

Monitor Investerings VV(T) 2011-2015

Nulmeting 31 december 2011

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

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond monitor	7
1.2 Begrippenkader monitor	7
1.3 Onderzoeksvragen monitor	9
1.4 Leeswijzer	9
2 Aantal direct-cliëntgebonden medewerkers VVT	11
2.1 Overzicht van resultaten	11
2.2 Aantal zorgmedewerkers in loondienst in de VVT	11
2.3 Aantal zorgmedewerkers niet in loondienst	13
3 Aantal opleidingstrajecten voor zorgmedewerkers	15
3.1 Overzicht van resultaten	15
3.2 Door OCW bekostigde (initiële) opleidingen	16
3.3 Niet door OCW bekostigde opleidingen, cursussen en trainingen	17
4 Resultaten van de casestudies	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Kern van beleid, beleidsplannen en organisatie per VVT-instelling	19
4.3 Vergelijking per thema	22
5 Samenvatting	29
Bijlagen	
I Gehanteerde afkortingen	31
II Leden begeleidingscommissie	33
III Tekst convenant	35
IV Achtergrondtabellen en uitgebreide aanpak berekening aantal zorgmedewerkers	45
V Verantwoording werknemersenquête	51

Voorwoord

Voor u ligt de nulmeting van de monitor van de inzet van investeringen in de verplegings- en verzorgingshuizen en de thuiszorg (VVT). De monitor wordt uitgevoerd gedurende de looptijd van de inzet van de middelen en de periode daarna (1 januari 2012-1 mei 2015). Doel is het volgen van de ontwikkeling van het (extra) aantal zorgmedewerkers en overige investeringen in de kwaliteit van het primaire zorgproces in de VVT.

Aan de totstandkoming van de monitor droeg een groot aantal onderzoekers van Panteia en SEOR bij. Het onderzoek werd begeleid door Peter Kruihof, Aloys Kersten en Leon van Berkel van het Ministerie van VWS, opdrachtgever van de monitor. Daarnaast was een begeleidingscommissie samengesteld, bestaande uit Paul de Jonge (Actiz), Diana van Langerak en Sabrina Weij (BTN), Hein Mannearts (CPB), Christina Woudhuizen (V&VN) en Angela Bransen (Zorgverzekeraars Nederland). Het onderzoeksteam wil graag zijn waardering uitspreken voor de deskundige begeleiding en de prettige, open werksfeer.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar Tonny van Hensbergen (Federatie opvang), Henk Meppelink en Jeannette Daggelder (GGZ Nederland) en Aart Bertijn en Bianca Roos (VGN). Voordat het convenant werd opgezegd, maakten zij deel uit van de begeleidingscommissie en hebben ook zij bijgedragen aan het onderzoek.

In het kader van de monitor is uitgebreid gesproken met elf instellingen in de VVT. Acht daarvan (die in de V&V) zijn geanonimiseerd opgenomen in dit rapport. Voor het opzeggen van het convenant door VWS was al gesproken met instellingen in de GGZ en in de gehandicaptenzorg. Al deze instellingen willen we zeer hartelijk danken voor hun openheid en de inbreng van hun kennis en ervaringen. Tot slot willen we ook PGGM bedanken, vooral in de persoon van Henk Pouw, voor de snelle levering van gegevens en het meedenken over het gebruik ervan.

Rest mij u veel leesplezier toe te wensen.

Paul Vroonhof

Programmamanager Onderzoeksprogramma AZW namens Panteia

1 Inleiding

1.1 Achtergrond monitor

In september 2011 is het convenant 'Investerings Intramurale Langdurige Zorg 2012-2015' door alle betrokken partijen ondertekend. In het convenant is onder andere geregeld dat vanaf 1 januari 2012 extra financiële middelen beschikbaar worden gesteld voor intramurale cliënten. De extra middelen kunnen ingezet worden voor het opleiden en werven van (extra) personeel. Op basis van door zorginstellingen in te dienen plannen voor de besteding van de middelen kan het zorgkantoor de ZZP-tarieven met maximaal 4,8 procent verhogen voor de betreffende instellingen.

Vanwege de financiële en economische crisis en de daaruit volgende noodzaak voor de overheid om krachtig te bezuinigen, is door de politiek (kabinet en Tweede Kamer) besloten de beschikbare middelen vanaf 1 januari 2013 te beperken. Alleen voor de VVT wordt de investering in 2013 en verder voortgezet. Daarmee is de reikwijdte van de monitor ook beperkt tot de VVT. Hoewel het convenant door het ministerie van VWS is opgezegd, ook voor de VVT, wil dat niet zeggen dat de afspraken om te investeren in het opleiden en werven van (extra) personeel voor de VVT van tafel zijn. Deze blijven gewoon van kracht. Wel wordt de mogelijkheid geboden om op termijn de extra middelen extramuraal in te zetten. Vandaar dat de monitor zowel betrekking heeft op de intramurale VVT als de extramurale VVT.

In het convenant is afgesproken dat de monitor ondergebracht wordt bij het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW). Het ministerie van VWS heeft dan ook aan het consortium dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het onderzoeksprogramma AZW gevraagd om de uitvoering van het convenant Investerings Langdurige Zorg te monitoren. Primair doel van de monitor is het voor een bepaalde periode (1 januari 2012-1 mei 2015) volgen van de ontwikkeling in het (extra) aantal zorgmedewerkers en overige investeringen om de kwaliteit van de zorg in de VVT te verbeteren. Daarbij gaat het zowel om kwantitatieve aspecten (totale aantallen) als kwalitatieve aspecten (functieniveau).

Naast de voorliggende nulmeting (per 31 december 2011) vinden drie vervolgmetingen plaats (31 december 2012, 31 december 2013 en 31 december 2014). Per meting wordt een beknopte rapportage opgeleverd met de belangrijkste bevindingen plus een bijlage met meer uitgewerkte tabellen. Het ministerie van VWS kan deze rapportages gebruiken als input voor de informatievoorziening over de bereikte doelen van de investeringen in de VVT.

1.2 Begrippenkader monitor

Om de doelstelling van de monitor te kunnen uitwerken in heldere onderzoeksvragen is het nodig enkele begrippen nader in te kaderen of te duiden.

Medewerkers

Onder medewerkers vallen alle arbeidskrachten vanaf 0 uren. Daarbij zijn specifiek het vermelden waard:

- Verschillende vormen van arbeidsrelaties die meetellen: in loondienst, zzp'er, 0-urencontractant die uren maakt, uitzendkracht, payroller, gedetacheerde en overig in opleiding;
- Waarbij 'in opleiding' niet alleen BBL en duaal HBO omvat (in loondienst), maar ook BOL-stages (niet in loondienst). In 2015 is een deel van de extra zorgmedewerkers mogelijk nog in opleiding.

Zorgmedewerkers

Zorgmedewerkers worden nader gedefinieerd als direct-cliëntgebonden medewerkers. Het gaat om VOV-medewerkers¹ en overige direct-cliëntgebonden medewerkers die betrokken zijn in het primaire zorgproces.

Scholing

Bij het meten van het aantal bestaande of nieuwe medewerkers dat scholing ontvangt, worden meegenomen:

- door OCW bekostigde (initiële) opleidingen;
- niet door OCW bekostigde (initiële) opleidingen;
- opleidingen ter bevordering van de beroepsgerichte competenties.

Daarbij past de kanttekening dat aan de kostenkant van de scholing ook indirecte kosten zoals begeleidingskosten en de salariskosten van leerlingen relevant zijn. Deze bestedingen hebben immers tot doel extra mensen (leerlingen) aan te nemen.

Extra

Bij 'extra' medewerkers gaat het er niet om simpelweg te tellen wat het verschil is tussen het aantal personeelsleden op verschillende meetmomenten - hetzij in personen of in voltijdequivalenten (fte's). De volgende elementen spelen hierbij een rol:

- Het is zaak om 'extra' te verrekenen met de autonome groei en de groei of afname van de werkgelegenheid als gevolg van huidige en toekomstige maatregelen buiten de werkingssfeer van de investeringen 2011-2015, zoals bijvoorbeeld tariefontwikkelingen en beleid ten aanzien van de lagere ZZP's.
- Naast nieuwe medewerkers vormt ook uitbreiding van contracturen/gewerkte uren een onderdeel van 'extra'.

Voor wat betreft de 'extra' investeringen in scholing geldt dat net als bij de 'extra' zorgmedewerkers de deelname aan scholing afgezet wordt tegen de situatie zonder de investering in de VVT, dus 31 december 2011.

¹ Onder VOV-medewerkers vallen verplegend personeel, opvoedkundig personeel (tegenwoordig aangeduid als sociaal agogisch personeel) en verzorgend personeel. Het kwalificatieniveau van VOV-personeel varieert van VMBO/MBO 1 (niveau 1) tot en met HBO (niveau 5).

1.3 Onderzoeksvragen monitor

De doelstelling van de monitor is te vertalen in de volgende concrete onderzoeksvragen. Waar mogelijk wordt onderscheid gemaakt tussen intramuraal en extramuraal.

Voor de nulmeting:

- 1 Hoeveel zorgmedewerkers (in personen en fte's) zijn er in de VVT aan het begin van de inzet van de extra middelen (31 december 2011, nulmeting) per onderscheiden functieniveau?¹
- 2 In welke mate wordt geïnvesteerd in scholing voor bestaand en nieuw personeel?

En voor de vervolgmetingen:

- 3 Hoeveel (extra) zorgmedewerkers (in personen en fte's) zijn er in de VVT na één, twee en drie jaar na het beschikbaar komen van de extra middelen (31 december 2012, 31 december 2013 en 31 december 2014)? Hierbij gelden dezelfde differentiaties als bij vraag 1.
- 4 Welk deel van de extra zorgmedewerkers in de VVT na één, twee en drie jaar na het beschikbaar komen van de extra middelen is het gevolg van die extra middelen?
- 5 In welke mate wordt extra geïnvesteerd in scholing voor zittend en toekomstig personeel?
- 6 In hoeverre worden met deze resultaten de (tussen)doelen van de inzet van de extra middelen bereikt?

Dit rapport omvat de nulmeting, waarbij de eerste twee onderzoeksvragen centraal staan.

1.4 Leeswijzer

Voor deze monitor moet een nulmeting worden uitgevoerd die de stand van zaken per eind 2011 in beeld brengt. Het is belangrijk op te merken dat deze nulmeting een voorlopig karakter heeft vanwege het gebruik van schattingen. Deze worden op termijn deels vervangen door realisatiecijfers.

Daarbij past de volgende kanttekening. Het uiteindelijke doel van de monitor is om te bepalen of het doel van de investering in de VVT wordt behaald. Het is daarom belangrijker om de ontwikkelingen van bijvoorbeeld de werkgelegenheid over de tijd goed in beeld te krijgen, dan om het exacte niveau van de werkgelegenheid op enig moment te bepalen. Dit betekent dat een consistente gegevensreeks, ofwel de vergelijkbaarheid van de jaarmetingen prioriteit heeft.

Het gaat bij de nulmeting in eerste instantie om cijfermatige gegevens:

- Aantal zorgmedewerkers in de VVT. Dit aspect komt aan bod in hoofdstuk 2.
- Omvang investeringen in scholing. Dit aspect wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3.

¹ Hoewel strikt genomen niet relevant voor het monitoren van de investering in de VVT, wordt daarbij op verzoek van de opdrachtgever gedifferentieerd naar beroepsgroep, arbeidsrelatie en opleidingssituatie.

Beide hoofdstukken beginnen met een overzicht van de onderzoeksresultaten. Voor beide aspecten geldt dat er geen registratiebestand bestaat dat alle benodigde informatie bevat. In het vervolg van ieder hoofdstuk worden de resultaten daarom op basis van de gehanteerde methode uitgewerkt in deelaspecten.

Voor een groot deel van de deelaspecten bestaan (nog) geen registratiegegevens of andere statistisch betrouwbare data. In die gevallen is een schatting opgesteld. Per deelaspect is achtereenvolgens aandacht voor de gehanteerde aanpak, de daarbij gehanteerde aannames en de invloed daarvan op de (deel)resultaten.

Het is goed om naast de cijfers ook te beschikken over een beeld van wat de achtergrond is van de cijfermatige ontwikkelingen. Hoofdstuk 4 doet daarom verslag van een aantal casestudies die in het kader van de nulmeting zijn uitgevoerd.

In hoofdstuk 5 zijn de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek samengevat weergegeven.

Er is ter wille van de leesbaarheid voor gekozen om alleen de meest relevante aspecten van het onderzoek op te nemen in de hoofdtekst van het rapport. Het rapport kent dan ook een aantal, deels omvangrijke, bijlagen:

Bijlage I	Gehanteerde afkortingen
Bijlage II	Leden begeleidingscommissie
Bijlage III	Tekst convenant
Bijlage IV	Achtergrondtabellen en uitgebreide aanpak berekening aantal zorgmedewerkers
Bijlage V	Verantwoording werknemersenquête

2 Aantal direct-cliëntgebonden medewerkers VVT

2.1 Overzicht van resultaten

Instellingen die extra middelen ontvangen, kunnen die inzetten voor het aannemen, opleiden of inhuren van (extra) medewerkers. Om na te gaan in welke mate extra zorgmedewerkers aangesteld worden, is het van belang om een startwaarde te bepalen in deze nulmeting. Het gaat om de uitgangssituatie op 31 december 2011. De volgende tabel vat de geschatte startwaarden samen.

Tabel 1 Aantal zorgmedewerkers in de VVT naar contractvorm per 31 december 2011 (x 1.000)

	Zorgmedewerkers in loondienst		Zorgmedewerkers in loondienst		Uitzend en overige inhuur	Inhuur specialisten	Totaal
	intramuraal		extramuraal				
	Aantal	Fte	Aantal	Fte	Fte	Fte	Fte
Totaal VVT	200,0	124,4	151,7	82,5	14,0	0,7	221,6

Bron: CBS, PGGM, werknemersenquête 2012.

De nulmeting is uitgevoerd op basis van een combinatie van diverse bestanden. Daarbij is onderscheid gemaakt naar medewerkers in loondienst (paragraaf 2.2) en medewerkers niet in loondienst (paragraaf 2.3).

2.2 Aantal zorgmedewerkers in loondienst in de VVT

2.2.1 Gehanteerde aanpak

Er is geen registratiebestand waarin het aantal zorgmedewerkers in loondienst in de VVT per eind 2011 direct is af te leiden. Er moet dus een schatting gemaakt worden op basis van andere bronnen en aannames (zie 2.2.2). De gehanteerde aanpak valt uiteen in de volgende onderdelen:

- Eerst wordt in het SSB-Banenbestand van het CBS het aantal medewerkers in loondienst (gemeten in personen) in de VVT bepaald voor 2009, het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn.
- Vervolgens worden deze cijfers op basis van standcijfers van PGGM op de peildata 31 december 2009 en 2011 geëxtrapoleerd naar de stand op 31 december 2011.
- Voor het onderscheid tussen intra- en extramurale medewerkers en de verdeling tussen zorgmedewerkers en overige medewerkers in loondienst wordt gebruikgemaakt van gegevens uit de specifiek voor deze nulmeting gehouden werknemersenquête 2012.

Meer over deze aanpak en uitwerking hiervan is te vinden in Bijlage IV.

2.2.2 Aannames en consequenties daarvan

De hierboven beschreven aanpak stoelt op een aantal aannames. Deze aannames en de consequenties daarvan komen hieronder aan de orde. Zoals blijkt worden de meeste aannames ondersteund door andere cijfers. De onderzoekers beoorde-

len de schatting dan ook als betrouwbaar, zeker waar het in toekomstige metingen toch vooral gaat om ontwikkelingen. Voor een betrouwbaar beeld van de ontwikkelingen is het vooral van belang dat jaarlijks dezelfde methode gebruikt wordt.

- De branche-indeling in het banenbestand van het CBS wordt bepaald op basis van de hoofdactiviteit van de instelling, terwijl instellingen vaak meer activiteiten naast elkaar uitvoeren. Binnen AZW is hier een correctiemethodiek voor ontwikkeld die op de cijfers is toegepast, maar die vangt niet alle problemen op. De consequentie hiervan is dat de werkgelegenheid van zorgmedewerkers in loondienst naar branche niet exact is vast te stellen.
- De meest recente baangegevens van het CBS dateren van 2009. Deze gegevens zijn geëxtrapoleerd op basis van gegevens van PGGM. De aanname is dus dat de gegevens van PGGM de ontwikkelingen van de werkgelegenheid goed weergeven. De cijfers van PGGM laten globaal hetzelfde beeld zien als de gegevens uit de loonkostengegevens (LKG) en de arbeidsmarktprognoses die in het kader van het onderzoeksprogramma AZW zijn gemaakt.
- De samenstelling van de werkgelegenheid naar functies is afgeleid uit de werknemersenquête. Omdat het om een enquête gaat, is er sprake van steekproef-onzekerheid. De verdeling zorgmedewerkers in loondienst versus overige medewerkers in loondienst op basis van de werknemersenquête komt overeen met die van de zorgrekeningen van het CBS (gebaseerd op DigiMV).
- De scheidslijn tussen zorgmedewerkers en overige medewerkers is niet altijd even duidelijk. Zo kan bijvoorbeeld schoonmaak in sommige gevallen direct-cliëntgebonden zijn en in andere gevallen weer niet. In de monitor worden deze en vergelijkbare groepen niet tot de zorgmedewerkers gerekend.
- De extra middelen zijn met ingang van 1 januari 2012 beschikbaar gesteld. Het is echter mogelijk dat instellingen anticiperen en al eerder beleid in gang hebben gezet. De casestudies wijzen erop dat dat hooguit in zeer beperkte mate het geval is. Voor de nulmeting geldt de aanname dat de stand op 31 december hierdoor niet wordt beïnvloed.

2.2.3 Resultaten schatting

In tabel 2 zijn de uitkomsten gepresenteerd van de bepaling van de werkgelegenheid van zorgmedewerkers in loondienst (per branche). Opvallend is dat ook in de thuiszorg een (klein) deel van de zorgwerknemers intramuraal werkt. Aangezien het gaat om de perceptie van de werknemer zouden aanleunwoningen daar een rol bij kunnen spelen.

Tabel 2 Aantal zorgmedewerkers in loondienst in de VVT naar intra- en extramuraal per 31 december 2011 (x 1.000)

	<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>		<i>Totaal</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>
VV	186,1	117,0	11,4	7,4	197,4	124,4
T	13,9	7,4	140,3	75,0	154,2	82,5
Totaal VVT	200,0	124,4	151,7	82,5	351,6	206,9

Bron: CBS, PGGM, werknemersenquête 2012.

In bijlage IV is een nadere uitsplitsing te vinden naar functieniveau.

2.3 Aantal zorgmedewerkers niet in loondienst

2.3.1 Gehanteerde aanpak

Naast zorgmedewerkers in loondienst zijn er ook personen werkzaam in de VVT onder een andere contractvorm. Het bepalen van het aantal zorgmedewerkers niet in loondienst is lastig, omdat er relatief (ten opzichte van zorgmedewerkers in loondienst) weinig gegevens bekend zijn. Uit het onderzoek naar een optimale dataset voor het Onderzoeksprogramma AZW¹ is geconcludeerd dat DigiMV nog de beste mogelijkheden biedt.

Voor dit onderzoek is daarom DigiMV gebruikt om het aantal zorgmedewerkers niet in loondienst vast te stellen. Meer over deze aanpak en uitwerking hiervan is te vinden in Bijlage IV.

2.3.2 Aannames en consequenties daarvan

Er is gebruikgemaakt van de gegevens zoals vastgelegd in DigiMV. De informatie in DigiMV verschilt tussen de verschillende jaren. In de meest recent beschikbare gegevens (2010) wordt de omvang van het 'personeelsbestand' dat niet in loondienst is niet meer vastgelegd naar aantal en fte. Wel worden de kosten van deze vormen van arbeid uitgevraagd. Deze kosten zijn onder een aantal veronderstellingen omgerekend naar fte. De gepresenteerde uitkomsten zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten per fte in 2008, waarbij is gecorrigeerd voor inflatie voor de berekening van 2010. Voor de extrapolatie van 2010 naar 2011 is ook gecorrigeerd aan de hand van de inflatie. DigiMV maakt geen onderscheid tussen verpleeg- en verzorgingshuizen (VV) enerzijds en de thuiszorg (T) anderzijds. Verder zijn er geen betrouwbare gegevens voor een nadere uitsplitsing naar intra- en extramuraal.

2.3.3 Resultaten van de schatting

In de onderstaande tabel worden gegevens over arbeidscontracten anders dan loondienst gepresenteerd. Bij de uitzendkrachten en inhuur VOV gaat het in het bijzonder om de uitzendkrachten en overige inhuur van VOV-personeel. Bij de post 'inhuur specialisten' gaat het om de zelfstandige beroepsbeoefenaren en de inhuur van specialisten die elders in loondienst zijn.

Tabel 3 Aantal zorgmedewerkers niet in loondienst per 31 december 2011 (x 1.000)

	<i>Uitzend en overige inhuur</i>	<i>Inhuur specialisten</i>	<i>Totaal</i>
	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>
Totaal (VVT)	14,0	0,7	14,7

Bron: DigiMV, bewerking Panteia.

¹ Zie desgewenst www.AZWinfo.nl.

3 Aantal opleidingstrajecten voor zorgmedewerkers

3.1 Overzicht van resultaten

Instellingen die extra middelen ontvangen, kunnen die ook inzetten voor het (extra) opleiden van medewerkers. Het kan hierbij gaan om zowel nieuwe als zittende medewerkers. In de zorg komen, net als in andere sectoren, verschillende vormen van opleiden voor:

- door OCW bekostigd onderwijs: BOL/BBL (MBO) en dual/regulier HBO;
- opleidingen niet-bekostigd onderwijs (waaronder bedrijfsopleidingen VVT, functieopleidingen die door de instellingen zelf worden bekostigd);
- tot slot is in alle branches sprake van kwaliteitsverhogende trainingen, die al dan niet leiden tot erkende kwalificaties of competenties.

De volgende tabel bevat de gerealiseerde stageplaatsen voor zover het door OCW bekostigde opleidingen betreft.

Tabel 4 Aantal lopende, door OCW bekostigde opleidingstrajecten MBO en HBO in de VVT naar intra- en extramuraal, studiejaar 2010-2011 (x 1.000)

	<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>
MBO-bol	22,7	6,5	2,3	0,7
MBO-bbl	19,0	11,0	6,2	3,1
HBO-regulier	3,0	0,7	0,8	0,3
HBO-duaal	0,1	0,0	0,0	0,0
Totaal	44,8	18,3	9,4	4,1

Bron: Stagefonds VWS.

Instellingen die de extra middelen (deels) besteden aan opleiden verhogen daarmee direct het aantal deelnemers aan BBL en dual HBO. Op de deelname aan BOL en reguliere (niet-duale) HBO-opleidingen hebben de instellingen geen directe invloed. Wel hebben ze daarop indirect invloed: door het aanbieden van stageplaatsen voor BOL en niet-duale opleidingen kan het ook mogelijk worden meer leerlingen op te leiden. Bovendien wordt ook door middel van branche-, regio en instellingscampagnes, overleg met scholen, etc. indirect invloed uitgeoefend.

Naast de door OCW bekostigde opleidingen vinden er anders gefinancierde opleidingen en trainingen plaats. Het is (nog) niet gelukt om eenduidig af te leiden hoeveel functieopleidingen, niet door OCW bekostigde opleidingen die leiden tot erkende kwalificaties of competenties, er gevolgd zijn. Uit de werknemersenquête 2012 blijkt dat driekwart van de zorgmedewerkers in loondienst (74%) minstens één training/cursus heeft gevolgd, waarbij veel op zorgtaken gerichte trainingen en/of communicatietrainingen- of cursussen.

3.2 Door OCW bekostigde (initiële) opleidingen

3.2.1 Gehanteerde aanpak

Net als voor de nulmeting van het aantal zorgmedewerkers is het voor de nulmeting van de opleidingsinspanningen noodzakelijk om de VVT te onderscheiden van overige vormen van zorg. Ook is het wenselijk onderscheid te maken tussen zorgmedewerkers en overige medewerkers. Dit betekent dat ook de opleidingsinspanningen op dit niveau moeten worden gemeten.

De gegevens over door OCW bekostigde opleidingen zijn afkomstig van het stagefonds van het Ministerie van VWS. Het Stagefonds VWS draagt bij in de kosten van stageplaatsen voor leerlingen die een verpleegkundige, verzorgende of sociaal-agogische opleiding volgen.

3.2.2 Aannames en consequenties daarvan

De branche waarin de stages worden gelopen, wordt op het niveau van het leerbedrijf vastgelegd. Aangenomen wordt dat stages in de verpleeg- en verzorgingshuizen intramuraal zijn en dat stages in de thuiszorg extramuraal zijn. De verdeling tussen verpleeg- en verzorgingshuizen is daarmee ook de verdeling tussen intra- en extramuraal.

3.2.3 Resultaten

In tabel 5 is het aantal stage- en BBL-plaatsen in het schooljaar 2010-2011 (nulmeting) en het schooljaar 2011-2012 (eenmeting) weergegeven.

Tabel 5 Aantal gerealiseerde stageplaatsen BOL- en BBL-plaatsen in de VVT naar intra- en extramuraal, 2010-2011 en 2011-2012 (x 1.000)

	<i>Schooljaar 2010-2011</i>				<i>Schooljaar 2011-2012</i>			
	<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>		<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>
MBO-bol	22,7	6,5	2,3	0,7	24,2	7,0	2,6	0,7
MBO-bbl	19,0	11,0	6,2	3,1	19,5	11,8	7,2	3,7
Totaal	41,7	17,5	8,5	3,8	43,7	18,8	9,8	4,5

Bron: Stagefonds VWS.

Het aantal gerealiseerde stageplaatsen (in fte) in de intramurale zorg is in 2011-2012 met 7% toegenomen. Dit kan het gevolg zijn van de extra middelen. Het aantal stageplaatsen in de extramurale zorg stijgt echter nog sterker. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat instellingen inzetten op verdergaande extramuralisering, waardoor de autonome groei in de extramurale zorg groter is dan die in de intramurale zorg¹.

In tabel 6 is het aantal duale HBO-trajecten en het aantal stageplaatsen in het regulier HBO in het schooljaar 2010-2011 (nulmeting) en het schooljaar 2011-2012 (eenmeting) weergegeven.

¹ Zie ook Hoofdstuk 4 over extramuralisering bij instellingen.

Tabel 6 Aantal gerealiseerde stageplaatsen en duale plaatsen naar branche, 2010-2011 en 2011-2012

	<i>Schooljaar 2010-2011</i>				<i>Schooljaar 2011-2012</i>			
	<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>		<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>
HBO-regulier	3.015	747	801	268	3.765	990	896	291
HBO-duaal	68	24	16	6	81	38	23	12
Totaal	3.083	771	817	274	3.846	1.028	919	303

Bron: Stagefonds VWS.

Ook voor het HBO geldt dat het aantal gerealiseerde stageplaatsen in 2011-2012 is toegenomen. In tegenstelling tot het MBO is in het HBO de groei van het aantal stageplaatsen (in fte) in de intramurale zorg met ruim 30% groter dan die in de extramurale zorg.

3.3 Niet door OCW bekostigde opleidingen, cursussen en trainingen

3.3.1 Functieopleidingen

Het meten van het aantal gevolgde functieopleidingen is nog niet mogelijk gebleken. De vraagstelling in de werknemersenquête 2011 was niet zodanig dat deze opleiding te identificeren zijn tussen de overige antwoorden. Hoogstwaarschijnlijk maken deze opleidingen wel deel uit van de telling die in het vervolg van deze paragraaf aan bod komt. Er zijn geen andere bronnen voor deze data.

3.3.2 Trainingen ter bevordering van beroepscompetenties

Naast de door OC&W bekostigde opleidingen en de functieopleidingen vinden er anders gefinancierde opleidingen en trainingen plaats.

Driekwart van de zorgmedewerkers in loondienst¹ (74%) heeft in 2011 minstens één cursus gevolgd. Ze volgden voornamelijk op zorgtaken gerichte trainingen (36,4%) en/of communicatietrainingen of cursussen (25,9%), zie tabel 7. De zorgmedewerkers in loondienst die een cursus volgden, volgden meestal één (23,9%), twee (28,2%) of drie (18,8%) cursussen.

Vanuit de doelstellingen van de investering in de VVT bezien, zijn vooral de inhoudelijk zorggerichte opleidingen relevant. Wat niet wil zeggen dat andere trainingen niet kwaliteitsverhogend uitwerken. In de werknemersenquête 2011 zijn de trainingen alleen generiek uitgevraagd, waardoor een dergelijk onderscheid niet te maken valt.

¹ Het betreft alleen de verpleeg- en verzorgingshuizen; de thuiszorg kon niet meer goed ingewogen worden. Op basis van een mogelijke enquête in 2013 kan dat met terugwerkende kracht als nog gebeuren.

Tabel 7 Aandeel zorgmedewerkers in de verpleeg- en verzorgingshuizen dat een training gevolgd heeft in 2011 (in %)

<i>Cursus</i>	<i>Aandeel zorgmedewerkers</i>
Een op zorgtaken gerichte training of cursus	36,4%
Communicatietraining of -cursus	25,9%
Training of cursus gericht op het omgaan met agressie	16,1%
Training of cursus voor praktijkbegeleiders of leerlingbegeleiders	11,0%
ICT-cursus of -training	7,7%
Administratieve of financiële training of cursus	2,5%
Fabriekstraining op nieuwe apparatuur	0,9%
Organisatiegerichte training	6,2%
Andere op het werk gerichte training	21,5%

Verder is in 2011 2,3% van de zorgmedewerkers in loondienst begonnen met een EVC-traject (Erkenning Verworven Competenties).

4 Resultaten van de casestudies

4.1 Inleiding

In het kader van de Monitor Investerings VVT worden in de periode 2012-2015 instellingen in de verpleeg- en verzorgingshuizen¹ gevolgd in de vorm van case-studies. Doel van deze casestudies is een kwalitatieve inkleuring te geven aan de cijfermatige gegevens van de monitor. De casestudies bestaan elk uit vier gesprekken met de hoofdverantwoordelijke(n) voor het HR-beleid van de instelling (één per jaar: 2012, 2013, 2014, 2015).

Dit jaar hebben bij acht instellingen casestudies plaatsgevonden². Bij de selectie van de instellingen is gestreefd naar een evenwichtige verdeling naar omvang en regio. Dat maakt de resultaten weliswaar niet representatief voor alle VV-instellingen, maar verhoogt wel de kwaliteit/buikbaarheid van de onderzoeksresultaten.

In de eerste interviewronde (2012) stonden gevoerd beleid, beleidsplannen en de organisatie van (voorgenomen) activiteiten in het kader van de investeringen in de VVT centraal. In de volgende metingen zullen ook de ervaringen van de VV(T)-instellingen met (het proces van) de uitvoering van de plannen aan de orde komen.

Paragraaf 4.2 start met in tekstkaders de kern van beleid, beleidsplannen en organisatie van de acht VVT-instellingen (plus een negende praktijkvoorbeeld uit de literatuur). Daarna volgt in paragraaf 4.3 een vergelijking van de instellingen op enkele thema's. Omdat niet alle geïnterviewde instellingen herkenbaar in het rapport willen, worden de gegevens in deze twee paragrafen geanonimiseerd gepresenteerd.

4.2 Kern van beleid, beleidsplannen en organisatie per VVT-instelling

Instelling A (VVT, Noord-Nederland)

De instelling zet in op 'meer handen en hersens aan het bed'. In 2012-2015 start in het kader van het convenant elk jaar een groep van 20 BBL'ers. Verder wil men een team van 5 fte aan verpleegkundigen aannemen. Hoewel het accent duidelijk ligt op werving (en scholing) van nieuwe medewerkers vindt ook bij- en opscholing van zittend personeel plaats.

Bij de instelling is momenteel al bijna 90 procent van het zorgpersoneel op niveau 3. Met het oog op het kunnen sturen/borgen van de kwaliteit van de zorg spitst de werving (en scholing) van nieuwe medewerkers zich toe op dit niveau. Nieuwe medewerkers komen in loondienst; men werkt vrijwel niet met flexwerkers of zzp'ers.

¹ Voorlopig is, met het oog op de doorlooptijd van de monitor, alleen met instellingen in de verpleeg- en verzorgingshuizen gesproken. Op termijn zal dit waarschijnlijk worden aangevuld met thuiszorginstellingen.

² Naast de acht VVT-instellingen is in de eerste interviewronde gesproken met twee instellingen in de GGZ en twee instellingen in de gehandicaptenzorg. Beide branches vallen (na 2012) niet meer onder de werking van het convenant. Omdat uit de ervaringen van deze instellingen in de fase van beleidsontwikkeling ook lessen zijn te trekken, zijn de resultaten van deze interviews ook meegenomen in de analyse in dit hoofdstuk. Branchespecifieke aspecten zijn daarbij uiteraard buiten beschouwing gebleven.

In de plannen van de instelling wordt expliciet rekening gehouden met zelfredzaamheid van de cliënten; zelfregie maakt deel uit van de - door externen verzorgde - opleiding van nieuwe medewerkers.

De uitvoering van de plannen wordt nauwgezet gevolgd. Intern heeft halfjaarlijks een rapportage aan de Raad van Bestuur plaats. Gezien de korte lijnen binnen (de platte organisatie van) de instelling zal de Raad van Bestuur echter vrijwel continu op de hoogte zijn van ontwikkelingen en eventuele knelpunten in de uitvoering. Ook extern heeft monitoring plaats. Het zorgkantoor heeft aangegeven de voortgang/resultaten te zullen monitoren aan de hand van periodieke gesprekken met de instelling.

Instelling B (VVT, West Nederland)

De instelling heeft de keuze gemaakt voor extra handen aan het bed, op verschillend opleidingsniveau, en voor bijscholing van zittend personeel. Men richt zich naast kwantiteit ook op kwaliteit. Er zijn twee verpleegkundig specialisten aangenomen. Die doen de complexe taken, zodat de verzorgende meer tijd aan het bed kan besteden (kwaliteits- en efficiëncyslag in de bedrijfsvoering). Verder zijn er drie medewerkers welzijn en activiteiten bijgekomen. Dit verhoogt de kwaliteit van leven van de cliënten. Verder is de ambitie vier extra BBL-plekken voor verpleegkundigen te realiseren. De werving daarvan kost enige moeite. De scholing van zittend personeel bestaat uit de opleiding van persoonlijk begeleiders tot EVV'ers.

De voortgang van de uitvoering van het project staat als vast punt op de MT-agenda. Om de resultaten/effecten van het plan van aanpak te kunnen monitoren/evalueren, worden aan de periodieke cliënten- en medewerkersraadpleging extra vragen toegevoegd.

Instelling C (VVT Zuid-Nederland)

De plannen van deze instelling kennen drie hoofdlijnen: structureel extra leerlingen (van 45 naar 65), extra formatie/personeel (met name niveau 3, maar ook gastvrouwen en enkele verpleegkundig specialisten) en opleidingen voor zittend personeel (cliëntgerelateerde opleidingen). Ook is er ruimte voor het opplussen van deeltijdcontracten en is er beperkt ruimte voor aanvullende zaken, zoals een bijdrage in de extra wervingskosten HR en extra middelen voor geestelijke verzorging.

Bij de werving richt men het oog ook op het buitenland (België).

De instelling heeft een speciale managementtool ontwikkeld die een overzicht in drie stappen biedt: 1) Waar heeft een locatie recht op?; 2) Wat is er aan concrete zaken aangevraagd?; 3) Wat is er gehonoreerd?. De tool dient om te controleren of administratief alles klopt én om de voortgang te meten. Hij dient ook ter 'naming & shaming' (locaties die achterblijven, worden duidelijk).

Deze VVT-instelling in een grensgemeente is nog weinig actief op het gebied van thuiszorg, maar vindt dat in het kader van ketenzorg en verschuiving van het beleid richting extramuralisering steeds belangrijker. Mede daarom is (in 2014) een fusie gepland met een thuiszorgorganisatie.

Instelling D (VVT, West-Nederland)

De instelling zet in op een structurele verbetering van de dienstverlening (toekomstbestendige verhoging van de kwaliteit van de zorg) en zo snel mogelijke aanwending van de middelen. Elke regio heeft de beschikking gekregen over een deel van de convenantsmiddelen en daarvoor - met gebruikmaking van eigen kennis en ervaring - een plan opgesteld.

Er wordt in het kader van het convenant ingezet op werving (en scholing) van nieuwe medewerkers (BBL niveau 3) en parallel daaraan uitbreiding van de begeleidingscapaciteit. De instroom in de BBL is niet leeftijdsgebonden en bij de werving richt men zich expliciet ook op NUG'ers (i.s.m. een daarin gespecialiseerd gemeentelijk bureau). Ten behoeve van de werving (van BBL-ers) maakt men gebruik van een groot aantal kanalen naast elkaar.

Voor de opleiding van BBL'ers werkt men onder meer samen met een aan één van de ROC's in de regio gelieerde opleider, waar een zeer flexibele instroom mogelijk is. Mede daardoor kon al in februari 2012 een extra klas BBL niveau 3 van start gaan. Het accent van de plannen ligt hiernaast ook op deskundigheidsbevordering door bij- en opscholing.

De instelling heeft vooraf expliciet vastgesteld welke activiteiten onder het convenant vallen en welke tot de reguliere activiteiten moeten worden gerekend. Op die wijze denkt men de uitvoering en effecten van het convenant goed te kunnen monitoren en evalueren.

Instelling E (VVT, Oost-Nederland)

De instelling ziet de vergrijzing van haar personeelsbestand. Ook ziet men dat een kanteling van de zorg binnen de organisatie heeft geleid tot verzwaring van de zorg. De zorgvraag is nu vooral gericht op dementie en dit vraagt om deskundigheidsbevordering van medewerkers en het toekomstbestendig maken van de zorg. Ook zitten relatief veel zorgmedewerkers in niveau 3 en is meer diversiteit wenselijk.

Er wordt geïnvesteerd in het opscholen van een aantal zorgmedewerkers in loondienst, met als doel meer diversiteit te krijgen in de samenstelling van het personeelsbestand. Zo wordt een aantal zittende zorgmedewerkers in loondienst opgeschoold tot niveau 4 en 5.

De instelling investeert in het extra aantrekken van BBL-studenten. Voor het komende schooljaar is een klas ingericht van 15 leerlingen. Deze is nu al gevuld (mede door goede voorlichting op scholen, mond-op-mondreclame van eigen medewerkers en de inzet van social media (Twitter)). Om knelpunten verder op te lossen wordt ook breed ingezet op deskundigheidsbevordering. Hiervoor gaat de instelling verschillende trainingen aanbieden, waaronder een training gericht op kleinschalig wonen en een training gericht op domotica.

Instelling F (VVT West-Nederland)

Met de intensiveringsgelden worden 30 extra medewerkers aangetrokken (niveau 3, met name BBL maar ook BOL), interne medewerkers opgeschoold tot niveau 3 en zittend personeel bijgeschoold (zelfregie, BOPZ, medicatieveiligheid, EPD etc.). Ook is in het plan van aanpak sprake van activiteiten op het gebied van taakdifferentiatie.

Deze extra inzet als gevolg van het convenant past binnen de reeds uitgezette koers van een thuiszorgproject binnen dezelfde instelling in het kader van het programma In voor Zorg. Dit project wordt nu ook uitgevoerd in de verpleeg- en verzorgingshuizen. De instelling kiest daarbij voor meer zelfsturing en familieparticipatie. De instelling meet de voortgang van het project op een meer kwalitatieve manier (zelfbeeld managers, gesprekken met medewerkers, cliënten en stakeholders). Men merkt op dat het lastig is het netto-effect van de inzet van de middelen kwantitatief te meten.

Instelling G (VVT West-Nederland)

Het betreft een zorgcentrum met aanpalend een aantal aanleunwoningen en elders in de stad enkele woonzorgcomplexen. In aanvulling daarop biedt de instelling thuiszorg (VPT, volledig pakket thuis).

De convenantsgelden worden ingezet voor extra opleidingen voor verpleegkundigen, het opscholen van personeel (teamassistenten -> niveau 2, niveau 3 -> niveau 4 en niveau 4 -> niveau 5), het aantrekken van een hbo-praktijkopleider en intensivering van bijscholing van medewerkers op niveau 3 en 4.

Voor de werving van extra personeel worden verschillende kanalen ingezet (waaronder ook nog 'oude' media, zoals het eigen blad van de instelling en regionale kranten).

Instelling H (VVT Zuid-Nederland)

Dit zorgcentrum kent naast een verzorgingshuis units voor psycho-geriatrische cliënten en aanleunwoningen voor zelfstandig wonende ouderen.

De middelen worden ingezet voor het aantrekken van extra activiteitenbegeleiders, het aantrek-

ken van extra gastvrouwen, het aantrekken van extra verpleegkundigen (i.v.m. toenemende complexiteit, meer palliatieve zorg en meer thuiszorg), het opleiden van extra leerlingen en het tegengaan van vereenzaming op de somatische afdeling.

Inwisselbaarheid en brede inzetbaarheid van personeel (mobiliteit tussen intramuraal en extra-muraal) hebben hoge prioriteit binnen de instelling.

Instelling I (West-Nederland)

De instelling biedt tijdelijke en langdurige verzorging, behandeling en verpleging, zowel bij mensen thuis als in woonzorgcentra en verpleeghuizen. Men besteedt de convenantsgelden aan: 1) Het opleiden van nieuwe en huidige zorgmedewerkers in loondienst; 2) Verbeteren van de werkbegeleiding van leerlingen; 3) Voorbereiding van een e-learning-aanbod voor zorgmedewerkers in loondienst; 4) Uitvoering van verbeterplannen.

Ten behoeve van de scholing is samen met een trainingsbureau een op de instelling toegespitste Verkorte Opleiding tot verzorgende niveau 3 opgezet. Momenteel schoolt men 36 extra eigen zorgmedewerkers in loondienst op tot dit niveau. Daarnaast heeft men 100 nieuwe leerlingen aangetrokken en 15 extra verzorgenden in dienst genomen.

Met behulp van de investeringsgelden heeft de instelling 10 extra werkbegeleiders aangenomen. Deze dragen op locatie praktijkkennis over aan leerlingen en ondersteunen hen bij lastige situaties. Met het bovengenoemd trainingsbureau wordt een training voor de werkbegeleiders ontwikkeld.

In 2012 worden e-learning-zelfstudieprogramma's ontwikkeld, die de zorgmedewerkers in loondienst vanaf 2013 kunnen volgen.

Ten slotte wil de instelling verbeterplannen, die zorgmedewerkers in loondienst de afgelopen jaren in het kader van opleidingen hebben geschreven, nieuw leven inblazen middels het opzetten van een (openbare) digitale bibliotheek. Zorgmedewerkers in loondienst kunnen hiervoor hun plannen indienen. Het beste plan wordt beloond met een prijs.

4.3 Vergelijking per thema

4.3.1 *Beleid*

Kennisname convenant en interactie met zorgkantoor

Instellingen zijn voortvarend van start gegaan. Medio 2011 was men al op de hoogte (via de media en/of de brancheorganisatie) dat er extra middelen beschikbaar zouden komen. Men is daarna al snel begonnen met het ontwikkelen van plannen.

Andere instellingen hebben daarmee gewacht tot zij - geruime tijd later - door het zorgkantoor schriftelijk op de hoogte zijn gebracht van (de mogelijkheden van) het convenant.

Een instelling merkt op aanvankelijk aarzelingen te hebben gehad geld aan te vragen: gaat de instelling langdurige verplichtingen aan, waarvan het maar de vraag is of die blijvend uit de middelen zijn te financieren? Bij deze instelling bestond ook onduidelijkheid over de manier waarop men het geld moest aanvragen. Uiteindelijk heeft men toch een aanvraag ingediend bij het zorgkantoor. Doorslag gaf dat men al bezig was met een kwaliteitsproject gericht op de thuiszorgpoot (in het kader van het programma In voor Zorg). De convenantsgelden maakten het mogelijk - binnen de reeds uitgezette koers - een vergelijkbaar project in de V&V op te starten.

De interactie met de zorgkantoren is in het algemeen goed verlopen. Instellingen ervaren wel verschillen tussen de zorgkantoren waar het gaat om de kwaliteit

van die contacten (in termen van dienstverlening, flexibiliteit, snelheid e.d.). Ook signaleren ze verschillen in de eisen die de zorgkantoren aan de verantwoording en monitoring stellen.

Vormgeving beleid convenant (algemeen)

Het plan van aanpak in het kader van het convenant is in de meeste gevallen door de instelling zelf opgesteld. In een enkel geval is hiervoor een extern adviseur ingeschakeld. In een instelling heeft het MT een notitie opgesteld met plannen en ideeën over hoe de middelen te besteden. Die is aan de verschillende locaties voorgelegd met de vraag wat men binnen de gestelde criteria en beschikbare budgetten zou willen en kunnen doen. De input vanuit de locaties (aanvragen) is vervolgens door het MT beoordeeld. Twee andere instellingen hebben de onder hen vallende regio's/werkstichtingen zelf de beschikking gegeven over hun deel van de convenantsmiddelen. Vervolgens hebben deze elk een eigen plan opgesteld.

De meeste instellingen zetten in het plan van aanpak in op een combinatie van het aantrekken (en opleiden) van nieuwe zorgmedewerkers én bij- en/of opscholing van zittend personeel. Het accent verschilt per instelling. Daarnaast wordt het geld soms anders besteed:

- De helft van de instellingen zet middelen in voor het opplussen van deeltijdcontracten. Zo is er een instelling die parttimers 2 tot 4 uur langer wil laten werken. Daartoe gaat de HR-afdeling samen met het locatiemanagement met alle deeltijdwerkers in gesprek. Inschatting is dat 10 tot 15 procent van de parttimers wel een aantal uur langer wil werken. Er ligt echter wel een probleem bij de planners: die hebben naar verluid geen behoefte aan grotere contracten, aangezien dat het roosteren lastiger maakt.
- Een enkele instelling heeft in het plan van aanpak ook expliciet activiteiten op het gebied van taakdifferentiatie opgenomen.
- Ook is er een instelling die een deel van de middelen besteedt aan geestelijke verzorging (wat druk bij de zorgmedewerkers wegneemt).
- Een instelling heeft een hbo-praktijkopleider (niveau 5) aangenomen (wat het aannemen van stagiairs vergemakkelijkt).
- In het plan van een instelling is het tegengaan van vereenzaming op de somatische afdeling een expliciet doel. Dit is echter (nog) niet verder geconcretiseerd. Andere instellingen nemen met het oog op het tegengaan van vereenzaming en in meer algemene zin ter verbetering van de kwaliteit van het leven van cliënten, extra medewerkers welzijn en/of activiteitenbegeleiders aan.

Bij het aantrekken van nieuwe medewerkers ligt de nadruk veelal op op te leiden BBL'ers (niveau 3/4). De instellingen trekken - zij het op bescheidener schaal - ook hoger opgeleid nieuw personeel aan (verpleegkundigen niveau 5 en/of verpleegkundig specialisten). Daarmee wordt een kwaliteits- en efficiëncyslag in de bedrijfsvoering beoogd. Enkele instellingen nemen bovendien naast verzorgenden/verpleegkundigen ook extra medewerkers welzijn en activiteiten aan (met het oog op verhoging van de kwaliteit van leven van de bewoners). Er zijn ook instellingen die extra gastvrouwen aannemen.

Beleid t.a.v. scholing van zittende medewerkers

In de scholing van zittende medewerkers ligt het accent vooral op bijscholing. Daarbij kan het om uiteenlopende - cliëntgerelateerde - zaken gaan (zoals zelf-

redzaamheid, EPD, wondverzorging en materialen, vocht en voeding, ziektebeelden, medicatie, transfers en fysieke belasting et cetera). Opscholing (kwalificerende trajecten van niveau 2 naar 3, van niveau 3 naar 4 en/of van niveau 4 naar 5) maakt in sommige instellingen ook wel deel uit van de plannen, maar in mindere mate. In één instelling gaat het naast bij- en opscholing ook om een, zij het beperkt, aantal EVC-trajecten.

Beleid t.a.v. mobiliteit

De instellingen geven aan dat het beleid steeds meer in de richting van extramuralisering gaat. Een instelling kent een flexpool van mensen die zowel intra- als extramuraal werken. Ook gaan bij deze instelling leerlingen die intramuraal zijn gestart ook een tijdje extramuraal werken (en omgekeerd). Voor een andere instelling heeft mobiliteit van personeel tussen intramuraal en extramuraal hoge prioriteit. Inwisselbaarheid en brede inzetbaarheid van personeel zijn voor deze instelling van groot belang: thuiszorgmedewerkers moeten indien nodig kunnen inspringen in de intramurale zorg en omgekeerd.

Voor de meeste instellingen geldt verder dat medewerkers van de huishouding soms (na bij- of opscholing) in de verzorging gaan werken.

Een instelling die naast VVT ook actief is in speciaal onderwijs, arbeidsintegratie en jeugdzorg heeft met het oog op (dreigende) bezuinigingen op deze terreinen intern een mobiliteitscentrum ingericht. Op deze manier kan men kansen aan de AWBZ-kant uitruilen tegen bedreigingen elders.

Beleid t.a.v. werving en scholing van nieuwe medewerkers

Zoals hierboven al vermeld, ligt het accent bij de werving in het kader van het convenant op - intern op te leiden - BBL'ers niveau 3/4. Duale hbo-trajecten komen weinig voor. Hoger opgeleiden worden veelal 'kant-en-klaar' geworven.

Enkele instellingen hebben verpleegkundig specialisten in dienst genomen (of zijn dat van plan). De verpleegkundige specialisten kunnen complexere zorg en zorgtaken op zich nemen, waardoor de verzorgenden (die meer tijd nodig hebben om hetzelfde complexe werk te doen) meer tijd aan het bed kunnen besteden. De verpleegkundig specialisten brengen daarnaast ook kwaliteit in, doordat ze scholing op de werkplekken verzorgen, klinische lessen geven en (complexe) zorgplannen kunnen schrijven. Daarnaast draaien ze spreekuur en maken ze een voorselectie van patiënten die door de arts gezien moeten worden. De verpleegkundig specialist is voor de instelling daarom een kwantitatieve en kwalitatieve winst.

In het algemeen richten de instellingen zich bij de werving niet op speciale doelgroepen zoals allochtonen, NUG'ers e.d., maar er zijn wel uitzonderingen (een instelling geeft expliciet aan zich nadrukkelijk wel ook op NUG'ers te richten en hiervoor ook een project met de gemeente te hebben; in een ander geval is er contact met de gemeente over toeleiding van bijstandsgerechtigden).

De meeste instellingen kijken ook niet specifiek naar de inzet van overcomplete medewerkers uit andere zorg- en WJK-branches of de overheid. De specifieke aard van het beroep/de werkzaamheden in de VVT staat een overstap vanuit andere sectoren vaak in de weg. Omscholing kost veel tijd en energie (daar staat

wel tegenover dat overstappers vanuit andere sectoren vaak zeer gemotiveerd zijn). Ook voor de overstap van de ene zorg- en WJK-branche naar de andere zijn er belemmeringen. Zo heeft een VVT-instelling samen met de GGZ-instelling in de regio gekeken naar mogelijkheden om GGZ-medewerkers om te scholen naar de VVT. Dat leverde niet veel op. Volgens de instelling wachten GGZ-medewerkers (vaak op hbo-niveau) af wat er gebeurt en trekken liever enige tijd WW dan op een lager niveau in de VVT te gaan werken.

Ook is de werving in het algemeen niet gericht op zzp'ers en flexwerkers. Hier spelen vooral financiële overwegingen een rol.

De werving heeft in de regel langs verschillende kanalen tegelijk plaats: netwerken van eigen medewerkers, opleidingen, via stages, eigen website instelling, vacaturesites van de regionale werkgeversverbanden (RegioPlus), sociale media, soms ook nog via advertenties in eigen nieuwsbrieven, kerkbodes, huis-aan-huisbladen en/of regionale kranten et cetera.

Een instelling in een grensgemeente heeft bij de werving ook het oog gericht op aanpalende gemeenten in België, maar het resultaat daarvan viel tegen. Deze instelling wijst ook op speciale wervingsbureaus gericht op landen zoals Spanje. Deze bureaus zorgen naast werving en selectie ook voor taallessen en behuizing. Door de grote werkloosheid zijn er in Zuid-Europese landen veel niveau 3/4 (en hoger opgeleide) zorgmedewerkers te werven.

In het algemeen krijgen de nieuw geworven medewerkers na afloop van de eventuele opleiding (een tijdelijk contract met uitzicht op) een vast dienstverband.

Relatie met overig beleid

De meeste instellingen leggen in het plan van aanpak - al dan niet expliciet - een link met zelfredzaamheid (zelfregie, zelfsturing) van cliënten. In een aantal gevallen maakt zelfredzaamheid (zelfregie, zelfsturing) van cliënten deel uit van de opleiding van nieuw personeel en/of trainingen van zittende medewerkers. Daar staat tegenover dat een van de instellingen expliciet vraagtekens plaatst bij de (politieke/beleidsmatige) roep om zelfredzaamheid van cliënten. De gemiddelde leeftijd waarop bewoners in betreffende instelling binnenkomen is 86 jaar. Op die leeftijd willen veel mensen niet meer zelf wassen, koken e.d. Het kost medewerkers ook veel energie bewoners hiertoe te stimuleren. Belangrijk is wel dat er (een soort werk)overleg is met bewoners, waarin ze kunnen aangeven wat ze zelf willen (doen), en wat beter kan in de verzorging e.d.

Beoogde effecten

De instellingen hebben allemaal in hun plan van aanpak de inzet van de convenantsmiddelen vertaald in kwantitatieve doelstellingen op outputniveau (aantallen nieuw aan te trekken medewerkers, aantallen te scholen, zittende medewerkers e.d.). Vaak zijn daaraan ook kwalitatief getinte doelstellingen op outputniveau (opleidingsniveau) toegevoegd. Beoogde doorschuifeffecten (i.e. instroom van lager opgeleiden in banen die vrijkomen door opscholing van personeel) maken bij geen van de instellingen expliciet deel uit van de plannen (in de praktijk is hier natuurlijk wel ruimte voor en gebeurt het ook). De meeste instellingen hebben naast doelstellingen op outputniveau ook 'hogere' doelstellingen op outcome-niveau geformuleerd (in termen van 'kwaliteitsverbetering', 'toekomstbestendigheid' e.d.).

Neveneffecten en risico's

Er wordt door de instellingen gewezen op een aantal mogelijke neveneffecten en risico's:

- Het tussentijds komen te vervallen van de convenantsmiddelen (niet alle instellingen kunnen dit uit eigen middelen opvangen). In de praktijk is dit al gebeurd voor de instellingen in de branches GGZ en gehandicaptenzorg.
- Beschikbaarheid van voldoende aanbod op de arbeidsmarkt om in de extra vraag te voorzien.
- Het door de vakbonden aangrijpen van de convenantsmiddelen om in de cao-onderhandelingen loonsverhoging te vragen, terwijl het juist om banen en opleidingen moet gaan (één van de instellingen noemde het daarom een gemis dat de vakbonden geen deel uitmaakten van het convenant).

4.3.2 Organisatie

Middelen

Gezien de verschillen in aard en omvang van de instellingen lopen ook de per instelling beschikbare convenantsmiddelen sterk uiteen. Het leeuwendeel van de beschikbare middelen wordt ingezet voor opleiding van nieuwe medewerkers en bij- en/of opscholing van zittend personeel. Enkele instellingen besteden ook een deel van het budget aan extra praktijkbegeleiding. De werving in het kader van de uitbreiding van het personeelsbestand gebeurt in het algemeen met reguliere middelen.

Over de uitvoeringskosten lopen de meningen uiteen. Bij twee instellingen heeft de projectontwikkeling plaatsgevonden door een extern adviseur, wat de nodige kosten met zich meebrengt. Andere instellingen schatten de uitvoeringskosten als beperkt in.

Organisatorische inbedding van activiteiten en samenwerking met externe partijen

Met uitzondering van twee instellingen die daarvoor een extern adviseur hebben ingeschakeld, heeft bij de meeste instellingen de projectontwikkeling (planvorming) in eigen huis plaatsgevonden. De uitvoering van de activiteiten in het kader van het plan is vrijwel altijd (projectmatig) ingebed in de eigen organisatie. Betrokken zijn (een of meer van) de volgende interne partijen: bestuur, management, afdelingen P&O (inclusief eventuele opleiders), planning, financiën, administratie.

Opleiding en scholing worden veelal verzorgd door externe partijen (ROC's, hogescholen en andere kleinere - al dan niet aan ROC's en hogescholen gelieerde - veelal private opleidingsinstituten). Vermelding in dit verband verdient een instelling die een aan een ROC gelieerde particuliere opleider heeft ingeschakeld die zeer flexibele instroom mogelijk maakt. Daardoor kon men al in februari 2012 met een extra BBL-klas niveau 3 starten. Voor opleidingen van zittend personeel worden soms ook mensen uit de eigen organisatie als docent ingeschakeld (al dan niet in combinatie met gastdocenten). Dat is bijvoorbeeld het geval in het scholingsplan voor teamassistenten van de instellingen. De bedoeling is deze op te scholen tot niveau 2 door hun kennis en vaardigheden op een breed terrein te verbeteren (gastvrijheid, vocht en voeding, ziektebeelden en gedrag, begeleiding en toezicht, en hygiëne en huishouding). Verder komt het voor dat leveranciers (bijvoorbeeld van verbanden) bijscholing van zittend personeel verzorgen.

Vaak blijft het wat externe samenwerkingspartners betreft bij externe adviseurs, ROC's, hogescholen en andere opleidingsinstituten. Een instelling noemt nog de gemeente en re-integratiebureaus als externe samenwerkingspartners (in het kader van instroomprojecten).

Interne monitoring en evaluatie

Alle instellingen registreren de uitvoering/resultaten van het plan in termen van kosten(plaatsen). In de praktijk is koppeling van de extra gelden aan kosten-plaatsen overigens vaak lastig. Ook is het veelal lastig vast te stellen wat precies intramuraal en wat extramuraal is.

Een deel van de instellingen geeft aan de voortgang van het project standaard op de MT-agenda te hebben staan en/of hier periodiek (halfjaarlijks) over te rapporteren (aan de Raad van Bestuur).

In een aantal gevallen vindt structurele monitoring en evaluatie plaats, waarbij getracht wordt de specifieke effecten van het convenant te onderscheiden van de autonome effecten:

- Een instelling heeft daartoe expliciet een aantal organisatieonderdelen aangewezen waar het convenant van toepassing is. Op de overige organisatieonderdelen is dat niet het geval. Op die wijze is - op termijn - de ontwikkeling in aantal en niveau van de zorgmedewerkers in loondienst tussen beide groepen organisatieonderdelen te vergelijken.
- Een andere instelling gaat minder ver en stelt dat het om activiteiten moet gaan die duidelijk naast de normale activiteiten plaatsvinden. Door vooraf goed vast te leggen wat extra is, is dat vervolgens op adequate wijze te monitoren en evalueren.
- Er is ook een instelling die een speciale managementtool heeft ontwikkeld. Deze biedt een overzicht in drie stappen: 1) Waar heeft een locatie recht op?; 2) Wat is er aan concrete zaken aangevraagd?; 3) Wat is er gehonoreerd?. De tool dient om te controleren of administratief alles klopt én om de voortgang te meten. De tool, waarvan de resultaten worden toegevoegd aan de maand-rapportages, dient ook ter 'naming & shaming' (locaties die achterblijven, worden duidelijk).
- Weer een andere instelling voegt met het oog op monitoring en evaluatie aan de periodieke medewerkers- en cliëntenraadpleging een aantal vragen met betrekking tot het convenant toe.
- Ten slotte is er een instelling die de voortgang op een meer kwalitatieve manier monitort (zelfbeeld managers, gesprekken met medewerkers, cliënten en stakeholders). Deze instelling merkt op dat het zeer lastig is het netto-effect van de inzet van de middelen op kwantitatieve wijze te meten.

Gewezen in dit verband wordt verder op het medewerkerstevredenheidsonderzoek in het kader van de benchmark van brancheorganisatie Actiz. De medewerkerstevredenheid is een (zij het indirecte) indicator voor de resultaten van (de inzet van de middelen in het kader van) het convenant. Er is ook een instelling die een nulmeting van de kwaliteit van de dienstverlening heeft georganiseerd.

Terugkoppeling naar zorgkantoor

De (intensiteit van de) terugkoppeling naar het zorgkantoor loopt uiteen. Sommige instellingen hebben na de beoordeling van het plan van aanpak en de correspondentie over de nulmeting niet of nauwelijks meer contact gehad met het

zorgkantoor. Een aantal instellingen geeft aan dat nog steeds niet geheel duidelijk is wat de zorgkantoren precies willen aan verantwoording. Bij sommige instellingen speelt daarbij ook nog eens dat men met meer zorgkantoren te maken heeft. In andere gevallen zijn de contacten in het kader van het convenant intensiever.

Uitbreiding convenant naar thuiszorg

In een in een later stadium afgenomen interview met een VVT-instelling is ook gevraagd naar de mogelijke gevolgen van het op termijn uitbreiden van de werking van het convenant naar de thuiszorg. De instelling vreest dat dit de bekostiging van de thuiszorg nog ingewikkelder maakt (WMO, AWBZ, convenantsgelden et cetera). Het aanbieden van privaat aanvullende zorg is daardoor ook niet goed aantoonbaar te krijgen. Betreffende instelling merkt op dat er in het kader daarvan ook ruimte zou moeten zijn voor vergoeding van arbeidsbesparende investeringen (innovatie, zorg op afstand e.d.).

5 Samenvatting

Aanleiding en doelen monitor

In september 2011 is het convenant 'Investerings Intramurale Langdurige Zorg 2012-2015' door alle betrokken partijen ondertekend. Vanwege de financiële en economische crisis en de daaruit volgende noodzaak voor de overheid om krachtig te bezuinigen, is door de politiek (kabinet en Tweede Kamer) besloten de beschikbare middelen vanaf 1 januari 2013 te beperken. Alleen voor de VVT wordt de investering in 2013 en verder voortgezet.

Primair doel van de monitor is het voor een bepaalde periode (1 januari 2012 - 1 mei 2015) volgen van de ontwikkeling in het (extra) aantal zorgmedewerkers, gedefinieerd als medewerkers die een direct-cliëntgebonden functie uitoefenen, en overige investeringen om de kwaliteit van de zorg in de VVT te verbeteren.

De doelstelling van deze nulmeting is te vertalen in de volgende concrete onderzoeksvragen

- 1 Hoeveel zorgmedewerkers (in personen en fte's) zijn er in de VVT aan het begin van de inzet van de extra middelen (31 december 2011, nulmeting) per onderscheiden functieniveau?
- 2 In welke mate wordt geïnvesteerd in scholing voor bestaand en nieuw personeel?

Het is belangrijk op te merken dat deze nulmeting in een aantal gevallen een voorlopig karakter heeft vanwege het gebruik van schattingen. Deze worden op termijn vervangen door realisatiecijfers.

Resultaten nulmeting

De volgende tabel vat de geschatte startwaarden van de werkgelegenheid samen.

Tabel 8 Aantal zorgmedewerkers in de VVT naar contractvorm per 31 december 2011 (x 1.000)

	<i>Zorgmedewerkers in loondienst</i>		<i>Zorgmedewerkers in loondienst</i>		<i>Uitzend en overige inhuur</i>	<i>Inhuur specialisten</i>	<i>Totaal</i>
	<i>intramuraal</i>		<i>extramuraal</i>				
	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>
Totaal VVT	200,0	124,4	151,7	82,5	14,0	0,7	221,6

Bron: CBS, PGGM, werknemersenquête 2012.

De volgende tabel vat de geschatte startwaarden samen voor zover het bekostigde opleidingen betreft.

Tabel 9 Aantal lopende, door OCW bekostigde opleidingstrajecten MBO en HBO in de VVT naar intra- en extramuraal, 2010-2011 (x 1.000)

	<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>
MBO-bol	22,7	6,5	2,3	0,7
MBO-bbl	19,0	11,0	6,2	3,1
HBO-regulier	3,0	0,7	0,8	0,3
HBO-duaal	0,1	0,0	0,0	0,0
Totaal	44,8	18,3	9,4	4,1

Bron: Stagefonds VWS.

Naast de door OCW bekostigde opleidingen vinden er anders gefinancierde opleidingen en trainingen plaats. Uit de werknemersenquête 2011 blijkt dat driekwart van de zorgmedewerkers in loondienst (74%) minstens één training/cursus heeft gevolgd, waaronder veel op zorgtaken gerichte trainingen en/of communicatie-trainingen- of cursussen.

Conclusies casestudies

De meeste instellingen zijn voortvarend van start gegaan. Toen men zich er medio 2011 van bewust werd dat er extra middelen beschikbaar zouden komen, is men al snel begonnen met het ontwikkelen van plannen. Alle onderzochte instellingen hebben eind 2011 een plan bij het zorgkantoor ingediend.

De instellingen zetten in het plan van aanpak in op een combinatie van het aantrekken (en opleiden) van nieuwe zorgmedewerkers én bij- en/of opscholing van zittend personeel. Het accent verschilt per instelling.

Bij het aantrekken van nieuwe medewerkers ligt de nadruk veelal op op te leiden BBL'ers (niveau 3/4). Op bescheidener schaal wordt ook hoger opgeleid nieuw personeel aangenomen met het doel zo een kwaliteits- en efficiëncyslag in de bedrijfsvoering te maken. Enkele instellingen nemen bovendien extra medewerkers welzijn en activiteiten en/of extra gastvrouwen aan. In het algemeen krijgen de nieuw geworven medewerkers na afloop van de eventuele opleiding (een tijdelijk contract met uitzicht op) een vast dienstverband.

De instellingen richten zich bij de werving meestal niet op speciale doelgroepen zoals allochtonen, NUG'ers e.d. De meeste instellingen kijken ook niet specifiek naar de inzet van overcomplete medewerkers uit andere zorg- en WJK-branches of de overheid. De specifieke aard van het beroep/de werkzaamheden in de VVT staat een overstap vanuit andere sectoren vaak in de weg.

De instellingen hebben allemaal in hun plan van aanpak de inzet van de convenantsmiddelen vertaald in kwantitatieve doelstellingen op outputniveau. Vaak zijn daaraan ook kwalitatief getinte doelstellingen op outputniveau (opleidingsniveau) toegevoegd. De meeste instellingen hebben naast doelstellingen op outputniveau ook 'hogere' doelstellingen op outcomeniveau geformuleerd: 'kwaliteitsverbetering', 'toekomstbestendigheid' etc.

BIJLAGE I Gehanteerde afkortingen

Actiz	Brancheorganisatie VVT
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZW	Arbeidsmarkt zorg en WJK
BBL	Beroepsbegeleidende Leerweg
BC	Begeleidingscommissie
BOL	Beroepsopleidende Leerweg
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CREBO	Centraal Register Beroepsonderwijs
CROHO	Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs
DigiMV	Digitaal Maatschappelijk Verslag
DUO-Cfi	Dienst Uitvoering Onderwijs - Centrale Financiën Instellingen
E,til	Economisch technologisch instituut Limburg*
EBB	Enquête Beroepsbevolking
EIM	Economisch Instituut voor het Midden- en kleinbedrijf*
Fte	Fulltime equivalent
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
ILZ	Intramurale langdurige zorg
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
NAW	Naam, Adres en Woonplaats
OAZW	Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt zorg en WJK
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OVO	Overeenkomst van Opdracht
PGGM	Pensioenfonds voor Gezondheidszorg, Geestelijke en Maatschappelijke belangen*
RvB	Research voor Beleid
SEOR	Stichting Economisch Onderzoek Rotterdam
SSB	Sociaal Statistisch Bestand
TZ	Thuiszorg
V&V	Verpleeg- en verzorgingshuizen
VOV	Verpleegkundig, Opvoedkundig en Verzorgend
VV(T)	Verpleeg- en Verzorgingstehuizen (en Thuiszorg)
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGV	Werkgeversvereniging
WJK	WMD, Jeugdzorg en Kinderopvang
ZZP	Zelfstandige zonder personeel
ZZP's	Zorgzwaartepakketten

* Alleen de afkorting wordt nog als naam gevoerd.

BIJLAGE II Leden begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie van dit onderzoek bestaat uit:

- Aloys Kersten (VWS)
- Angela Bransen (Zorgverzekeraars Nederland)
- Christina Woudhuizen (V&VN)
- Diana van Langerak (BTN), met Sabrina Weij als vervanger
- Hein Mannearts (CPB)
- Leon van Berkel (VWS)
- Paul de Jonge (Actiz)
- Peter Kruithof (VWS)

BIJLAGE III Tekst convenant

Op de volgende pagina's is de tekst van het convenant opgenomen. Zoals uitgebreid toegelicht in de inleiding heeft VWS het convenant opgezegd. In die zin is de tekst dus niet meer relevant. Toch is ervoor gekozen de tekst op te nemen, omdat het voor een groot deel van (de bestedingen in) 2012 wel de basis vormde. Zie verder ook de Inleiding hierover.



Convenant Investerings Langdurige Zorg 2011- 2015

Partijen:

- **De Staat der Nederlanden**, te dezen vertegenwoordigd door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (hierna: de Staatssecretaris), mevrouw drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner;
- **Zorgverzekeraars Nederland**, (hierna te noemen ZN) te dezen vertegenwoordigd door zijn voorzitter de heer H. Wiegel;
- **ActiZ organisatie van Zorgondernemers**, (hierna te noemen ActiZ) te dezen vertegenwoordigd door zijn voorzitter prof. dr. A.P.W.P. van Montfort;
- **Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland**, (hierna te noemen VGN) te dezen vertegenwoordigd door zijn vicevoorzitter de heer P. de Kroon;
- **Geestelijke Gezondheid Zorg Nederland**, (hierna te noemen GGZ Nederland) te dezen vertegenwoordigd door haar voorzitter mevrouw drs. M.A.M. Barth;
- **Branchebelang Thuiszorg Nederland**, (hierna te noemen BTN) te dezen vertegenwoordigd door zijn voorzitter de heer J.C. Verschuren MBA;
- **Federatie Opvang**, te dezen vertegenwoordigd door zijn bestuurslid de heer drs. J.P.A. van Dam;
- **Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland**, (hierna te noemen V&VN) te dezen vertegenwoordigd door haar directeur mevrouw A.L. Schipaanboord.

Overwegende dat:

- Dit Kabinet extra middelen ter beschikking stelt voor het doen van investeringen in de langdurige zorg ter verbetering van de kwaliteit van zorg voor cliënten met een verblijfsindicatie;
- Het doel van deze extra middelen is dat de kwaliteit van de zorg wordt verhoogd door zittende medewerkers in het primaire zorgproces te scholen en extra medewerkers op te leiden en/of aan te nemen;
- Er aan deze extra middelen een kwantitatieve doelstelling is verbonden van 12.000 extra medewerkers voor de zorg c.q. het primaire zorgproces;
- Er een directe relatie is tussen arbeidstevredenheid en het leveren van kwalitatief goede zorg;
- Er zorg voor moet worden gedragen dat de extra middelen ook ten goede komen aan het toekomstbestendig maken van de sector. Dit betekent dat medewerkers goed opgeleid dienen te zijn zodat zij in staat zijn om goede zorg te kunnen leveren en in staat zijn om met nieuwe technieken en innovaties om te gaan;
- Het van belang is dat zorginstellingen er aantoonbaar zorg voor dragen dat hun medewerkers hun deskundigheid onderhouden en borgen;
- Er met het extra opleiden van medewerkers een bijdrage kan worden geleverd aan een cultuuromslag voor de sector waarbij de nadruk meer komt te liggen op het bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten;
- Er met dit convenant extra middelen gemoeid zijn, naast het reguliere en bredere arbeidsmarktbeleid. Beide dienen op elkaar te zijn aangesloten. Als voorbeeld hiervoor gelden beleid gericht op inzetbaarheid van medewerkers, innovatiebeleid en investeren in het regionale arbeidsmarktbeleid;
- Het van belang is dat binnen de ouderenzorg vernieuwend wordt gewerkt. Hiertoe zal VWS met V&VN aparte afspraken maken voor het opstarten van een project 'proeftuinen in de ouderenzorg';
- De doelstellingen van dit convenant binnen de convenantperiode dienen te worden gerealiseerd;
- Het van groot belang is dat de extra middelen ook daadwerkelijk voor deze doeleinden worden aangewend;
- Door het terugdringen van administratieve lasten er meer tijd voor de cliënt vrijkomt;
- Het noodzakelijk is om onderzoek te doen naar welke administratieve lasten als belemmerend worden ervaren en hiervoor een 'experiment regelarme zorginstellingen' in te richten;



- Bij verantwoordingsprocessen vertrouwen het uitgangspunt dient te zijn en het principe van 'high trust, high penalty zal worden gehanteerd;
- Het een grote inspanning zal vragen van alle betrokken partijen om de doelstellingen te realiseren;
- Het van belang is dat de voortgang met betrekking tot het bereiken van de doelstelling gemeten wordt, maar dat dit geen extra administratieve lasten met zich mee mag brengen.

Komen overeen:

Definities

Extra middelen: De € 636 miljoen die structureel beschikbaar zijn voor het extra aannemen en opleiden van medewerkers in de langdurige zorg die zorg leveren ten behoeve van cliënten met een verblijfsindicatie.

Extra medewerkers: medewerkers, die werken in het primair zorgproces, die met het beschikbaar komen van de extra middelen worden opgeleid tot een hoger kwalificatieniveau of competentieniveau en worden aangenomen voor het leveren van extra kwaliteit van zorg.

AWBZ-uitvoerder: in 2012 betreft dit het zorgkantoor. Bij de inwerkingtreding van de wet inzake de uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars betreft het hier de door de zorgverzekeraars aangewezen rechtspersoon, die de uitvoering van de AWBZ op zich zal nemen.

Opleidingen voor medewerkers: opleidingen die kunnen worden gefinancierd met de extra middelen. Hieronder vallen de (initiële) opleidingen die opleiden voor functies in de langdurige zorg en opleidingen ter bevordering van de competenties van medewerkers die werkzaam zijn in het primaire zorgproces.

High trust/high penalty: bij high trust, high penalty wordt uitgegaan van vertrouwen. Er wordt niet gestuurd op input (en de verantwoording daarover) maar op verwachte uitkomsten. Voldoen aan de vastgestelde uitkomsten betekent minimale administratieve verantwoording. Het evident (onaangekondigd) niet voldoen aan de vastgestelde uitkomsten betekent dat er stevige consequenties zijn.

Regelarme instellingen: zorginstellingen die in staat worden gesteld om in een periode van 2 jaar aan te tonen dat meer kwaliteit en doelmatigheid in de zorg gerealiseerd kan worden doordat regels zijn weggenomen of verminderd.

Artikel 1: Algemene doelstelling

1. Het bevorderen van de kwaliteit van de langdurige zorg door extra medewerkers op te leiden en aan te nemen en de huidige medewerkers op te leiden tot een hoger kwalificatieniveau.
2. Het realiseren van het (opleiden en) aannemen van 12.000 extra medewerkers.
3. Ten aanzien van het aannemen van 12.000 extra medewerkers is de ambitie dat deze per 31 december 2013 zijn aangenomen, of in opleiding zijn. Met 31 december 2013 als peildatum, zal begin 2014 een meeting hieromtrent plaats vinden. Zie ook artikel 7.
4. Partijen spannen zich in om de administratieve lasten te beperken.



Artikel 2: Extra middelen

Voor het realiseren van de doelstelling is structureel een bedrag beschikbaar van € 636 miljoen met ingang van 1 januari 2012.¹

Artikel 3: Extra medewerkers

1. Het is belangrijk dat de extra middelen gebruikt worden voor het opleiden van kwalitatief goede medewerkers. Voor zorginstellingen is het uitgangspunt hierbij een passende mix aan kwalificatieniveaus in huis te hebben (halen) die nodig is om de kwaliteit op een structureel hoger plan te brengen.
2. Voor het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening kan worden ingezet op bij- en nascholing van zittende medewerkers naar een hoger kwalificatieniveau. Ook kan worden ingezet op scholing ter verbetering van de beroepsgerichte competenties. Door het creëren van doorstroming door scholing ontstaat meer ruimte aan de onderkant van de arbeidsmarkt om extra medewerkers aan te nemen.
3. Door in te zetten op scholing en het terugdringen van administratieve lasten wordt het werken in de sector aantrekkelijker. Hiermee wordt er ook een bijdrage geleverd aan het behoud van medewerkers.
4. VWS zal zich inspannen om te bezien of Rijksmedewerkers die als gevolg van overheidsbeleid worden geconfronteerd met krimp in werkgelegenheid en daarmee gedwongen worden ontslagen (zoals bijvoorbeeld bij Defensie) kunnen worden begeleid naar een baan in de zorgsector, of anderszins hun deskundigheid en ervaring inzetten ten behoeve van de zorgsector.

Artikel 4: Zorginkoop

1. Voor het realiseren van de doelstellingen is het van belang dat de door dit kabinet beschikbaar gestelde extra middelen ook daadwerkelijk bij de zorginstellingen terecht komen.
2. De AWBZ-uitvoerders spelen een rol bij het realiseren van de doelstellingen. Omdat de extra middelen beschikbaar komen via verhoging van de maximumtarieven van de ZZP's, komen deze middelen via de reguliere contractafspraken tussen instellingen en AWBZ-uitvoerder terecht bij de zorginstellingen.
3. Het onderdeel opleiden en aannemen van extra medewerkers dient, voor wat betreft de extra middelen, expliciet onderdeel uit te maken van de contractcyclus tussen de zorginstelling en de AWBZ uitvoerder (bijvoorbeeld via de inkoop- en voortgangsgesprekken).

¹ Naast de € 636 miljoen wordt vanaf 2012 ook de algemene contracteerruimte verhoogd met € 142 miljoen en wordt er structureel € 74 miljoen geïnvesteerd ten behoeve van het door VWS ingestelde stagefonds.



4. De kwaliteitsimpuls voor het extra opleiden en aannemen van medewerkers vergt van zorginstellingen een meerjarige investering. De loon- en opleidingskosten die voor de kwaliteitsimpuls worden gemaakt lopen over de jaren heen. Dit betekent dat in het zorginkoop proces dit meerjarenperspectief vertrekpunt moet zijn teneinde deze meerjarige investeringen te kunnen accommoderen.
5. Indien blijkt dat de zorginstellingen zich niet nadrukkelijk hebben ingespannen voor het extra aannemen en opleiden van medewerkers en de kwaliteit van zorg niet is verhoogd, dan zal de AWBZ-uitvoerder dit meenemen in de reguliere contractafspraken. De AWBZ uitvoerder zal dan ten aanzien van de specifieke zorginstellingen die in gebreke blijven een aanvullende prijskorting opnemen in de productieafpraak.

Artikel 5: Administratieve lasten

1. Door VWS zal nog in 2011 een inventarisatie worden gemaakt van knellende en bureaucratische regelgeving ten behoeve van het terugdringen van de administratieve lasten door middel van het inrichten van een 'experiment regelarme instellingen'.
2. VWS draagt bij aan het verminderen van administratieve lasten door te bevorderen dat bij verantwoordingsprocessen het principe van 'high trust, high penalty' wordt gehanteerd.
3. Partijen stellen zich tot doel om een actieve bijdrage te leveren aan het uitvoeren van het bij dit convenant gevoegde plan van aanpak 'meer tijd voor de cliënt'.
4. Partijen dragen tevens bij aan het verminderen van de administratieve lasten voor elkaar en hun medewerkers door daarbij zelf kritisch naar de door hun opgelegde verantwoordings- en administratieve verplichtingen te kijken en te streven naar eenvoud en uniformiteit hierin.

Artikel 6: Rollen betrokken partijen

1. ZN stimuleert haar leden om bij de zorgcontractering uitvoering te geven aan dit convenant. Concreet betekent dit dat alle zorginstellingen die een actieve bijdrage geven aan de doelstellingen van dit convenant in aanmerking komen voor de extra middelen.
2. De brancheorganisaties (ActiZ, VGN, GGZ Nederland, BTN en Federatie Opvang) dragen het belang van het realiseren van de doelstellingen actief uit aan hun leden. Zij stimuleren hun leden tot het leveren van een bijdrage aan de realisatie van de doelstellingen van dit convenant en ondersteunen de instellingen hierin.
3. V&VN voorziet de betrokken convenantpartijen en zorginstellingen van advies over onderwerpen met betrekking tot het opleiden en inzetten van extra medewerkers waar het het verpleegkundig en verzorgend domein betreft.
4. VWS voegt de in de Regeer- en Gedoogakkoorden afgesproken extra middelen structureel toe aan het AWBZ-budget. VWS spant zich in om de doelstellingen met betrekking tot de administratieve lasten te realiseren. Ook ziet VWS toe op de realisatie van de doelstellingen en rapporteert hierover aan de Tweede Kamer.



Artikel 7: Monitoring en Evaluatie

1. De voortgang van de realisatie van de doelstellingen wordt gevolgd. Dit is van belang om jaarlijks te bezien of de extra middelen doelmatig worden besteed en of de doelstellingen worden gerealiseerd.
2. VWS laat de monitoring voor de extra medewerkers aansluiten bij het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Dit programma wordt in opdracht van VWS, Calibris, UWV Werkbedrijf en de O&O-fondsen uitgevoerd.
3. Als nulmeting geldt het aantal medewerkers dat werkzaam is in de langdurige zorg op 1 januari 2012.
4. Partijen zullen ten minste jaarlijks bijeenkomen om de voortgang van dit convenant te bespreken en waar nodig aanvullende acties ondernemen.

Artikel 8: Tussentijdse wijziging en opzegging

1. Wijziging of opzegging van het convenant is alleen schriftelijk mogelijk.
2. Indien een partij over wil gaan tot wijziging of opzegging van het convenant dan treden partijen hiertoe binnen drie maanden in overleg nadat het verzoek tot wijziging of opzegging schriftelijk is aangegeven.
3. Partijen treden ook in overleg over de noodzaak tot tussentijdse wijziging indien er afspraken uit het convenant niet worden nagekomen en/of er zich onvoorziene omstandigheden voordoen die van dien aard zijn dat het convenant redelijkerwijs niet kan worden voortgezet.
4. De wijziging en verklaringen tot instemming worden in afschrift als bijlage bij dit convenant gevoegd.
5. Iedere partij kan dit convenant opzeggen met inachtneming van een periode van drie maanden, waarbinnen het overleg zoals bedoeld in lid 2 dient plaats te vinden.
6. Wanneer een partij het convenant opzegt, blijft het convenant voor de overige partijen in stand voor zo ver de inhoud en strekking ervan zich daartegen niet verzetten.

Artikel 9: Bekendmaking en voorlichting

1. Partijen informeren, na ondertekening, hun leden of achterban over het convenant, door middel van publicaties, nieuwsbrieven of andere vormen van communicatie.
2. VWS stelt zo spoedig mogelijk na ondertekening van het convenant een samenvatting van het convenant op. Deze samenvatting wordt verspreid onder partijen en het publiek.
3. Partijen informeren gedurende de looptijd van het convenant actief hun leden of achterban over de doelstelling, voortgang en resultaten. Zij kunnen in hun voorlichtingsactiviteiten worden ondersteund door VWS.



Artikel 10: Inwerkingtreding en looptijd

1. Dit convenant treedt op 5 september 2011 in werking en expireert op 1 mei 2015.
2. De extra middelen hebben een structureel karakter. Hierdoor kunnen, ook na het expireren van het convenant, de zorguitgaven die samenhangen met de activiteiten die zijn ontplooid in het kader van dit convenant, worden bekostigd.

Artikel 11: Geen bindende afspraken

Dit convenant is een bestuurlijk akkoord. Partijen maken in dit convenant geen in recht afdwingbare afspraken.

Artikel 12: Publicatie

Binnen een maand na ondertekening van dit convenant wordt de tekst daarvan gepubliceerd in de Staatscourant.



Aldus overeengekomen en ondertekend in tweevoud te Amsterdam:

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

Zorgverzekeraars Nederland

H. Wiegel

ActiZ organisatie van Zorgondernemers

prof. dr. A.P.W.P. van Montfort

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

P. de Kroon



Geestelijke Gezondheid Zorg Nederland

drs. M.A.M. Barth

Branchebelang Thuiszorg Nederland

J.C. Verschuren MBA

Federatie Opyang

drs. J.P.A. van Dam

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

A.L. Schipaanboord

BIJLAGE IV Achtergrondtabellen en uitgebreide aanpak berekening aantal zorgmedewerkers

1) Databronnen

Voor de nulmeting is gebruikgemaakt van de volgende gegevensbestanden:

- banen werknemers naar SBI volgens het sociaal statistisch bestand (SSB) van het CBS;
- PGGM;
- werknemersenquêtes (2011 en 2012) van het onderzoeksprogramma;
- DigiMV.

Banen van medewerkers in loondienst volgens CBS

Het CBS publiceert in het SSB-Banen gegevens over het aantal banen van medewerkers in loondienst. Deze gegevens kunnen worden uitgesplitst op het 5-digitniveau van de standaardbedrijfsindeling (SBI). Op basis van deze classificatie kan het aantal banen in de verpleging, verzorging en thuiszorg worden geïdentificeerd. Onderscheid tussen intramuraal en extramuraal is niet mogelijk. De gegevens over het aantal banen van medewerkers zijn beschikbaar tot en met 2009.

PGGM

PGGM is de uitvoerder van het pensioenfonds voor zorg en welzijn (PFZW). Verreweg de meeste medewerkers in loondienst in zorg en welzijn zijn aangesloten bij het PFZW. Het bestand van pensioenverzekerden van PGGM is zeer actueel en gegevens zijn beschikbaar tot en met 2011. Ook in de gegevens van PGGM kan de intramurale VVT niet worden geïdentificeerd.

Werknemersenquête 2012

In het kader van het onderzoeksprogramma wordt tweejaarlijks een enquête afgenomen onder medewerkers in loondienst in de zorg en welzijn. De steekproef wordt getrokken uit de polisadministratie van het UWV.

In de werknemersenquête wordt een groot aantal gegevens uitgevraagd waaronder:

- branche waarin de respondent werkzaam is;
- functie van de respondent;
- gevolgde opleidingen door de respondent.

Speciaal voor de monitor is in 2012 een extra werknemersenquête uitgevoerd onder medewerkers in loondienst in de VVT. Hierin wordt naast de reguliere onderwerpen ook ingegaan op de vraag of medewerkers in loondienst intra- dan wel extramuraal werken. Voor de thuiszorg geldt dat er wel gemeten is, maar dat deze gegevens nog niet bruikbaar zijn, omdat goede weging nog niet mogelijk is.

DigiMV

Zorginstellingen zijn in het kader van de maatschappelijke verantwoording verplicht jaarlijks kwantitatieve gegevens van de instelling aan te leveren aan het ministerie van VWS. De aan te leveren gegevens hebben betrekking op capaciteit, financiële gegevens en gegevens over personeel. Voor wat betreft het per-

soneel wordt onderscheid gemaakt tussen personeel in loondienst en personeel niet in loondienst. In de nulmeting wordt gebruikgemaakt van digiMV voor de bepaling van het aantal medewerkers niet in loondienst.

2) Aanpak en uitwerking

De aanpak en uitwerking van de berekening van het aantal zorgmedewerkers vallen uiteen in twee delen, namelijk de aanpak en uitwerking voor het aantal:

- zorgmedewerkers in loondienst in de VVT;
- zorgmedewerkers niet in loondienst in de VVT.

Zorgmedewerkers in loondienst

Er is geen enkel gegevensbestand dat mogelijk maakt de werkgelegenheid van zorgmedewerkers in loondienst per 31 december 2011 te bepalen. Daarom moeten gegevens uit verschillende bronnen worden gecombineerd. In de volgende paragrafen wordt de aanpak beschreven.

Bepaling van de werkgelegenheid van zorgmedewerkers in loondienst voor de branches

Voor de bepaling van het aantal zorgmedewerkers en fte's in loondienst in de betrokken zorgbranches wordt gebruikgemaakt van gegevens van het CBS over het aantal banen van medewerkers. Het meest recente jaar waarvoor deze gegevens beschikbaar zijn is 2009.

Extrapolatie van het aantal banen van zorgmedewerkers in loondienst

Voor de nulmeting moet het aantal zorgmedewerkers in loondienst per 31 december 2011 worden bepaald. Gegevens van het CBS over het aantal medewerkers en fte's zijn tot en met 2009 beschikbaar. Dit betekent dat de gegevens van het CBS moeten worden geëxtrapolerd. Hiervoor is gebruikgemaakt van gegevens van PGGM. De uitkomsten van deze extrapolatie zijn weergegeven in Tabel IV.1. Het betreft standcijfers per december van het betreffende jaar.

Tabel IV.1 Geëxtrapolerd aantal werknemers en fte (x 1.000) per branche

	2009		2010		2011	
	Aantal	Fte	Aantal	Fte	Aantal	Fte
VV	244,1	158,8	249,9	160,8	256,4	164,0
T	141,1	84,8	166,4	93,7	173,3	92,0
Totaal VVT	385,2	243,6	416,3	254,5	429,7	256,0

Bron: CBS en PGGM.

Verdeling intra- en extramurale zorg

In de werknemersenquête 2012 hebben respondenten aangegeven of ze intra- of extramuraal werkzaam zijn. Een combinatie van intra- en extramuraal is ook mogelijk. De verdeling van intra- en extramurale zorg is bepaald op het niveau van de functie van medewerkers. Hiermee wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de verdeling van intra- en extramuraal afhangt van de functie van de medewerker (zorgmedewerker of overige medewerkers). De verdeling van intra- en extramuraal volgens de werknemersenquête is weergegeven in Tabel

IV.2. In deze tabel worden de uitkomsten geaggregeerd over de verschillende functies van medewerkers.

Tabel IV.2 Verdeling van intra- en extramuraal (%)

	<i>Volledig intramuraal</i>	<i>Volledig extramuraal</i>	<i>Grotendeels intramuraal</i>	<i>Grotendeels extramuraal</i>	<i>Evenveel intra- als extramuraal</i>	<i>Totaal</i>
VV	83,6%	0,4%	6,6%	1,9%	7,5%	100,0%
T	4,9%	78,4%	0,0%	13,5%	3,1%	100,0%
Totaal VVT	72,8%	11,1%	5,7%	3,5%	6,9%	100,0%

Bron: werknemersenquête 2012.

Om tot een verdeling te komen van het aantal intra- en extramuraal zorgmedewerkers in loondienst, moeten de personen die aangeven gedeeltelijk intramuraal en gedeeltelijk extramuraal te werken worden toegedeeld. Er is gekozen om de volgende gewichten te hanteren (tabel IV.3).

Tabel IV.3 Gewicht medewerkers in loondienst in berekeningen intra- en extramuraal

	<i>Gewicht intramuraal</i>	<i>Gewicht extramuraal</i>
Volledig intramuraal	1,00	0,00
Volledig extramuraal	0,00	1,00
Grotendeels intramuraal	0,75	0,25
Grotendeels extramuraal	0,25	0,75
Evenveel intra- als extramuraal	0,50	0,50

Bron: werknemersenquête 2012.

Zo telt een zorgmedewerker in loondienst die aangeeft grotendeels intramuraal te werken voor 75% mee bij de bepaling van de intramurale werkgelegenheid. Dezelfde medewerker telt voor 100% (ofwel 1) mee bij de berekening van het aantal werkzame personen. Projectie van de verdeling intra- en extramuraal in tabel IV.2 en de gewichten in tabel IV.3 op de totale werkgelegenheid in de VVT in tabel IV.1 levert de volgende verdeling van intra- en extramuraal werkgelegenheid (tabel IV.4).

Tabel IV.4 Aantal intramurale en extramuraal zorgmedewerkers in loondienst per 2011
(x 1.000)

	<i>Intramuraal</i>	<i>Extramuraal</i>	<i>Totaal</i>
	<i>Aantal</i>	<i>Aantal</i>	<i>Aantal</i>
Verpleging en verzorging	237,9	18,5	256,4
Thuiszorg	17,1	156,2	173,3
Totaal	254,9	174,8	429,7

Bron: werknemersenquête 2012.

Voor de omrekening van het aantal werknemers naar fte's wordt gebruikgemaakt van de verdeling van de werkgelegenheid naar functies gemeten in fte's. Ook hiervoor wordt gebruikgemaakt van de werknemersenquête 2012. Net als voor het aantal werknemers wordt de verdeling van het aantal fte's bepaald op het niveau van de verschillende functies van medewerkers. Deze verdeling wordt vervolgens geprojecteerd op de geëxtrapoleerde totale werkgelegenheid per branche, gemeten in fte's (tabel IV.1). De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in tabel IV.5.

Tabel IV.5 Aantal intramurale en extramurale medewerkers in loondienst per 2011 (aantal fte x 1.000)

	<i>Intramuraal</i>	<i>Extramuraal</i>	<i>Totaal</i>
	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>
Verpleging en verzorging	151,8	12,2	164,0
Thuiszorg	9,9	82,2	92,0
Totaal	161,6	94,4	256,0

Bron: werknemersenquête 2012.

Samenstelling van de werkgelegenheid naar functie

De samenstelling van de werkgelegenheid naar functie van medewerkers in loondienst is bepaald op basis van de werknemersenquête, die in het kader van het onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en welzijn is uitgevoerd in 2012. Hierbij is een kruising gemaakt van de functie van werknemers en de vraag of zij intra- dan wel extramuraal werkzaam zijn. De samenstelling van de werkgelegenheid van werknemers naar functie is weergegeven in tabel IV.6 (verpleging en verzorging) en tabel IV.7 (thuiszorg).

Tabel IV.6 Aandeel medewerkers VV naar intra- en extramuraal per functie (in %)

<i>Functie</i>	<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>
Totaal niet-cliëntgebonden functies:	21,8%	22,9%	38,7%	39,2%
Algemeen personeel	4,8%	6,7%	12,7%	15,4%
Administratief	3,1%	2,9%	1,1%	0,8%
Keuken en voeding	3,8%	3,8%	2,2%	1,7%
Onderhoud	1,1%	0,8%	4,1%	3,1%
Overig niet-cliënt	9,0%	8,8%	18,6%	18,2%
Totaal cliëntgebonden functies:	78,2%	77,1%	61,3%	60,8%
Verpleegkundig	4,6%	4,1%	4,8%	4,5%
Verzorgend	53,1%	53,0%	38,8%	36,6%
Helpende	6,4%	6,0%	3,9%	4,4%
Assisterende	2,2%	1,8%	0,0%	0,0%
Leerling	2,9%	2,5%	1,6%	1,2%
Behandel en ondersteunend	5,7%	5,8%	8,7%	9,5%
Overig cliëntgebonden	3,3%	3,8%	3,5%	4,6%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: werknemersenquête 2012.

Tabel IV.7 Aandeel medewerkers VV naar intra- en extramuraal per functie (in %)

<i>Functie</i>	<i>Intramuraal</i>		<i>Extramuraal</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>	<i>Aantal</i>	<i>Fte</i>
Totaal niet-cliëntgebonden functies:	18,8%	24,6%	10,2%	8,7%
Algemeen personeel	5,8%	7,8%	1,9%	2,8%
Administratief	0,0%	0,0%	1,1%	0,3%
Keuken en voeding	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Onderhoud	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Overig niet-cliënt	12,9%	16,8%	7,1%	5,5%
Totaal cliëntgebonden functies:	81,2%	75,4%	89,8%	91,3%
Verpleegkundig	1,9%	1,6%	7,0%	7,4%
Verzorgend	47,6%	50,7%	37,1%	37,7%
Helpende	20,4%	12,9%	17,6%	15,8%
Assisterende	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Leerling	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Behandel en ondersteunend	6,2%	5,2%	18,1%	18,7%
Overig cliëntgebonden	5,1%	5,1%	9,9%	11,6%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: werknemersenquête 2012.

Zorgmedewerkers niet in loondienst

Voor de bepaling van het aantal zorgmedewerkers niet in loondienst is in eerste instantie gebruikgemaakt van de gegevens die zijn vastgelegd in DigiMV.

De geregistreerde informatie in DigiMV verschilt echter tussen de verschillende jaren. De meest recent beschikbare gegevens zijn die over 2010. In de beschikbare gegevens na 2008 wordt echter voor een aantal groepen met een andere contractvorm (dus niet in loondienst) de omvang niet meer vastgelegd in aantal en fte. Het gaat hier onder meer om uitzendkrachten en inhuur. Wel wordt voor deze groepen vastgelegd wat de kosten zijn die een instelling maakt voor deze vormen van arbeid.

Werken met vergelijkbare groepen

Om de kosten van 2010 om te zetten naar fte is gekeken naar de gemiddelde kosten per fte in 2008. De eerste stap die hierbij is gemaakt, is dat in beide bestanden dezelfde groepen zijn aangemaakt van medewerkers niet in loondienst. In DigiMV wordt er in de jaren 2008 en 2010 niet met dezelfde groepen gewerkt. Hierdoor is er gewerkt met de hoogste 'gemene deler', om zo de omzetting van bedragen naar fte (voor 2010) te kunnen bewerkstelligen. Dit heeft geleid tot de volgende twee groepen:

- zelfstandige specialisten in vrij beroep en specialisten in loondienst elders;
- uitzendkrachten en (overige) inhuur.

Berekening en totstandkoming aantal fte in 2010

Op basis van de gegevens uit DigiMV over 2008 zijn voor beide groepen de gemiddelde kosten per fte (in de VVT) berekend. Om deze gemiddelde kostprijs toepasbaar te maken op 2010 is gecorrigeerd voor inflatie in 2009 en 2010.

Met deze gemiddelde kostprijs per fte per branche is nagegaan hoeveel fte de kosten in 2010 vertegenwoordigden.

Extrapolatie naar 2011

De vorige stap resulteerde in het aantal fte (werkzaam in de VVT) in 2010. Voor de extrapolatie van deze gegevens naar 2011 aan de hand van inflatiecijfers van het CBS.

Tabel IV.8 Aantal medewerkers niet in loondienst in de VVT per 31 december 2011
(x 1.000)

	<i>Uitzend en overige inhuur</i>	<i>Inhuur specialisten</i>	<i>Totaal</i>
	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>	<i>Fte</i>
VVT	14.000	700	14.700

Bron: DigiMV, bewerking Panteia.

BIJLAGE V Verantwoording werknemersenquête

Inleiding

Werknemersenquêtes zijn nodig, omdat de informatieverzameling over de arbeidsmarktsituatie uit bestaande bronnen niet alle benodigde informatie oplevert. De uit de enquêtes verkregen data maken het mogelijk om enerzijds een verdiepingsslag te kunnen slaan, waarbij de bestaande bronnen aangevuld en verbeterd kunnen worden, en anderzijds om meer duiding te kunnen geven aan de veelal cijfermatige data. De enquête wordt in het kader van het Onderzoeksprogramma AZW normaal gesproken tweejaarlijks uitgevoerd onder medewerkers in de branches in zorg en WJK. In 2011 was dat voor het laatst het geval. De in 2012 uitgevoerde werknemersenquête richtte zich alleen op medewerkers in de VVT. De voornaamste gebruiksdoelen waren het onderverdelen van werkgelegenheidscijfers naar intra- en extramuraal en het verzamelen van gegevens over niet door OCW bekostigde opleidingen en trainingen.

Steekproef

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle werkenden in de sectoren Verpleeg- en verzorgingshuis en Thuiszorg. Tabel 1 toont een overzicht van de onderzoekspopulatie naar CAO-code van de verzekeringsplichtige instelling die het UWV aantreft in de loonadministratie. Waar instellingen in meer branches actief zijn, kan deze code afwijken van de feitelijke activiteiten van de betreffende medewerker.

Tabel V.1 Onderzoekspopulatie (branche-indeling door UWV op basis van CAO-code verzekeringsplichtige instelling)

<i>Sector (o.b.v. CAO-code)</i>	<i>Aantallen</i>
Verpleeg-/verzorgingshuis	250.380
Thuiszorg	104.173
Totaal	354.553

Bron: UWV, polisadministratie, mei 2011.

Steekproefopzet

De (e-mail)adressen van werkenden in de sectoren Verpleeg- en verzorgingshuis en Thuiszorg zijn op twee manieren verkregen:

- Het UWV heeft adressen van werkenden in de sector Verzorg- en verpleeghuizen aan Panteia geleverd.
- Panteia heeft in 2011 de e-mailadressen van respondenten genoteerd die in de werknemersenquête van 2011 hebben aangegeven er geen bewaar tegen te hebben nogmaals benaderd te worden. Dit geldt voor een deel van de benaderde respondenten in de sectoren Verpleeg- en verzorgingshuis en voor alle benaderde respondenten in de Thuiszorg.

Er zijn twee argumenten waarom voor deze dubbele aanpak is gekozen:

- Het is kostenefficiënter om de enquête elektronisch te versturen en ontvangen. Bovendien geven veel van de respondenten er voorkeur aan om enquêtes elektronisch te ontvangen en te versturen en niet per post. Het bestand van het UWV bevat geen e-mailadressen. Er is daarom voor gekozen om zo veel mogelijk gebruik te maken van de via de werknemersenquête 2011 verkregen e-mailadressen van de werkenden in de sectoren.
- Door de gedurende het onderzoek gewijzigde doelstelling van het onderzoek zijn er geen adressen van de werkenden in de sector Thuiszorg opgevraagd bij het UWV. De via de enquête van 2011 verkregen adressen vormden dus de enige toegang van Panteia tot de adresgegevens van werkenden in de Thuiszorg.

Uit het hierboven beschreven adressenbestand is een brutosteekproef getrokken. Daarbij zijn alle adressen van respondenten die in 2011 hebben aangegeven nogmaals te willen deelnemen meegenomen en een deel van de door het UWV aangeleverde adressen. In totaal zijn 4.022 werkenden geselecteerd. Tabel 1.2 geeft de verdeling van de brutosteekproef over de verschillende (e-mail)adressenbestanden en sectoren weer.

Tabel V.2 Brutosteekproef

<i>Branche</i>	<i>UWV bestand</i>	<i>E-mailadressen verkregen uit de enquête van 2011</i>	<i>Totaal</i>
VV	2.766	287	3.053
T		969	969
Totaal VVT			4.022

Bron: UWV/Stratus.

Uit het UWV-bestand is een gestratificeerde steekproef getrokken. De stratificatie is zo vormgegeven dat de steekproef per cao-code (zo veel als mogelijk) evenredig is verdeeld over de (sub)regio's die het onderzoeksprogramma AZW hanteert (deze indeling sluit aan bij die van Regioplus). Daardoor is het mogelijk ook per (sub)regio betrouwbare uitspraken te doen.

Tabel V.3 Brutosteekproef naar regio's

<i>Regio</i>	<i>Aantallen</i>
Groningen	110
Drenthe	110
Friesland	110
Ijsselvecht	52
Twente	110
Noordwest-Veluwe	89
Stedendriehoek	110
Achterhoek	110
Zuid-West- en Midden-Gelderland	110
Flevoland	110
Gooi- en Vechtstreek	110
Utrecht	110
Noord-Holland Noord	72
Zaanstreek en Waterland	31
Amsterdam	110
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	110
Rijnstreek	110
Rijnmond	110
Haaglanden	93
Nieuwe Waterweg Noord	9
Drechtsteden	110
Zeeland	110
West-Brabant	110
Midden-Brabant	110
Noordoost-Brabant	110
Zuidoost-Brabant	110
Noord- en Midden-Limburg	110
Zuid-Limburg	110
Totaal	2.766

Bron: UWV/Stratus.

Dataverzameling

De respondenten zijn middels een brief/e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan onderzoek. In de brief/e-mail is de respondenten verzocht mee te werken aan een onderzoek waarin naar hun mening over hun huidige werksituatie wordt gevraagd. Drie weken nadat de brief/e-mail was verstuurd, hebben alle potentiële respondenten een rappel ontvangen. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode 25 juni tot en met 11 september 2012.

In totaal hebben 1.139 medewerkers aan dit onderzoek meegewerkt. Een respons van 28,3%.

Databewerking

De steekproeftrekking van een deel van de werkenden in de sector Verzorg- en verpleeghuizen heeft, zoals in paragraaf 1.2 beschreven, gestratificeerd plaatsgevonden. Ten einde statistische analyses te kunnen uitvoeren op dit deel van het bestand is het noodzakelijk aan respondent/case een weegfactor toe te kennen. Zodoende wordt de verdeling over de regio's weer aangepast aan de populatie. Een individuele respondent vertegenwoordigt daarmee een aantal personen in de totale populatie.

De weegfactor wordt berekend door voor iedere regio de populatie te delen door de respons. Een regio die in de steekproef relatief was ondervertegenwoordigd krijgt een hoge weegfactor, een regio die relatief was oververtegenwoordigd een lagere weegfactor.

Voor de sector Thuiszorg is het niet mogelijk om aan de respondent/case een weegfactor toe te kennen. Deze cases zijn niet uit de polisadministratie van het UWV getrokken. Er zijn dus geen gegevens bekend over de verdeling van de werkenden in de sector Thuiszorg over de verschillende regio's.

De gepresenteerde gegevens in de hoofdstuktekst betreffen om dezelfde reden alleen verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij uitvoering van een enquête in 2013 kan de Thuiszorg alsnog meegenomen worden.

Functies van de respondenten in de VV

Onderstaande tabellen laten zien in welke functies de respondenten in de verpleeg- en verzorgingshuizen werkzaam zijn. Wat betreft de inhoud van de functie is te zien dat ruim de helft (63,9%) van de medewerkers behoort tot het verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel (VOV-personeel). De resterende (36,2%) van de medewerkers heeft een niet-VOV-functie, bijvoorbeeld in management, staf, hotelfuncties of overige patiëntgerelateerde functies.

Tabel VI.4 Respondenten verpleeg- en verzorgingshuizen naar functie

<i>Functie</i>	<i>Percentage</i>
Algemeen personeel*	14,7%
Hotelfunctie**	9,1%
Leerling verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel	0,6%
Verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel	
Zorghulp/afdelingsassistent, verzorgingsassistent, zorgassistent/helpende functie	9,4%
Verzorgende functie/eerste verantwoordelijke verzorgende (EEV) of coördinerend verzorgende	49,4%
Begeleidende/agogische functie	1%
Algemene verplegende functie/gespecialiseerde verpleegkundige	4,1%
Overige patiënt- en bewonersgebonden functies***	9,1%
Overige Functies	2,7%

* *Onder algemeen personeel wordt verstaan management en staf/administratie en secretarieel/automatisering/opleiding/inkoop/personeel en organisatie.*

** *Onder Hotelfunctie wordt verstaan civiele dienst/keuken en voeding/magazijn, transport, restaurant/onderhoud/winkel, portier en receptie.*

*** *Onder overige patiënt- en bewonersgebonden functies wordt verstaan (medische) elektronica en revalidatietechniek/onderzoeksfunctie/behandel- en behandelingsondersteunende functie/apotheker/assistentfunctie/psychosociale behandel- en begeleidingsfunctie/medische functie/sociaal-wetenschappelijke functie.*

Bron: Stratus en Research voor Beleid, 2012.

Daarnaast is de sector ook in te delen in de categorieën intramuraal en extramuraal. Uit de enquête blijkt dat 83% van de respondenten officieel minstens voor de helft van zijn aanstelling werkzaam is in een intramurale functie.

Tabel VI.5 Respondenten verpleeg- en verzorgingshuizen werkzaam in een intramurale of extramurale functie

<i>Intramuraal vs. Extramuraal</i>	<i>Percentage</i>
Intramuraal	83,8%
Extramuraal	16,2%

Bron: Stratus en Research voor Beleid, 2012.