft dat zij in 2007 hebben overwogen om de sector te verlaten. Dat is een groter percentage dan in enkele eerdere benchmarks. Deze medewerkers scoren op de medewerkerraadpleging gemiddeld een punt lager dan medewerkers die niet overwegen weg te gaan. Nu zullen niet alle medewerkers die aangeven weg te willen dat ook werkelijk doen, maar het is toch een signaal dat de aantrekkingskracht van de VVT-sector als werkgever verbetering behoeft.

**Tabel 7.16 Uitkomsten medewerkerraadpleging, op een schaal van 1 – 10**

Opzet van de organisatie	5,9
Ontwikkeling en scholing	5,9
Arbeidsvoorwaarden	5,9
Werkdruk	6,0
Toekomst	6,3
Leiderschap	6,7
Zelfstandigheid	6,8
Welzijn	6,8
Cultuur	6,9
Planning	7,0
Werk en privé	7,2
Communicatie/informatie/kennisdelen	7,5
Inhoud van het werk	7,7
Sfeer en plezier op het werk	7,8

Bron: PWC: Continue benchmark VVT 2007

Met welke vraagstukken worstelen werkgevers? Uit de Werkgeversenquête onder Verpleeg- en verzorgingshuizen (najaar 2007) kwam de volgende top-5 aan gesignaleerde problemen naar voren:

- het aantrekken van (nieuw) personeel (59%),
- de vergrijzing van het personeel (54%),
- de beheersing van de werkdruk (54%),
- het verlof en de vakanties van personeel (50%)
- het ziekteverzuim (38%).

Uit de Werkgeversenquête najaar 2007 onder werkgevers in de thuiszorg kwam de volgende top-5 aan gesignaleerde problemen naar voren:

- het aantrekken van (nieuw) personeel (67%),
- de beheersing van de werkdruk (50%),
- het verlof en de vakanties van personeel (48%),
- de inzetbaarheid van het personeel (48%)
- de loonkosten (44%).

**Tabel 7.17 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief)**

Verpleging en Verzorging	2000	2003	2005	2007
Tevredenheid over werkdruk	2,2	2,6	2,9	2,6
Waardering van leidinggevende	3,9	4,0	4,0	4,0
Werkevaluatie	3,6	3,6	3,5	3,6
Werkautonomie	3,4	3,5	3,7	3,5
Algemene werkbeleving	3,3	3,4	3,5	3,4

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

De werkbeleving van het VOV-personeel zoals gemeten in de achtereenvolgende werknemersonderzoeken is doorgaans positief. Ook over de deelaspecten van het werk is men meestal positief. Tabel 7.17 laat zien dat in de verpleeg- en verzorgingshuizen het verplegend en verzorgend personeel tot en met 2005 elk jaar positiever oordeelde over de werkdruk, maar dat 2007 een terugval laat zien. De meeste andere aspecten vertonen een wat schommelend beeld. Bij de medewerkers in de thuiszorg die zich met verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp bezighouden zich we dat de tevredenheid met de werkbeleving tot en met 2003 toenam (Tabel 7.18). Daarna doet zich een wat wisselend beeld voor.

**Tabel 7.18 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

Thuiszorg	2000	2003	2005	2007
Tevredenheid over werkdruk	2,7	3,1	2,7	3,0
Waardering van leidinggevende	4,0	4,1	3,9	4,0
Werkevaluatie	3,6	3,8	3,6	3,5
Werkautonomie	3,8	3,9	3,5	3,7
Algemene werkbeleving	3,5	3,7	3,4	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

## 7.6 Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening

### 7.6.1 Ontwikkelingen

De branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (WMD) vertegenwoordigt een variëteit aan maatschappelijke diensten en voorzieningen voor burgers, zoals jeugd- en jongerenwerk, algemeen maatschappelijk werk, opvoedingsondersteuning, buurtpreventie, peuterspeelzalen, maatschappelijke opvang, schuldhulpverlening, juridische hulp en advies, culturele vorming, vrijetijdsbesteding en welzijnsdiensten voor ouderen. Met de vele werksoorten gaat ook een baaierd aan beroepen gepaard die in de WMD branche te vinden zijn.

In veel deelsectoren van de welzijnssector is het aantal vrijwilligers een veelvoud van het aantal betaalde krachten (SCP, 2005). Mede dankzij de vele vrijwilligers kan de welzijnssector met een relatief bescheiden budget en een zeer divers aanbod veel burgers van dienst zijn. De ontwikkelingen bij het aanbod van vrijwilligers, het evenwicht dat het SCP verwacht (zie ook paragraaf 3.2 voor toelichting) zijn dan ook van groot belang. Daarbij dient wel aangetekend te worden dat vrijwilligers en professionals zelden uitwisselbaar zijn. Wel zijn ze allebei nodig.

De invoering van de Wmo geeft enerzijds onzekerheid, maar biedt anderzijds ook kansen om voorzieningen aan te bieden. De effecten op de arbeidsmarkt zijn nog niet te overzien en dus ongewis. Volgens Movisie (Lub, 2008) heeft de Wmo in het invoeringsjaar 2007 gezorgd voor een nieuwe dynamiek in de sociale sector. Er is bij professionele uitvoerende organisaties meer en meer sprake van een integrale benadering van sociale problemen en een toenemende marktgerichte opstelling. Uit het onderzoek onder WMD-instellingen concludeert Movisie dat men een toename van activiteiten verwacht. Van belang is dat er nieuwe vormen van samenwerking ontstaan tussen gemeenten en lokale professionele- en vrijwilligersorganisaties.

### 7.6.2 Kernegegevens

De ontwikkeling van de werkgelegenheid laat een tamelijk gelijkmatige daling zien (Tabel 7.19). In 2007 waren er 64.800 personen werkzaam waarvan 29.850 in een agogische functie. De gemiddelde leeftijd van de werknemers steeg in 2007 verder. Bijna drie op de tien personeelsleden zijn de 50 jaar gepasseerd. Dit leidt op korte termijn al tot een verhoging van de vervangingsvraag met jaarlijks 0,3 procentpunt (RegioMarge 2004). Het aandeel vrouwen schommelt rond de 70%.



**Tabel 7.19 Branchegegevens arbeidsmarkt welzijn en maatschappelijke dienstverlening**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Gem. groei per jaar 2002-2007
Aantal werkzame personen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst	69.000	71.400	68.000	67.000	66.300	64.800	-1,2%
Aantal arbeidsplaatsen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst	45.000	44.900	44.400	43.000	42.500	41.600	-1,6%
Omvang gemiddelde werk-week	65,2%	62,9%	65,3%	64,2%	64,1%	64,2%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	.	.	.	42	42	43	
Aandeel 50+	.	.	.	29,6%	31,3%	32,7%	
Aandeel vrouw	.	.	.	69,0%	69,0%	69,7%	
Duur dienstverband (in jaren)	5,7	5,7	6,3	6,8	.	.	
Brutoverloop	.	.	19,6%	15,0%	15,4%	16,1%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	.	9,1%	7,6%	7,1%	6,2%	.	

\* De werkgelegenheid in 2007 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database

Bron: CBS (1) PGGM (2) Evaluatie Arboconvenanten WMD en Jeugdzorg 2007 (3) MOgroep (4)

De gemiddelde leeftijd van de medewerkers steeg de afgelopen jaren. De branche kent de hoogste gemiddelde leeftijd in de sector Zorg en WJK (zie paragraaf 7.1). Het hebben van levenservaring wordt als een belangrijk punt van professionaliteit gezien. Sociale partners zijn gezamenlijk bezig om de branche ook aantrekkelijker te maken voor jongere werknemers, onder andere via arbeidsvoorwaardenbeleid (vernieuwde CAO) en arbeidsmarktbeleid (FCB).

Het verloop van personeel laat in 2007 een lichte stijging zien na een daling in de daaraan voorafgaande jaren. Het ziekteverzuim daalde de afgelopen jaren, maar recente cijfers ontbreken helaas.

### 7.6.3 Vraag en aanbod

Van de vacatures in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening was in 2007 48% moeilijk vervulbaar. In 2006 was dit 8% (Bron: Werkgeversenquête). De belangrijkste reden dat vacatures moeilijk vervulbaar zijn: te weinig (geschikte) sollicitanten (55% van de werkgevers), te hoge financiële eisen van kandidaten (8% van de werkgevers), aantal uren niet passend (7% van de werkgevers).

Extra wervingsinspanningen of intensiever zoeken (ruim 83% van de werkgevers), opleidingsbeleid binnen de organisatie verbeteren (49% van de werkgevers), zelf opleiden van zittende medewerkers voor de functie (47% van de werkgevers) zijn de belangrijkste maatregelen die werkgevers nemen om moeilijk vervulbare vacatures in te vullen.

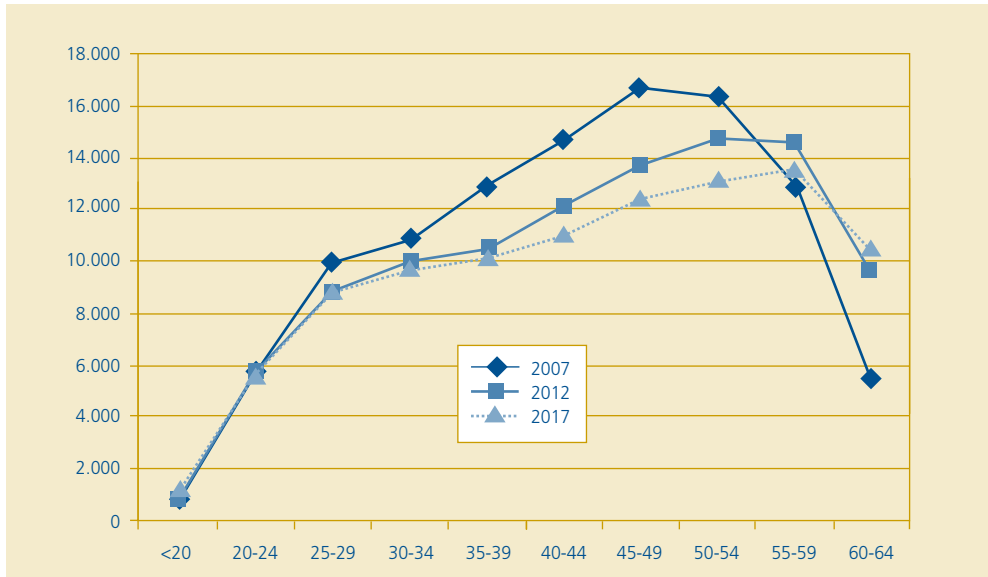
In RegioMarge 2008 zijn berekeningen gemaakt over vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. Voor de WMD-branche gaat het dan om 29.850 van de 69.200 werknemers. Bij het *Lage scenario* zullen de tekorten in 2012 beperkt blijven. Wel is er sprake van een discrepantie. Tegenover tekorten aan SPW4 en Maatschappelijk Dienstverleners staat een aanbodoverschot van SPH5. Door gebruik te maken van SPH5 zou het tekort dus beperkt kunnen blijven.

In het *Hoge scenario* loopt het tekort op tot bijna 8% in 2012. Het gaat om 1.900 personen. Tekortschietend aanbod zien we bij Maatschappelijk Dienstverleners (1.000) en SPW4 (800).

### 7.6.4 De leeftijdsopbouw

De leeftijdsopbouw in de WMD-branchen is al sterk vergrijsd en vergrijsd de komende jaren verder. Figuur 7.6 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Er is verder verondersteld dat de uittredeleeftijd onder invloed van de invoering van het flexpensioen van gemiddeld 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 1% krimpt (conform de verwachting in het Lage scenario in RegioMarge 2008).

**Figuur 7.6 De leeftijdsopbouw van het personeel in de WMD-branchen in 2007, 2012 en 2017**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw (lage scenario), PGGM-deelnemersbestand

**Tabel 7.20 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het personeelsbestand van de WMD-branchen**

	2007	2012	2017
% 50+	32,7	38,6	38,6
abs 50+	34.675	38.917	37.021

Bron; Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens deze uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 32,7% in 2007 tot 38,6% in 2017. In absolute aantallen groeit dit deel van het personeelsbestand van 34.700 tot 39.000 in 2012. Daarna treedt een daling op in absolute aantallen van het aantal 50+-ers. De WMD-branchen is daarmee voorloper op de andere branches, waar het absolute aantal 50+-ers nog wel groeit. Het aandeel ouderen neemt niet af, omdat de WMD-branchen licht krimpt. Mocht er wel sprake van groei zijn (in het Hoge scenario van RegioMarge) dan neemt het aandeel uiteraard wel af.

### 7.6.5 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Waar worstelen werkgevers verder mee? Uit de Werkgeversenquête 2007 onder WMD-instellingen kwam de volgende top-5 aan gesignaleerde problemen naar voren:

- beheersing van de werkdruk (38%),
- aantrekken van (nieuw) personeel (35%),
- vergrijzing van het personeel (35%),
- verlof en vakanties van personeel (28%),
- loonkosten (28%).

Uit de werknemersenquête onder het agogische personeel komt naar voren dat men in 2005 wat negatiever was over de werkbeleving dan in voorgaande en nakomende jaren. De tevredenheid met de ervaren werkdruk en werkevaluatie ontwikkelden zich positief.

**Tabel 7.21 De gemiddelde score op de werkbeleving van agogisch personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5 =meest positief).**

	2000	2003	2005	2007
Ervaren Werkdruk	2,7	2,8	2,7	2,9
Waardering van leidinggevende	4,0	4,0	4,0	4,1
Werkevaluatie	3,3	3,3	3,3	3,5
Werkautonomie	3,9	3,9	3,8	3,9
Algemene werkbeleving	3,5	3,5	3,4	3,6

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

## 7.7 Jeugdzorg

### 7.7.1 Ontwikkelingen

De Jeugdzorg staat al enige tijd in de aandacht. Investeren in de jeugd staat hoog op de maatschappelijke en politieke agenda. De jeugdzorg houdt zich bezig met jeugdigen die ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen hebben. De beleidsprioriteiten van het kabinet zijn in vijf thema's samen te vatten: Centra voor Jeugd en Gezin, stroomlijning jeugdzorg, kwaliteitsverbetering jeugdzorg, pilots onwillige jongeren en gezinsbeleid.

De Jeugdzorg had voor het aantreden van het nieuwe kabinet al de nodige aandacht. Zo vergde de invoering van het Deltaplan voor gezinsvoogdij een aanzienlijke toename van personeel. Er zijn schattingen in omloop van een groei van 20%.

In april 2006 maakte VWS prestatieafspraken met alle provincies en grootstedelijke regio's. Zij zijn verantwoordelijk voor de jeugdzorg in hun regio. De hoogte van de financiering hangt af van de mate waarin de provincies de afgesproken prestaties nakomen. Jeugdzorg is mensenwerk, dus het extra geld betekent vooral meer personeel bij de organisaties die zorg verlenen. Door het Rijk wordt over 2007 30 miljoen extra toegezegd voor het terugdringen van de wachttijden tot gemiddeld negen weken en voor loonsverbetering. Voor 2008 resulteert dit wederom in meer middelen dan in het voorgaande jaar. De minister en de MOgroep Jeugdzorg, de branche organisatie, verwachten een verdere groei van de vraag naar Jeugdzorg. Nader onderzoek moet de omvang daarvan uitwijzen.

Er is een Convenant gesloten tussen de MOgroep Jeugdzorg, beroepsorganisaties, opleidingen en het ministerie. In het convenant zijn afspraken gemaakt over een beroepenstructuur, het versterken

van bestaande beroepsverenigingen, het registreren van het beroep, beroepscode en tuchtrecht en het actualiseren van opleidingen. Het inrichten van een databank na- en bijscholing is in de maak. De MOgroep Jeugdzorg, beroepsorganisaties en opleidingen willen dit met het ministerie afspreken. Het doel van dit convenant is betere afstemming tussen de opleidingen en instellingen over de competenties van de professionals in de jeugdzorg. Door het bijhouden en verbeteren van de professe, door het promoten van een lidmaatschap van een beroepsvereniging en de invoering van tuchtrecht, ontstaat de mogelijkheid van onderlinge toetsing voor professionals op de uitvoering van het werk.

### 7.7.2 Kernegegevens

De groei van het aantal werkzame personen kwam in 2007 in een versnelling. Het aandeel vrouwen in de jeugdzorg groeit gestaag. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde leeftijd van het personeel. De gemiddelde duur van het dienstverband bij dezelfde werkgever stijgt in 2006 niet meer. Recenter gegevens ontbreken. Het verloop van personeel laat een wisselend beeld zien.

**Tabel 7.22 Branchegegevens arbeidsmarkt jeugdzorg**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Gem. groei per jaar 2002-2007
Aantal werkzame personen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst	21.000	23.600	24.300	25.700	26.500	28.900	6,6%
Aantal arbeidsplaatsen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst	14.100	17.000	19.000	19.300	19.900	21.700	9,0%
Omvang gemiddelde werkweek	67,1%	72,0%	78,2%	75,1%	75,1%	75,1%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	.	.	.	39	39	39	
Aandeel 50+	.	.	.	21,2%	22,2%	22,5%	
Aandeel vrouw	.	.	.	73,3%	73,3%	74,0%	
Duur dienstverband (in jaren)	5,5	6,0	6,8	6,7	.	.	
Brutoverloop	.	.	14,0%	11,3%	13,8%	12,9%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	.	5,9%	5,0%	5,1%	5,0%	.	

\* De werkgelegenheid in 2007 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database

Bron: CBS (1) PGGM (2) Evaluatie Arboconvenanten WMD en Jeugdzorg 2007 (3) MOgroep (4)

### 7.7.3 Vraag en aanbod

Van de vacatures in de branche Jeugdzorg was in 2007 volgens de werkgevers 20% moeilijk vervulbaar (Bron: Werkgeversenquête). In 2006 was dit nog 38%. De belangrijkste reden dat vacatures moeilijk vervulbaar zijn: te weinig (geschikte) sollicitanten (67% van de werkgevers), te hoge financiële eisen van kandidaten (11% van de werkgevers) en het feit dat de nodige ervaring ontbreekt (6% van de werkgevers). De belangrijkste maatregelen die werkgevers nemen om moeilijk vervulbare vacatures in te vullen zijn: extra wervingsinspanningen of intensiever zoeken (74% van de werkgevers), opleidingsbeleid binnen de organisatie verbeteren (50% van de werkgevers) en zelf opleiden van zittende medewerkers voor de functie (47% van de werkgevers).

Van het totaal aantal werknemers in de Jeugdzorg werkt bijna tweederde (namelijk 18.200) in een agogische functie. In RegioMarge 2008 zijn berekeningen gemaakt over vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. In het *Lage scenario* 2008 bedraagt de vraag (mutatie werkgelegenheid en nettoverloop) 11% per jaar. In het *Hoge scenario*, waarin een groei van de werkgelegenheid van 10,5% per jaar wordt verondersteld, is de vraag aanmerkelijk hoger, namelijk 16%.

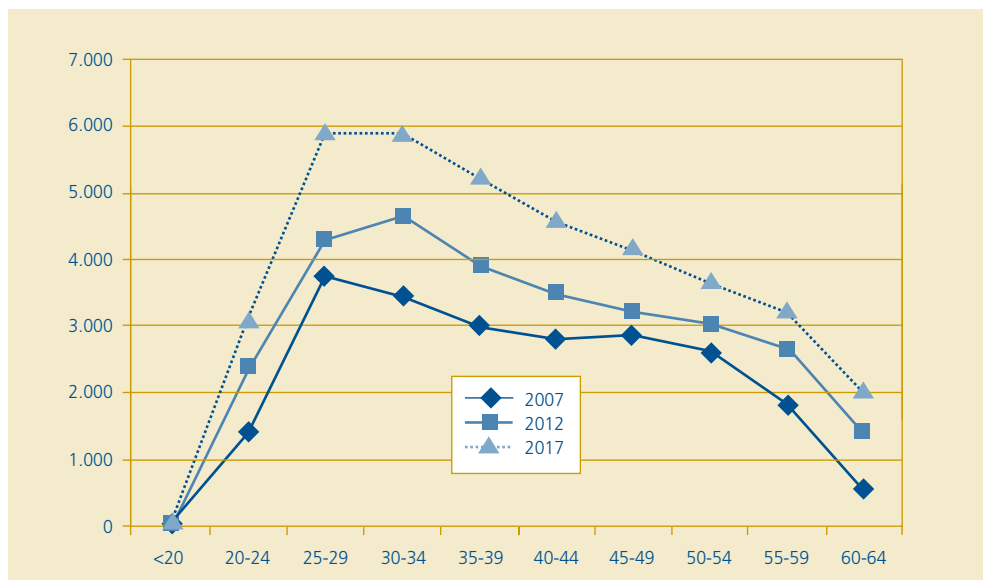
Bij het *Lage scenario* zullen de tekorten in 2012 beperkt blijven. Wel is sprake van een discrepantie. Tegenover tekorten aan SPW4 en Maatschappelijk Dienstverleners staat een aanbodoverschot van SPH5. Door gebruik te maken van SPH5 zou het tekort dus beperkt kunnen blijven.

In het *Hoge scenario* loopt het tekort op tot bijna 8% in 2012. Het gaat om 1.900 personen. Tekortschietend aanbod zien we bij Maatschappelijk Dienstverleners (1.000) en SPW4 (800).

#### 7.7.4 De leeftijdsopbouw

De personeelsopbouw in de Jeugdzorg vergrijsd in vergelijking met andere branches in Zorg en WJK maar licht. Figuur 7.7 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. De uitkomsten van deze figuur zijn verder gebaseerd op de veronderstelling dat de uittredeleeftijd onder invloed van de invoering van het flexpensioen van gemiddeld 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 5,4% groeit (conform de verwachting in het *Lage scenario* in RegioMarge 2008). De sterke groei van de werkgelegenheid en de daarmee gepaard gaande instroom maakt dat het aandeel ouderen niet sterk groeit.

**Figuur 7.7 De leeftijdsopbouw van het personeel in de Jeugdzorg in 2007, 2012 en 2017.**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Volgens de eerder genoemde uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 22,5% in 2007 tot 24,5% in 2012 en af tot 23,5% in 2017. In absolute aantallen groeit dit deel van het personeelsbestand wel door van 5.000 in 2007 tot 8.900 in 2017.

**Tabel 7.23 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het personeelsbestand van de Jeugdzorg**

	2007	2012	2017
% 50+	22,5	24,5	23,5
abs 50+	5.020	7.106	8.870

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

### 7.7.5 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

De belangrijkste knelpunten bij het personeelsbeleid zijn voor de werkgevers

- de werkdruk (65%);
- het aantrekken van personeel (45%);
- het vasthouden van zittend personeel (34%);
- het ziekteverzuim (31%);
- de vergrijzing van het personeel (31%).

De werkbeleving van het agogisch personeel is in doorsnee positief. Ook over de deelaspecten van het werk is men doorgaans gunstig gestemd. In de loop van de jaren nam de tevredenheid over de ervaren werkdruk aanzienlijk toe, maar in 2007 moeten we een terugval bij dit aspect vaststellen (Tabel 7.24). De andere aspecten van werkbeleving vertonen een wat wisselend beeld in de loop der tijd.

**Tabel 7.24 De gemiddelde score op de werkbeleving van agogisch personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5 =meest positief)**

Jeugdzorg	2000	2003	2005	2007
Tevredenheid over werkdruk	2,4	2,7	3,2	2,6
Waardering van leidinggevende	4,0	4,1	4,0	4,0
Werkevaluatie	3,5	3,4	3,4	3,6
Werkautonomie	3,8	3,8	3,5	3,8
Algemene werkbeleving	3,4	3,5	3,5	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

## 7.8 Kinderopvang

### 7.8.1 Ontwikkelingen

Kinderopvang is een essentiële voorziening voor kinderen, ouders en maatschappij. Professionele kinderopvang biedt een prettige, veilige omgeving voor het kind. Met deskundige begeleiding door het personeel draagt de kinderopvang bij aan onder andere de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling van het kind en stelt hij ouders in staat in de maatschappij en op de arbeidsmarkt te participeren.

De vraag naar kinderopvang ontwikkelde zich de laatste jaren door veranderingen in het beleid nogal grillig (zie ook paragraaf 6.2.4). In 2005 werd de eigen bijdrage van ouders verhoogd, waardoor de vraag naar kinderopvang verminderde. Het gevolg was een afname van werkgelegenheid en uitstroom van personeel. Vanaf 1 augustus 2007 zijn scholen verplicht kinderopvang te bieden als ouders hierom vragen. Per 1 januari 2007 is de financiële toegankelijkheid vergroot als gevolg

van de verplichte werkgeversbijdrage en de ruimere toeslag via de rijksoverheid. Dit heeft eind 2006 al geleid tot een toename van de vraag naar Buitenschoolse Opvang (BSO) (Regioplan, september 2007 en Taskforce Bestrijding Wachtlijsten Buitenschoolse Opvang, 2007) en bepaalt nu voor een belangrijk deel de groeiende vraag naar kinderopvang. De vraag naar personeel is sindsdien weer aanzienlijk gegroeid. De ruimere toeslag van het rijk wordt vanaf 2009 enigszins ingeperkt. Het is nog onduidelijk wat dit voor gevolgen heeft voor de vraag naar kinderopvang en dus voor de vraag naar personeel.

Door extra investeringen creëert het kabinet ruimte verbeteringen in de kwaliteit van de pedagogisch medewerkers, brede scholen, VVE (voor- en vroegschoolse educatie), dagarrangementen en het tegengaan van de wachtlijsten.

Een paar tendensen die zich in de branche voordoen zijn schaalvergroting, commercialisering en breder samenwerken. Dit laatste vindt plaats in combinatie met sport, school, en opvang en krijgt vaak vorm in de constructie van ketenpartners.

### 7.8.2 Kernegevens

- In 2005 is er sprake van een terugval in de werkgelegenheid, waarschijnlijk als gevolg van een wijziging in de financiering. In de andere jaren is er sprake van een gelijkmatige stijging.
- Door de geringere instroom van nieuw personeel in de afgelopen jaren zien we de gemiddelde leeftijd, die verhoudingsgewijs vrij laag ligt, toenemen.
- Ook de gemiddelde duur van het dienstverband bij de huidige werkgever stijgt in snel tempo.
- Het verloop nam net als het ziekteverzuim in de loop der jaren af en bereikte in 2006 het laagste niveau tot nu toe. In 2007 is er sprake van een stijging van het verloop.

**Tabel 7.25 Branchegegevens arbeidsmarkt kinderopvang**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Gem. groei per jaar 2002-2007
Aantal werkzame personen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst	49.700	50.300	52.500	54.700	56.200	61.200	4,3%
Aantal arbeidsplaatsen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst	30.900	30.300	32.000	31.600	32.400	35.300	2,7%
Omvang gemiddelde werkweek	62,2%	60,2%	61,0%	57,8%	57,7%	57,7%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	.	.	.	35	35	35	
Aandeel 50+	.	.	.	13,4%	14,1%	14,4%	
Aandeel vrouw	.	.	.	96,0%	96,0%	96,3%	
Duur dienstverband (in jaren)	3,7	4,4	5,0	5,7	.	.	
Brutoverloop	.	.	14,6%	13,4%	11,1%	13,4%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	.	5,8%	5,9%	4,6%	4,4%	.	

\* De werkgelegenheid in 2007 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen tussen 2006 en 2007 in de PGGM database

Bron: CBS (1) PGGM (2) Evaluatie Arboconvenanten WMD en Jeugdzorg 2007 (3) MOgroep (4)

### 7.8.3 Vraag en aanbod

Van de vacatures in de branche Kinderopvang was volgens de werkgevers in 2007 55% moeilijk vervulbaar. In 2006 was dit nog maar 39%. Te weinig (geschikte) sollicitanten (46% van de werkgevers) en aantal uren niet passend (18% van de werkgevers) waren de belangrijkste reden dat vacatures moeilijk vervulbaar zijn.

In RegioMarge 2008 zijn berekeningen gemaakt over vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. In het *Lage scenario* 2008 bedraagt de vraag (mutatie werkgelegenheid en nettoverloop) 10,5% per jaar. In het *Hoge scenario* is de vraag aanmerkelijk hoger, namelijk 15,3%.

Bij het *Lage scenario* zullen de tekorten in 2012 beperkt blijven tot 0,5% oftewel rond 300 personen. Het gaat vooral om SPW4. Door gebruik te maken van SCW4, waar het aanbod groter is dan de vraag, kan het tekort beperkt blijven.

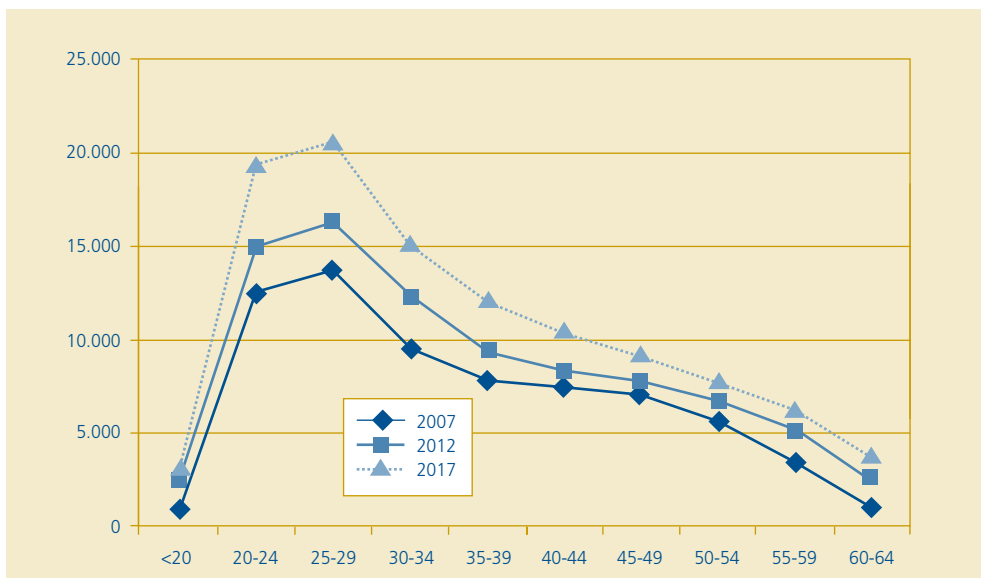
In de afgelopen jaren zijn meer werknemers inactief (gestopt met werk zonder pensioen te gaan) geworden dan ingestroomd uit een inactieve situatie. Vooral bij de kinderopvang en de WMD-branche speelt dit. Hier liggen dus mogelijkheden om als dat nodig is weer snel mensen aan te trekken.

In het *Hoge scenario* loopt het tekort op tot ruim 9% in 2012. Het gaat om 5.900 personen. Tekortschietend aanbod zien we dan vooral bij SPW3 (4.400) en SPW4 (1.100).

### 7.8.4 De leeftijdsopbouw

De personeelsopbouw in de kinderopvang vergrijsd de komende jaren enigszins. In verhouding tot andere branches is het tempo van de vergrijzing laag (zie 7.1). Figuur 7.8 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2007 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zich handhaaft. Bij de uitkomsten van de figuur is verder verondersteld dat de uittredeleeftijd gemiddeld van 60 naar 62 jaar opschuift en dat de werkgelegenheid jaarlijks met 4,5% groeit (conform het *Lage scenario* in RegioMarge 2008).

**Figuur 7.8 De leeftijdsopbouw van het personeel in de kinderopvang in 2007, 2012 en 2017**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand



Volgens deze uitgangspunten neemt het aandeel 50+-ers toe van 14,4% in 2007 tot 16,6% in 2012 (Tabel 7.25). Door de groei van de werkgelegenheid en de daaruit voortvloeiende instroom van jong personeel neemt het aandeel daarna niet verder toe, maar daalt het zelfs licht. In absolute aantallen groeit het aantal 50+-ers in het personeelsbestand wel verder van bijna 10.000 in 2007 tot ruim 17.000 in 2017.

**Tabel 7.26 Het aandeel en het absolute aantal 50+-ers in het personeelsbestand van de kinderopvang**

	2007	2012	2017
% 50+	14,4	16,6	16,3
abs 50+	9.920	14.264	17.440

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

### 7.8.5 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Werkgevers ervaren in 2007 de volgende knelpunten inzake het personeelsbeleid:

- het aantrekken van (nieuw) personeel (53%);
- verlof en vakantie van personeel (40%);
- ziekteverzuim (28%);
- werkdruk (26%);
- de inzetbaarheid van het personeel (24%).

De werkbeleving van het agogisch personeel is positief. Ook over de deelaspecten van het werk is men meestal positief. De tevredenheid over de werkdruk is veel stabielier dan in ander branches en was ook nooit laag. De andere aspecten vertonen wat schommelingen in de loop der tijd.

**Tabel 7.27 De gemiddelde score op de werkbeleving van agogisch personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5 =meest positief).**

Kinderopvang	2000	2003	2005	2007
Tevredenheid over werkdruk	2,8	2,9	2,9	3,0
Waardering van leidinggevende	4,2	4,0	4,0	4,0
Werkevaluatie	3,6	3,6	3,3	3,5
Werkautonomie	3,7	3,6	3,9	3,5
Algemene werkbeleving	3,6	3,5	3,5	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, OSA en Prismant

## **8. Slotbeschouwing: de arbeidsmarkt Zorg en WJK nu en op de langere termijn**



## 8. Slotbeschouwing: de arbeidsmarkt Zorg en WJK nu en op de langere termijn

In deze slotbeschouwing besteden we aandacht aan de stand van zaken op de arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK (Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang). Daarna komt het vooruitzicht op de langere termijn aan de orde: de problematiek van een stijgende vraag naar zorg, welzijn, kinderopvang en jeugdzorg en een stagnerend aanbod van arbeid. De kansen en bedreigingen voor de sector op deze langere termijn worden daarna voor het voetlicht gebracht.

### Wat is de stand van zaken?

In de periode 2002-2007 groeide het aantal werkenden in de sector Zorg en WJK met 160.000. Dit was een gemiddelde jaarlijkse groei van bijna 3%. In 2007 werkt 14% van de werkenden in ons land in de sector Zorg en WJK. Dit aandeel nam de laatste vijf jaar jaarlijks met gemiddeld 0,3 procentpunt toe.

In vergelijking met de rest van de economie veranderen werknemers in Zorg en WJK minder vaak van baan. Liep in de afgelopen jaren het vertrek van medewerkers nog geleidelijk op, begin 2008 lijkt daar een einde aan gekomen te zijn. Tegelijkertijd lijkt de forse daling van het ziekteverzuim in de afgelopen jaren nu te stokken.

De sector heeft een stevige positie in het onderwijsveld: het aandeel in de voor haar relevante opleidingen is fors en dit aandeel is de afgelopen vijf jaar stabiel gebleven bij een groeiend aantal onderwijsvolgenden.

Bij werknemers is de tevredenheid over het werk in de sector hoog. De sector wijkt daarmee niet af van wat economiebreed gevonden wordt.

Veel werkgevers ervaren momenteel knelpunten bij het aantrekken van nieuw personeel, het beheersen van de werkdruk en de vergrijzing van het personeelsbestand.

### Vraag en aanbod op de arbeidsmarkt

Confrontatie tussen vraag en aanbod van personeel laat zien dat de problemen in kwantitatieve zin de komende jaren niet bij artsen en HBO-opgeleiden, maar vooral bij medewerkers op MBO-niveau (verzorgenden, verpleegkundigen, sociaalagogen en doktersassistenten) zich gaan voordoen. Wannéer deze tekorten zich concreet zullen aandienen hangt van een aantal factoren af, maar dát ze eraan komen is duidelijk.

Op dit moment zijn er vrijwel geen problemen op de arbeidsmarkt voor artsen in algemene zin, soms wel bij bepaalde specialisaties. Gezien het feit dat de Minister voor de opleiding tot basisarts uitgaat van een ruimer aantal dan door het Capaciteitsorgaan wordt geadviseerd zijn ze de komende tijd ook niet voor artsen in algemene zin te verwachten. Het kabinetsstandpunt is gericht op het creëren van een ruim aanbod van zorgverleners ten einde te komen tot een meer vraag-georiënteerde zorg.

Vooralsnog speelt voor de sector dat recente onderzoeken laten zien dat er op de korte termijn problemen kunnen ontstaan bij personeel waarbij men geen directe invloed op de opleiding kan uitoefenen zoals bij de technische en ICT beroepen. De huidige conjuncturele inzinking draagt er mogelijk toe bij dat deze problemen voorlopig geen werkelijkheid worden.

### Wat is het vooruitzicht?

De verder doorzettende vergrijzing van de bevolking zal nog vele jaren leiden tot een jaarlijks stijgende vraag naar diensten op het terrein van zorg, welzijn, jeugdzorg en kinderopvang. Tegelijkertijd neemt bij de huidige vooruitzichten de groei van het arbeidsaanbod in ons land af en gaat het arbeidsaanbod rond 2015 voor het eerst over in een krimp.

De groei van de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK tempert nog niet: met gemiddeld bijna

3% per jaar was deze nog steeds hoog en ook aanmerkelijk groter dan de geprognosticeerde groei in het hoogste lange termijn toekomstscenario van het CPB uit 2004.

De sector Zorg en WJK kon de groei in de afgelopen decennia realiseren door de forse groei van de arbeidsparticipatie van vrouwen, terwijl tegelijkertijd de sterke positie in het onderwijsveld gehandhaafd bleef. Momenteel zorgt de sector voor én profiteert van de stijgende arbeidsparticipatie van oudere vrouwen. Het kabinet wil de arbeidsparticipatie verder vergroten. De Commissie Bakker heeft hierover voorstellen gedaan.

Aan de groei van de participatiegraad komt hoe dan ook eens een einde. Voor de sector zijn vier opties denkbaar om toch in de zorgvraag te kunnen blijven voorzien:

- Het vergroten van het aandeel schoolverlaters uit het Voortgezet Onderwijs dat in de (beroeps)opleidingen instroomt. Dit betekent een forse concurrentie met andere bedrijfstakken, die ook met een krimpend arbeidsaanbod te maken hebben.
- Het aantrekken van mensen uit andere beroepen en hen scholen voor werk in Zorg en WJK. Met zijn vele scholingsmogelijkheden, zoals de vele BBL-opleidingen en de functiegerichte opleidingen, is de sector aantrekkelijk voor tweede kansers, mensen die hun loopbaan een nieuwe wending willen geven. Maar ook hier geldt dat er een forse concurrentie van andere bedrijfstakken zal zijn.
- Veel sterker nog dan nu inzetten op activiteiten en innovaties die leiden tot arbeidsbesparing.
- Het mobiliseren van niet alleen de talenten, maar allen die nu al werkzaam zijn in de sector. Bij alle aandacht voor nieuwe instroom mag behoud en voorkomen van uitstroom van zittend personeel niet vergeten worden. Mobiliteit en scholing zijn van groot belang.

In het navolgende gaan we in op bovenstaande punten. Daarnaast wordt ingegaan op (andere) kansen en bedreigingen die zich aan de sector voordoen.

### **Wat zijn de kansen en bedreigingen?**

Bedreigingen en kansen liggen vaak in elkaars verlengde: bedreigingen kunnen vaak omgebouwd worden tot kansen. Daarom maken we hier geen onderscheid bij de presentatie.

#### **Arbeidsbesparende innovaties**

Er is steeds meer aandacht voor het benutten van technologie en innovaties als middel tot arbeidsbesparing. De mate van arbeidsbesparing die deze technologie en innovaties opleveren mag dan nog niet duidelijk zijn, wel is duidelijk dat het effect heeft en bijdraagt aan een stijging van de arbeidsproductiviteit. Hiermee kan de vraag naar arbeid worden getemperd. Het is in ieder geval geen kwestie van één soort technologie inzetten, maar technologie inzetten op meerdere terreinen zodat tijd bespaard kan worden op verschillende vlakken: bij administratieve handelingen en registraties, doordat de zorgvraag verminderd kan worden doordat patiënten zelfredzamer worden, het aantal thuiszorgbezoeken kan verminderen, er minder mensen ingezet hoeven te worden in de nachtzorg et cetera.

Om dit te bereiken is implementatie van arbeidsbesparende technologie op grote schaal nodig, iets wat nu nog niet het geval is. Er moeten dan ook de nodige belemmeringen worden weggenomen, voordat grootschalige invoering een feit is. Van belang is dat de sector niet alleen kijkt naar de technische mogelijkheden. De sociale component bij implementatie is van groot belang. Dit is geen vanzelfsprekendheid omdat veel zorgverleners in hun werkhouding gereserveerd staan tegenover technologie. Er zijn wel allerlei initiatieven gaande om de invoering en verspreiding van innovaties te bevorderen.

#### **Stand van zaken en vooruitblik**

### Levensfasebewust personeelsbeleid

De verdere implementatie van goed levensfasebewust personeelsbeleid kan een belangrijke bijdrage leveren aan het behouden van alle en dus ook oudere werknemers. Immers: om ervoor te zorgen dat medewerkers langdurig, gemotiveerd, productief en gezond aan de slag kunnen blijven, moet al bij binnenkomst begonnen worden.

Veel werknemers hebben wel te maken met lichamelijk en geestelijk zwaar werk. Het oordeel over de werkbeleving veranderde in de loop der tijd weinig. De ervaren werkdruk blijft wel een aandachtspunt. Werknemers zijn doorgaans zeer tevreden over hun leidinggevendens.

Er wordt gewerkt aan nieuwe CAO-afspraken over levensfasebewust personeelsbeleid, voor een deel ter vervanging van doorgaans nog bestaande 'ontzie' maatregelen. Voor de sector Zorg en WJK geldt dat er al veel is ontwikkeld aan hulpmiddelen voor instellingen bij het vormgeven van dit beleid. Het komt nu aan op implementatie. Zo kan er voor gezorgd worden dat de reeds in 2000 in gang gezette tendens dat ouderen langer blijven werken doorgetrokken wordt. In de sector is wel specifiek aandacht nodig voor lichamelijk en geestelijk zwaar uitvoerend werk door ouderen.

De werknemers in de sector Zorg en WJK zijn minder mobiel en veranderen minder vaak van functie dan werknemers in andere bedrijfstakken. De structuur van de werkgelegenheid, veel kleine banen van vrouwelijke werknemers, speelt hierbij een rol. Een onderdeel van het 'fit houden' van mensen is gelegen in het bieden van nieuwe uitdagingen. Scholing en mobiliteit zijn hierbij van belang. Hiermee is het tevens mogelijk om meer functies in te vullen die vitaal zijn voor de dienstverlening en kan wellicht de deeltijdfactor verhoogd worden. Werkgevers staan voor de opgave om een systematisch en actief beleid op mobiliteit en scholing te voeren. Vooral de grote organisaties die meerdere vormen van zorg- en dienstverlening bieden zullen hier mogelijkheden voor hebben. Ook op regionaal niveau is een aanpak denkbaar.

### Opleidingen

Een groot deel van de nieuwe werknemers in Zorg en WJK is afkomstig uit het beroepsonderwijs. Voor de sector is het van belang dat er voldoende leerlingen instromen in het onderwijs. De instroom in het onderwijs wordt mede bepaald door de voorkeuren die leerlingen hebben voor een bepaalde studie of beroep. Bij de studie- en beroepskeuze zijn de inhoud van de opleiding en het latere werk de belangrijkste factoren. Gezien het belang van de inhoud van studie en werk bij de studie- en beroepskeuze, is het de vraag welk beeld leerlingen hebben van het werk in Zorg en WJK. Het werken in de zorg wordt sterk geassocieerd met mensen helpen, met mensen werken en nuttig werk, waarbij je iets kunt betekenen voor een ander. Voor degenen die voor de zorg kiezen, zijn dit ook belangrijke aspecten om voor de zorg te kiezen. Het 'zorgen voor mensen' wordt door andere leerlingen juist als een negatief aspect van het werken in de zorg gezien (met name door degenen die niet in de sector willen gaan werken).

Onder VWO-ers en Havisten is de belangstelling voor werk in de zorg groot én groeiend. Bij VMBO-ers is de belangstelling geringer en neemt bovendien niet toe. Daar komt bij dat het aantal VMBO-schoolverlaters de komende jaren sterk gaat dalen én het werk in de zorg voor de helft op dat MBO-niveau ligt. Permanente voorlichting aan VMBO-ers is wenselijk. Met name de opleiding tot verzorgende kampt nu al met problemen. Deze opleiding is bovendien weinig populair bij leerlingen van Marokkaanse en Turkse herkomst. Hier kan de instroom vergroot worden. Het creëren van rolmodellen en het benutten van medewerkers als ambassadeur is van groot belang om de instroom in de opleidingen onder deze groepen te vergroten. Voorlichting met hulp van de doelgroep zelf is noodzakelijk.

De opleidingen zijn momenteel in beweging: er wordt meer aandacht gegeven aan agogiek in de zorgopleidingen en aan zorg in agogische opleidingen en er zijn opleidingen opgezet die beide aspecten in zich dragen. Met deze veranderingen sluiten de opleidingen beter aan op de wensen van het werkveld en de aard van de toekomstige vraag naar zorg en diensten op het gebied van welzijn, jeugdzorg en kinderopvang. Daarnaast kunnen deze veranderingen bijdragen aan een grotere belangstelling van potentiële leerlingen voor de zorg- en agogische opleidingen. De nieuwe opleiding Maatschappelijke zorg is een mooi voorbeeld van het aanpassen aan zorgvraag én de wensen van werkenden. Onderwijsvernieuwing in deze richting moet worden voortgezet.

### **De veranderende structuur van de werkgelegenheid**

De grotere nadruk op vraagsturing die zich de laatste jaren aftekent maakt andere vormen van zorgaanbod mogelijk. PGB's, ZBC's en kleinschalige zorg aan huis zijn sterk in opkomst. Dit leidt tot veranderingen in de onderlinge verhoudingen tussen de drie organisatievormen waarin zorg aangeboden wordt. Namelijk, een relatief beperkt aantal grote (concerns van) zorginstellingen; een groot aantal kleine, gespecialiseerde zorgondernemingen; een nog veel groter aantal ZZP-ers die werken voor individuele zorgvragers dan wel op ad hoc basis voor de eerste twee groepen. De laatste twee organisatievormen zijn momenteel sterk in opkomst. Mogelijk gaat hier een extra stimulans voor het aanbod van personeel van uit, wanneer men zo arbeidsomstandigheden weet te creëren die meer tegemoet komen aan de individuele behoefte van medewerkers.

### **Systeemveranderingen**

Ingrepen in het (financierings)systeem hebben vaak onvoorspelbare effecten op de personeelsvraag. Door onzekerheid over de gevolgen van systeemveranderingen werken deze op de korte termijn vaak remmend op de personeelsvraag, terwijl op langere termijn weer een groei nodig is. De nadruk op de korte termijn werkt vaak belemmerend voor het opleidingsbeleid dat per definitie op de lange termijn gericht is. Herallocatie van budgetten kan er tevens toe leiden dat personeel wordt ontslagen terwijl gelijktijdig elders personeel nodig is. Aandacht voor herallocatie van personeel, maar ook voor het toerusten van werkzoekenden is gewenst. De initiatieven bij mobiliteitscentra in de thuiszorg (MCT) zijn een mooi voorbeeld.

Het lijkt gezien de kritische factor die het personeel vormt wenselijk om bij het opstellen van plannen voor verandering ook een arbeidsmarkteffect rapportage op te stellen. Primair ligt deze verantwoordelijkheid bij degene die de systeemveranderingen voorstelt. Hoe dan ook is het wenselijk dat instellingen een meer lange termijn gericht beleid op de arbeidsmarkt gaan voeren.

### **Regionale verschillen in arbeidsaanbod**

De groei in het aanbod van arbeid wordt steeds geringer. Op dit moment wordt landelijk vanaf 2015 een krimp voorzien.

Voor organisaties in de sector is van belang dat er nu al grote regionale verschillen zijn in de ontwikkeling van het arbeidsaanbod. Zo kennen Haaglanden, IJssel Vecht, Amsterdam Utrecht en Flevoland in de periode 2006-2016 nog een uitbreiding van de beroepsbevolking van 5% of meer, waar Limburg en het Gooi te maken hebben met een krimp van 4% of meer in die zelfde periode. Aangezien er ook grote verschillen zijn in de regionale ontwikkeling van de vraag en de regionale deelname aan het onderwijs vraagt dit om een regionale strategie om arbeidsmarktbeleid te maken.

### **Tenslotte**

Het langetermijnperspectief voor de sector is en blijft een groeiend beslag op de arbeidsmarkt. De omvang van dat beslag en hoe succesvol dat kan zijn, hangt voor een belangrijk deel van de inventiviteit van de vele betrokkenen af. Sleutelwoorden daarbij zijn: de sector als aantrekkelijke werkgever; arbeidsbesparende innovaties en een actief wervingsbeleid naar allochtone bevolkingsgroepen.





# **Bijlage 1   Lijst met afkortingen, begrippen en bronnen**



## Afkortingen

### AOW

Algemene Ouderdomswet.

### AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

### BAPO

Bevordering Arbeidsparticipatie Ouderen.

### BBL

BeroepsBegeleidende Leerweg.

### BBP

Bruto Binnenlands Product.

### BOL

BeroepsOpleidende Leerweg.

### BPV

BeroepsPraktijkVorming.

### BSO

BuitenSchoolse Opvang.

### CAO

Collectieve Arbeids Overeenkomst.

### CBS

Centraal Bureau van de Statistiek.

### CIZ

Centrum Indicatiestelling Zorg.

### CMV

Culturele en Maatschappelijke Vorming.

### CPB

Centraal Plan Bureau.

### CSV

College Specialismen Verpleegkunde.

### CWI

Centrum voor Werk en Inkomen.

### DBC

Diagnose Behandelings Combinatie.

### EVV

Eerst Verantwoordelijke Verzorgende.

### FNV

Federatie Nederlandse Vakvereniging.

### FTE's

Fulltime-equivalent.

### GGD

Gemeentelijke Gezondheids Dienst.

### GGZ

Geestelijke Gezondheids Zorg.

### GHZ

Gehandicaptenzorg

### HAVO

Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs

### HBO

Hoger Beroeps Onderwijs.

### HKZ

Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.

### ICT

Informatie- en Communicatie Technologie.

### KBA

Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.

### KCH

KennisCentrum Handel.

### KITZ

KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing.

### LEVV

Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging.

### MBO

Middelbaar Beroeps Onderwijs.

### MKB

Midden- en Klein Bedrijf.

### MNP

Milieu en Natuur Planbureau.

### NP

Nurse Practitioner.

### NVZ

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

### NZa

Nederlandse Zorg Autoriteit.

**OBU**

Overbruggingsuitkering.

**OC&W**

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

**P&O**

Personeel en Organisatie

**PA**

Physician Assistant.

**PGB**

Persoons Gebonden Budget.

**POP**

Persoonlijk Ontwikkeling Plan.

**RFID**

Radio Frequency Identification.

**RIVM**

Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu.

**ROA**

Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt.

**ROC**

Regionaal Opleidingen Centrum.

**RVZ**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

**RWI**

Raad voor Werk en Inkomen.

**SCP**

Sociaal en Cultureel Planbureau.

**SER**

Sociaal Economische Raad.

**SIRM**

Strategies in Regulated Markets.

**SOP**

Seniorenregeling Onderwijs Personeel.

**SPH**

Sociaal Pedagogische Hulpverlening.

**SPW**

Sociaal Pedagogisch Werk.

**SSOV**

Stichting Samenwerkende Opleidingen tot Verloskundige.

**StAZ**

De Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen.

**STG/HMF**

STG/Health Management Forum.

**SZW**

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

**V&V**

Verpleging en Verzorging

Verpleeg- en Verzorgingshuizen

**V&VN**

Verpleegkundigen en Verzorgenden

Nederland.

**VGN**

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

**VIG**

Verzorgenden Individuele Gezondheidszorg.

**VMBO**

Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs.

**VOV**

Verpleging, Opvoedkundig en Verzorgend

**VPT**

Volledig Pakket Thuis.

**VVE**

Voor- en Vroegschoolse Educatie.

**VVT**

Verpleeghuiszorg, Verzorgingshuiszorg en Thuiszorg

**VWO**

Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs

**VWS**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

**WGE**

Werkgeversenquête

**WJK**

Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang

**WMD**

Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening

**Wmo**

Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

**WNE**

Werknemersenquête

**ZBC**

Zelfstandige Behandel Centra.

**ZVW**

ZorgVerzekeringsWet.

**ZZP**

ZorgZwaartePakket.

**ZZP-er**

Zelfstandige Zonder Personeel

## Begrippen

**Alfahulpen**

Alfahulpen zijn zorgverleners op het terrein van de huishoudelijke verzorging die niet in dienst zijn van een thuiszorginstelling maar van de zorgcliënt. De thuiszorginstelling bemiddelt tussen de zorgcliënt en de alfahulp.

**Allochtoon**

Persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren (Definitie CBS)

**Arbeidsmarkteffectrapportage**

Rapportage waarbij de gevolgen van systeemveranderingen (bv. in de financiering) in de organisatie van zorg en welzijn op de arbeidsmarkt worden weergegeven.

**Arbeidsproductiviteit**

Productie per werknemer per eenheid van tijd. Oftewel de bruto toegevoegde waarde in basisprijzen per eenheid van arbeidsvolume.

**Arbo**

De regeling die de arbeidsomstandigheden, de veiligheid, de gezondheid en het welzijn in verband met de arbeid regelt.

**Autochtoon**

Persoon van wie de beide ouders in Nederland zijn geboren (Definitie CBS).

**BBL**

BeroepsBegeleidende Leerweg. Ook wel 'Leren in de praktijk' genoemd. BBL is een combinatie van leren en werken. Bij de BBL gaat de leerling één dag in de week naar school en werkt hij/zij vier dagen in de week bij een bedrijf of organisatie. De praktische ervaring doet de leerling op in het werk. De theorie en begeleiding krijgt men op school. Ook wel duaal onderwijs genoemd.

**Beroepsbevolking**

Alle personen (15-65) die tenminste twaalf uur per week werken, of alle personen (15-65) die werk hebben aanvaard waardoor ze tenminste twaalf uur per week gaan werken, of alle personen (15-65) die verklaren ten minste twaalf uur per week te willen werken, daarvoor beschikbaar zijn en activiteiten ontplooiën om werk voor ten minste twaalf uur per week te vinden.

**Beroepskolom**

De doorstroom tussen en aansluiting van vmbo, mbo en hbo.

**BOL**

BeroepsOpleidende Leerweg. Ook wel 'Leren op school'. BOL is een combinatie van leren en stage. Bij de BOL gaat de leerling vijf dagen in de week naar school. Daar maak hij/zij op een afwisselende manier kennis met de theorie. De praktijkervaring doet de leerling op met stages. De BOL is zowel in voltijd als in deeltijd te volgen.

**BPV**

BeroepsPraktijkVorming. De stage die een MBO-leerling loopt tijdens zijn opleiding (zowel in BOL als in BBL).

**Bruto arbeidsparticipatie**

Het aandeel van de beroepsbevolking (zowel werkzaam als werkloos) in de potentiële beroepsbevolking.

**Brutoverloop**

Het aantal werknemers dat gedurende een jaar een instelling verlaat als aandeel van het totaal aantal werknemers in die instelling.

**CAO**

Collectieve ArbeidsOvereenkomst. Collectief contract tussen werkgevers en werknemers in een bepaalde bedrijfstak waarin, voor een bepaalde periode, de arbeidsvoorwaarden zijn geregeld

**CAO-loon**

Het CAO-loon omvat het brutoloon (voor normale arbeidstijd van voltijdswerknemers), alle bindend voorgeschreven, regelmatig betaalde toeslagen en alle bindend voorgeschreven bijzondere (niet maandelijks) beloningen (zoals de vakantietoeslag of de eindejaarsuitkering). Uitgesloten zijn toeslagen die in de CAO's voorwaardelijk zijn gesteld, zoals een leeftijdstoeslag of een toeslag voor ploegendienst, en individuele loonstijgingen.

**Contractloon**

Dit is het bedrag dat op grond van een bezoldigingsbesluit voor een werknemer is vastgesteld en dat maandelijks wordt uitbetaald. Dit bedrag vormt de basis voor de berekening van de hoogte van diverse toelagen.

**DBC**

Diagnose Behandelings Combinatie. Een DBC is te zien als een vooraf gedefinieerd gemiddeld zorgproduct dat de zorgverlener vaststelt op basis van de zorgvraag van de patiënt. De DBC bevat informatie over de zorgvraag, de diagnose en de benodigde behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact tot en met de laatste controle. Vrijwel alle in de praktijk voorkomende combinaties van diagnoses en behandelingen hebben hun eigen DBC.

*- A-segment*

De prijzen van DBC's in het A-segment worden landelijk vastgesteld en zijn dus in elk ziekenhuis gelijk. Daarboven wordt een verrekeningspercentage in rekening gebracht. Dit verrekeningspercentage is ook wettelijk bepaald en is per ziekenhuis verschillend.

*- B-segment*

De prijzen van DBC's in het B-segment mogen ziekenhuizen zelf vaststellen. Hierover onderhandelen zij met verzekeraars, waardoor de prijzen per ziekenhuis kunnen verschillen. In het B-segment vallen de relatief eenvoudige en planbare ingrepen, dus niet de acute of spoedeisende zorg.

**Domotica**

Technische aanpassingen in huis (zoals automatisch in- en uitschakelen van verwarming, verlichting of elektrische apparaten), maar ook mogelijkheden voor inbraakbeveiliging en alarmering, zodat oudere mensen of mensen met een beperking in hun eigen woning kunnen blijven wonen.

**FCB**

FCB Dienstverleners in arbeidsmarktvoorstellen is het sectorfonds voor de WJK branche.

**FTE's**

Fulltime-equivalent. Ook wel arbeidsplaatsen genoemd. Het is een rekeneenheid waarmee de omvang van een functie of de personeelssterkte kan worden uitgedrukt. Eén FTE is een volledige werkweek. Een functie van 0,6 FTE is, uitgaande van een werkweek van bijvoorbeeld 38 uur, een functie van  $0,6 \times 38 = 22,8$  uur.

**Gehandicaptenzorg**

Biedt zorg en ondersteuning aan mensen met beperkingen.

- LG: Lichamelijke Gehandicaptenzorg.
- ZG: Zintuiglijke Gehandicaptenzorg.
- VG: Verstandelijk Gehandicaptenzorg.

**Gemiddelde duur vervullen vacatures**

Gemiddeld aantal openstaande vacatures in een jaar gedeeld door het totaal aantal vervulde vacatures in een jaar (Definitie CBS).

**Herkomst**

Kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon een feitelijke verwantschap heeft, gegeven het geboorteland van de ouders of van zichzelf.

**Hoge scenario**

Scenario dat in RegioMarge 2008 wordt gebruikt om de toekomstige vraag naar personeel te berekenen. In dit scenario wordt gewerkt met een hogere groeiverwachting ten aanzien van de werkgelegenheid dan in het Lage scenario.

**HRM**

Human Resource Management. Personeelsbeleid dat de mens als uitgangspunt neemt voor de organisatie van het werk en niet de taken en waarbij de afstemming tussen het personeelsbeleid en het beleid van de onderneming centraal staat

**HV1**

Huishoudelijke Verzorging 1. Huishoudelijke werkzaamheden die samenhangen met beperkingen op het vlak van schoonmaken, wassen en strijken, het verzorgen van planten en dieren, boodschappen doen, maaltijdverzorging, zorg voor planten en dieren.

**HV2**

Omvat bovenop HV1 de organisatie van het huishouden, opvang en/of verzorging van huisgenoten.

**Lage scenario**

Scenario dat in RegioMarge 2008 wordt gebruikt om de toekomstige vraag naar personeel te berekenen. In dit scenario wordt gewerkt met een lagere groeiverwachting ten aanzien van de werkgelegenheid dan in het Hoge scenario.

**Leeftijdsbewust personeelsbeleid**

De voorganger van "levensfasebewust personeelsbeleid" welke voornamelijk was gericht op het ontzorgen van de oudere werknemer.

**Levensfasebewust personeelsbeleid**

Het beleid dat zich richt op de duurzame en optimale inzetbaarheid van alle medewerkers binnen een organisatie door rekening te houden met hun actuele levensfase en de daarbij behorende specifieke kenmerken en behoeften.

**Moeilijk vervulbare vacatures**

Vacatures waarvan de werkgever aangeeft dat deze 3 of meer maanden openstaat



**Netto arbeidsparticipatiegraad**

Het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de potentiële beroepsbevolking.

**Nettoverloop**

Het aantal werknemers uit een branche dat gedurende een jaar de sector Zorg en Welzijn verlaat als aandeel van het totaal aantal werknemers in die branche.

**Niveau D**

Profiel voor beroepskrachten in het HBO.

**Normverantwoorde zorg**

In deze normen is vastgelegd wat verstaan wordt onder verantwoorde zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het uitgangspunt van de normen is de kwaliteit van leven van cliënten. De normen geven aan welk resultaat de ondersteuning van instellingen moet hebben voor het leven van cliënten.

**NP**

Nurse Practitioner. Post HBO opgeleide verpleegkundige die onder meer een aantal taken van artsen overnemen, zoals lichamelijk onderzoek, infuus inbrengen, puncties uitvoeren of begeleiding van chronisch zieken, en die de medische zorg coördineren.

**O&O-fondsen**

Onderzoek en Opleiding. Fondsen die projecten initiëren en financieren die direct of indirect bijdragen aan een evenwichtige ontwikkeling van de arbeidsmarkt. Zij hangen samen met de CAO van een bedrijfstak of branche,

**OBU**

Overbruggingsuitkering. Salarisvervangende uitkering die iemand in staat stelt vanaf zijn 60ste jaar volledig te stoppen met werken, mits hij aan een aantal voorwaarden voldoet, waaronder geboren zijn vóór 1949.

**Omvang gemiddelde werkweek**

Gemiddeld aantal gewerkte uren in een week, dan wel het percentage van de werkweek (meestal 36 uur) dat gewerkt wordt.

**Opleidingen**

Daar waar gegevens gebruikt worden over zorg en sociaalagogische opleidingen, gaat het over de volgende opleidingen:

**- Zorg**

- Universitair
  - Geneeskunde
  - Tandheelkunde
  - Farmacie
- HBO
  - fysiotherapie
  - ergotherapie
  - logopedie
  - voeding en dietiek
  - mondzorgkunde
  - cesar
  - mensendieck
  - ortoptie
  - podotherapie
  - radiodiagnostiek
  - radiotherapie
  - mbrt

- huidtherapie
- biologie en medisch laboratoriumonderzoek
- bewegingsagogie/psychomotorische therapie
- verpleegkundige 5
- verpleegkundige maatschappelijke gezondheidszorg
- MBO niveau 4
  - apothekersassistenten
  - doktersassistenten
  - tandartsassistenten
  - operatie-assistenten
  - verpleegkundige
- MBO niveau 3
  - verzorgende
- MBO niveau 2
  - Helpende zorg en welzijn (alle opleidingen helpende, inclusief de experimentele opleidingen). NB daar waar gegevens over zorg- en agogische opleidingen in één tabel of grafiek zijn opgenomen, is deze opleiding meegenomen bij de agogische opleidingen.
- MBO niveau 1
  - zorghulp
- *Agogische opleidingen*
  - universitair
    - pedagogiek
    - psychologie
  - HBO
    - culturele en maatschappelijke vorming
    - sociaal pedagogische hulpverlening
    - maatschappelijk werk en dienstverlening
    - hbo pedagogiek
    - hbo creatieve therapie
  - MBO niveau 4
    - sociaal cultureel werker
    - sociaal pedagogisch werk 4
    - sociaal cultureel werker (experimentele opleiding)
    - pedagogisch werker: jeugdzorg (experimentele opleiding)
    - pedagogisch werker: kinderopvang (experimentele opleiding)
    - maatschappelijke zorg: medewerker gehandicaptenzorg (experimentele opleiding)
    - maatschappelijke zorg: medewerker volwassenenwerk (experimentele opleiding)
  - MBO niveau 3
    - sociaal dienstverlener
    - sociaal pedagogisch werk 3
    - sociaal-maatschappelijk dienstverlener
    - pedagogisch werker 3 (experimentele opleiding)
    - pedagogisch werker kerndeel 3/4 (experimentele opleiding)
    - medewerker maatschappelijke zorg (experimentele opleiding)
    - maatschappelijke zorg kerndeel 3/4 (experimentele opleiding)
  - MBO niveau 2
    - Helpende zorg en welzijn (alle opleidingen helpende, inclusief de experimentele opleidingen)

**Opleidingsniveau**

Ook wel onderwijsniveau genoemd. Het hoogste niveau waarop iemand een opleiding heeft afgerond.

- Lager: omvat het basisonderwijs en de eerste fase van het voortgezet onderwijs: lbo/vbo/vmbo, mulo/mavo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo (en hun voorgangers) en het laagste niveau van het beroepsonderwijs, vergelijkbaar met de huidige assistentenopleiding (mbo kwalificatieniveau 1).
- Middelbaar: de tweede fase van het voortgezet onderwijs: bovenbouw havo/vwo en opleidingen vergelijkbaar met mbo 2, 3 en 4.
- Hoger: hbo- en universitaire opleidingen.

**PA**

Physician Assistant. Speciaal opgeleide hbo'ers die routinematige werkzaamheden op medisch gebied van de huisarts of medisch specialist overnemen, onder hun supervisie.

**Participatiegraad**

Ook wel de bruto arbeidsparticipatiegraad. Het aandeel van de beroepsbevolking (zowel werkzaam als werkloos) in de potentiële beroepsbevolking.

**PGB**

PersoonsGebonden Budget. Geldbedrag dat iemand kan aanvragen om zelf zorg, begeleiding, hulp(middelen) of voorzieningen vanuit de awbz, wmo of zww in te kopen; men kiest zelf de zorg- of hulpverleners, begeleiders of hulpmiddelen uit.

**Prognosemodel Leeftijdsopbouw**

Model dat de toekomstige leeftijdsopbouw van een instelling of branche berekend bij een veronderstelde in- en uitstroom naar leeftijd.

**Taakherschikking**

Het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen in de gezondheidszorg, onder meer als antwoord op capaciteitstekorten bij een of meer beroepsgroepen en vanwege inhoudelijke veranderingen in de (toekomstige) patiëntenzorg.

**Uitbreidingsvraag**

De vraag naar nieuwe arbeidskrachten die ontstaat door groei van de werkgelegenheid. Als er sprake is van een werkgelegenheidsdaling ofwel krimp, is de uitbreidingsvraag negatief.

**Vacaturegraad**

Het aantal vacatures als percentage van het aantal banen van werknemers.

**Vergrijzing**

Demografische ontwikkeling waarbij het aandeel van ouderen in een populatie toeneemt.

**Vervangingsvraag**

De vraag naar nieuwe arbeidskrachten die ontstaat doordat de arbeidsplaatsen van werkenden die vertrekken (met pensioen gaan, in een andere bedrijfstak werk vinden, arbeidsongeschikt worden of zich (tijdelijk) terugtrekken van de arbeidsmarkt) opnieuw moeten worden opgevuld.

**Vervulde vacatures**

Vacatures waarin, in een bepaalde periode, is voorzien.

**VPT**

Volledig Pakket Thuis. Mensen met een indicatie voor zorg met verblijf kunnen voor rekening van de AWBZ alle zorg, die ze anders in een instelling zouden krijgen, ook thuis krijgen. De woonlasten worden buiten de AWBZ geregeld. Daarmee is er sprake van het scheiden van wonen en zorg.

**Werkautonomie**

Wordt gemeten aan de hand van de volgende factoren: invloed op werkplanning en werkzaamheden, balans werk/privé. Dit zijn factoren gebaseerd op de werknemersenquête van Prismant.

**Werkdruk**

Wordt gemeten aan de hand van de volgende factoren: gevoel van falen, verantwoordelijkheid, emotionele druk, tijdsdruk, beloning. Dit zijn factoren gebaseerd op de werknemersenquête van Prismant.

**Werkevaluatie**

Wordt gemeten aan de hand van de volgende factoren: prettige sfeer, inhoudelijk leuk werk, nut van het werk, ontplooiingsmogelijkheden, opgebrand voelen. Dit zijn factoren gebaseerd op de werknemersenquête van Prismant.

**Werknemer niet mobiel**

Werknemer die zowel aan het begin van het jaar als het einde bij dezelfde werkgever werkzaam is

**Werkzame personen**

Personen die betaalde arbeid verrichten.

**ZBC**

Zelfstandige Behandel Centra. Centra, niet verbonden aan ziekenhuizen, waar dagbehandeling van een bepaalde ziekte of aandoening plaatsvindt; de meeste zorg is verzekerd volgens de zorgverzekeringswet.

**Ziekteverzuimpercentage**

Het aantal verzuimde kalenderdagen (inclusief weekenden) in een periode, gedeeld door de personeelsomvang (in fte's) vermenigvuldigd met het aantal kalenderdagen in dezelfde periode. Wordt berekend inclusief of exclusief zwangerschapsverlof.

**ZZP**

ZorgZwaartePakket. Een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft. Een ZZP bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (een cliëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van de zorg.

**Bronnen:****AZWinfo.nl**

Website met gegevens over de arbeidsmarkt Zorg en WJK. ([www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl))

**CBS Sociaal Statistisch Bestand**

Het SSB verschaft micro-data waarmee een samenhangende, consistente beschrijving kan worden gegeven van een aantal aspecten van de bevolking van Nederland. Er zijn gegevens over de eenheden banen, uitkeringen, personen, huishoudens en bedrijven beschikbaar.

**CBS Statline**

De elektronische databank van het CBS.

**Cfi bronbestand**

Het Cfi ontsluit namens het ministerie van OCW informatie over deelnemers, personeel en financiën van instellingen voor voortgezet onderwijs (VO), beroepsonderwijs en volwasseneneducatie (BVE), agrarische onderwijscentra (AOC), primair onderwijs (PO) en praktijkonderwijs (PRO).

**Exitinterviews**

Instellingen houden door het toepassen van EXIT-interviews een vinger aan de pols bij het vertrekend personeel. Door deelname aan de EXIT-interviews worden de gegevens van de deelnemende instellingen verwerkt en op een inzichtelijke wijze gepresenteerd. De gegevens van de individuele instellingen worden afgezet tegen die van vergelijkbare instellingen, ten behoeve van een adequaat personeelsbeleid.

**GPI**

GGZ Personeels Informatiesysteem

**HBO-raad Leerling gegevens**

Gegevens over aantallen leerlingen in het hoger onderwijs.

**Landelijke BeroepsKeuzeMonitor**

Een monitor waarin middelbare scholieren gevraagd wordt naar hun interesses en voorkeuren met betrekking tot het werk dat zij willen gaan doen en het beeld dat zij van dat werk hebben.

**LKG**

Loonkostengegevensbestand. Populair gezegd de salarisadministratie. Deze bestanden bevat naast salarisgegevens allerlei gegevens op werknemersniveau zoals leeftijd, geslacht, duur dienstverband etc.

**OSA aanbodmonitor Zorg en Welzijn 1998, 2000, 2003 en 2005**

Arbeidsaanbodonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden in de sector Zorg en Welzijn. Doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in factoren die van invloed zijn op mobiliteit en behoud van het arbeidsaanbod in de zorg- en welzijnssector. In het onderzoek werd aandacht besteed aan onderwerpen die van belang zijn voor het arbeidsmarktgedrag en de arbeidsbeleving van werknemers in deze sector.

**PGGM-deelnemersbestand**

Onderzoeksbestand gebaseerd op de administratie van deelnemers aan het pensioenfonds PGGM.

**RegioMarge (diverse jaren)**

Arbeidsmarktverkenning van de vraag naar en het aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel in de sector Zorg en WJK voor de komende jaren.

**Werkgeversenquête (WGE) 2007**

Steekproef onder werkgevers in Zorg en WJK. Geeft inzicht in de ervaren situatie op de arbeidsmarkt, het personeelsbeleid en opleidingsbeleid van instellingen en de (verwachte) ontwikkelingen in de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK.

**Werknemersenquête (WNE) 2007**

Steekproef onder werknemers in Zorg en WJK. Geeft een beeld van kenmerken van werknemers, hun arbeidsverleden en hun werkbeleving in de sector Zorg en WJK.

## Literatuur

Bergen, C.T.A. en Verheij, O. *Personeelsopbouw en Personeelsbeleid in het onderwijs*. Uitgave van de Onderwijsraad, Den Haag, 2006.

Besten, H. den en Vries, S. de (2008). *Lak aan leeftijd: Over levensfasegericht personeelsbeleid in het onderwijs*. SBO, maart 2008

Bloemen, H., B. Dellaert. *De studiekeuze van middelbare scholieren. Een analyse van motieven, percepties en preferenties*. OSA, Tilburg, 2000

Bloemendaal, I., S. de Kroon, F. van der Velde. 'Allochtone vrouwen in de zorg'. *Motivaties, preferenties en belemmeringen voor het werken in de zorg bij Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen*. Prismant, utrecht, 2008. In voorbereiding.

Borghans, L. en M. de Steur *Kiezen voor de zorg. Een conceptueel kader*, ROA/OSA 1999.

Borghuis, I. *Zorg op afstand dichterbij*. Actiz, Utrecht, 2007a

Borghuis, I. *Technologie kan de afstand verkleinen*. In: Health Management Forum, 2007, nr. 4

Bos, J.T., D.M. de Jongh, A.L. Francke. *Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg*. Nivel, Utrecht, 2005

Boxtel, R. van. *Het experiment voorbij. Toekomstvisie op structurele financiering van innovatieve zorgtechnologie*. In: Health Management Forum, 2007, nr. 4

Calibris, *Personele problemen in de thuiszorg?* Bunnik, 2008.

CAO Ziekenhuizen 2008-2009.

Capaciteitsorgaan *Capaciteitsplan 2007 Jeugdgezondheidszorg* Utrecht 2007.

Capaciteitsorgaan *Capaciteitsplan 2008* Utrecht 2008.

Centraal Planbureau: *De structurele groei van het arbeidsaanbod op de middellange termijn* Den Haag 2006.

Centraal Planbureau: *Een analyse van de groei van de formele kinderopvang in het recente verleden en in de nabije toekomst*, CPB-notitie, 14 mei 2008

College Bouw Zorginstellingen. *Cahier domotica. Tips voor zorginstellingen*. College Bouw Zorginstellingen, utrecht, 2006

College voor Zorgverzekeringen: *Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ / juli 2006 – juli 2007*, CVZ, Diemen, oktober 2007

College voor Zorgverzekeringen: *GGZ-Kompas*

Commissie Arbeidsparticipatie (Bakker) *Naar een toekomst die werkt*, Den Haag, 2008.

CWI (2008) *Arbeidsmarktprognose 2008-2013*, Amsterdam.

Derks, W, P. Hovens en L.E.M. Klinkers (2006) *Structurele bevolkingsdaling RVW VROMRaad*, Den Haag

*Gemeenten tegen AWBZ-plan Bussemaker*, Zorgvisie, 10 oktober 2008

Goris, A., H. Mutsaers. *Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden*. STG/Health Management Forum. Leiden, 2008

GGZ Nederland 2008a. DBC-gids startsein voor inkoop GGZ binnen de Zorgverzekeringswet (persbericht)

GGZ Nederland 2008b. Wachttijden in GGZ-instellingen (persbericht)

GGZ Nederland 2008c. SER-advies biedt perspectief voor de chronische ggz-patiënt (persbericht)

HHM: *Handreiking formatieplanning – versie 1.0*, HHM, Enschede, april 2008

Hoek, F. Muller, M. Windt, van der W. Ribbe, M. & Vleuten van der C. 'Werkzaamheden van verpleeghuisartsen buiten het verpleeghuis'. Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde Vol 31. no1/2006.

Ilsenbrand, P. en Dun, Z. van. *Zelf bouwen aan je loopbaan! (Inter)sectoraal loopbaanmanagement in de praktijk*. CINOP, 2005

Inspectie voor de gezondheidszorg: *Staat van de gezondheidszorg 2007 - Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, 2007

Jong, C. de, G. Kunst. *Onderzoek stand van zaken en ontwikkeling van domotica in de zorg*. Shared Values, IJsselstein, 2005

Kenniscentrum Handel. *Het kiezen van een mbo opleiding. Invloedsfactoren bij het keuzeprocess van VMBO-leerlingen*. Kenniscentrum Handel, 2004

Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing. *Een zorg minder en minder zorg. Technologie om zelfzorg en mantelzorg te stimuleren en ondersteunen*. KITZ, 2005

Langendonck, L., K. Kruijtzter, E. Klomps. *Landelijke BeroepsKeuzeMonitor 2008 t.b.v. Zorg*. Blauw Research, 2008

Leeuw, J. van der. *Functionele programma van eisen. Domotica voor kleinschalig wonen voor dementerenden*. NIZW, Utrecht, 2004

Lub, V., A. Sprinkhuizen: *Werk in uitvoering – Verslaglegging Wmo-monitor MOVISIE 2007*.

Mandour, Y *Rapportage arbeidsmarktproblematiek ActiZ 2008* ICSB Marketing en Strategie 2008. Movisie, Utrecht, april 2008

Ministerie van Economische zaken. *Onderzoek Marktwerkingsbeleid*. Ministerie van Economische Zaken, Den Haag, februari 2008

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Brief "PGB in perspectief"*, Den Haag, 9 november 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Brief "Tussenrapportage Wet maatschappelijke ondersteuning"*, Den Haag, 15 februari 2008

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Brief "Capaciteitsplan 2008"*, Den Haag, april 2008.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Beleidsvoornemens GGZ in de Zw 2009*, brief van de minister, juli 2008

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Herallocatie bij invoering zorgzwaarte-bekostiging*, Den Haag, 5 augustus 2008

Mutsaers, H. *Hoe denkt de gezondheidszorg over arbeidsbesparende technologie*. STG/Health Management Forum, Leiden, 2008

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. NVZ Nieuws, 3 april 2008.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. NVZ Nieuws, 17 april 2008.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. NVZ Nieuws, 24 april 2008.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment*. NZa, Utrecht, 2008

Nienoord-Buré, C.D., W van der Windt. *Afstemming van BPV-plaatsen. Onderzoek naar vraag en aanbod van BPV-plaatsen in de zorg*. Prismant, Utrecht, 2008 (in voorbereiding).

Nouws, H., L. Sanders, J. Heuvelink. *Domotica voor dementerenden. De eerste ervaringen in het Leo Polakhuis te Amsterdam en het Molenkwartier te Maassluis*. De Vijfde Dimensie, Amersfoort, 2006

OSA *Trendrapport Aanbod van arbeid 2005* Tilburg 2006.

OSA *Trendrapport Aanbod van arbeid 2007* Tilburg 2008.

Peters, F., E. Keppels, H. Schuit, K. Kauffman: *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants*, Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, Nijmegen, juni 2008



Piersma, J. *Groei zorg Nederlandse ziekenhuizen neemt af*. In: Het Financieele Dagblad, 21 april 2008

Pool, J. *Leeftijdsontwikkelingen en leeftijdsbewust personeelsbeleid: uitdagingen voor de zorg*. In: Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg. Deel 2; Ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid van personeel. Bohn Stafleu Vn Loghum, 1999.

PWC *Continue benchmark Actiz Utrecht* 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *E-health in zicht*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 2006.

Raad voor Werk en Inkomen. *'Voor de keuze'*. Voorstellen voor een betere studie- en beroepskeuzebegeleiding. RWI, Den Haag, 2008

Regiegroep Grijs Werkt, *Zeg eens B, Eindrapportage* 2008.

*RegioMarge 2004 De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2004-2008* Prismant Utrecht 2004.

*RegioMarge 2006 De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2006-2010* Prismant Utrecht 2006.

*RegioMarge 2008 De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012* Prismant Utrecht 2008.

Regioplan. *Effecten van marktwerking op arbeidsvoorwaarden in twaalf sectoren*, Amsterdam, 2008

*Resultaten van de Werkgeversenquête Zorg en WJK*, najaar 2007, Prismant

Rijser, E. *Kijkbuis biedt uitzicht. Telecombranche werkt aan simpele technische oplossingen voor arbeidstekort in de ouderenzorg*. In: Health Management Forum, 2007, nr. 4

RIVM *Zorgen voor gezondheid Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*, Bilthoven 2006.

RIVM *Pilotstudie arbeidsinzet in de zorg* Bilthoven 2008.

ROA, *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2012*. ROA-R-2007/4

Rosier, J. *Zelf de deur opendoen*. In: ICTZorg, 2007, nr. 6

Sectorfondsen Zorg en Welzijn. *De aantrekkingskracht van de gehandicaptenzorg*. Sectorfondsen

Zorg en Welzijn, Utrecht, 2003

SCP *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015* Den Haag 2007.

SCP *Blijvend in balans Een toekomstverkenning van de vrijwillige zorg* Den Haag 2007.

SCP *De ontwikkeling van de AWBZ uitgaven*, Den Haag 2008.

SIGRA. *Domotica Oplossing voor de toekomst! Eindrapportage Pilotproject Zorgcontact Amsterdam*. SIGRA, Amsterdam, 2005

SiRM. *Ziekenhuizen 2007. Analyse van de jaarverslagen van Nederlandse ziekenhuizen over 2007*. SiRM. Rotterdam, 2008

Sociaal Economische Raad: *Ontwerpadvies Toekomst AWBZ*, SER, Den Haag, 27 maart 2008

Stoffelsen, J.M. en Diehl, P.J. *Handboek levensfasebewust personeelsbeleid*. Kluwer, 2007.

*Subsidieregeling personele gevolgen Wmo*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 27 juli 2007

Taskforce Bestrijding Wachtlijsten Buitenschoolse opvang *Groei stuipen!* Utrecht 2007

*Thuiszorg stopt met huishoudelijke hulp*, Zorgvisie, 15 oktober 2008

*Uitvoering motie Smilde c.s.*, Kamerstuk 30300 XVI, nr. 42, 12 juni 2008

Velde, F. van der, R.C.K.H. Smeets, G. van Essen: *De Wet maatschappelijke ondersteuning en de arbeidsmarkt van de thuiszorg*, Stichting FAOT, den Haag, mei 2007

Velde, F. van der. *Aansluiting van het beroepsonderwijs op de arbeidsmarkt*. Prismant, Utrecht, 2008 (in voorbereiding).

Vilans. *Aanzet voor een functioneel programma van eisen voor domotica voor thuiswonende mensen met dementie*. Vilans, Utrecht, 2007

Vlaskamp, F., G. Cremers, Ch. Willems. *Zorgarrangementen voor specifieke cliëntgroepen in de thuiszorg*. iRv, Hoensbroek, 2004

Vrieling, S. en Hogeling, L. *Levensfasegericht personeelsbeleid vanuit werknemers- en werkgeversperspectief*. SBO, 2008

Vrieling, S. en Hogeling, L. *Tevreden blijven werken in het onderwijs'* SBO, 2008

VWS. *Arbeidsmarktbrief 2007. Werken aan de zorg*. VWS, Den Haag, 2007

V&VN. Nieuwsbericht *Pas takenpakket oudere zorgverleners aan*. [www.venvn.nl/actueel/](http://www.venvn.nl/actueel/) 11 maart 2008

V&VN/Nivel/LEV. *Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige*. Factsheet Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden, april 2007.

Weijers, T., M. van den Haak. *Potentiële gebruikers staan niet te juichen*. In: ICTZorg, 2007, nr. 6

Wiegers, T en B. Janssen *Monitor Kraamzorg* Utrecht 2008.

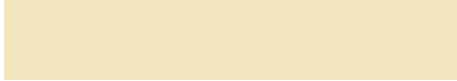
Willems, Ch. G. *De toepassing van domotica in de zorg anno 2007. Hoe de kansen en mogelijkheden te benutten?* iRv, Hoensbroek, 2007

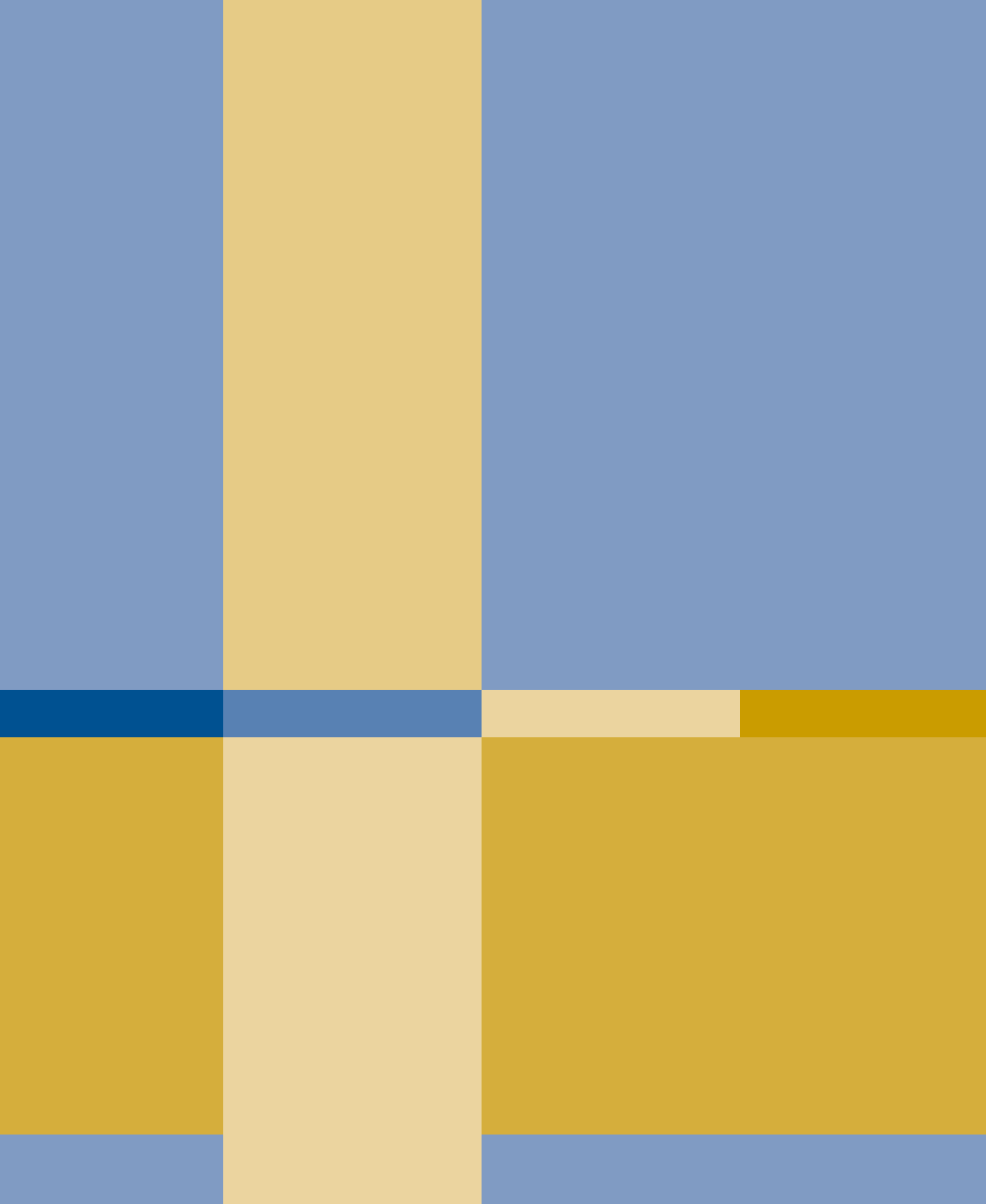
Willems, Ch., C. Schutgens-Willems. *Toepassing domotica. Ondersteuning bij het wonen voor de doelgroep lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten anno 2007*. iRv/Vilans, Hoensbroek/Utrecht, 2007

Windt, W. van der, R.C.K.H. Smeets, E. J. E. Arnold. *RegioMarge 2008. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012*. Prismant, Utrecht, 2008

Zwart, B.C.H. de en Heijdel, W.M. *Vroegtijdig uittreden of door tot 65 in het onderwijs? Verdiepend onderzoek in het kader van de monitor Arbeid, Zorg en Levensloop in het onderwijs 2005*. AStri, Leiden, 2006.







**Prismant**

