

Zorg voor mensen, mensen voor de zorg

Arbeidsmarktbeleid voor
de zorgsector richting 2025

Inhoudsopgave

1. Inleiding: De noodzaak om het arbeidsaanbod van zorgpersoneel te vergroten	3
2. Analyse: De groeiende kloof tussen vraag en aanbod van arbeid in de zorg	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Trend 1: De vraag naar zorg groeit en wordt complexer	5
2.3 Trend 2: Het arbeidsaanbod wordt schaarser	7
2.4 Trend 3: Het arbeidsaanbod wordt gevarieerder	9
2.5 Doemscenario	12
2.6 Vertrekpunt van het advies	13
2.7 Conclusie	22
3. Afbakening van het advies: De arbeidsmarkt in de zorg is meer dan het arbeidsaanbod van zorgwerknemers	23
4. Aanbevelingen om het arbeidsaanbod van zorgpersoneel te vergroten	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Investeren in een leven lang leren	29
4.3 Inspelen op diversiteit met arbeidsvoorwaarden	34
4.4 Optimaliseren van arbeidsorganisatie en inzetbaarheid	39
4.5 Werven met beleid	45
5. Conclusie: Samen in actie	49
Literatuur	53
Bijlage 1: Aanbevelingen per actor	55
Bijlage 2: Aanbevelingen per combinatie van actoren	59



1. Inleiding

De noodzaak om het arbeidsaanbod van zorgpersoneel te vergroten

Zorg is van het grootste belang voor ons nationaal welzijn. Toegankelijke, betaalbare zorg van goede kwaliteit draagt bij aan de kwaliteit van de samenleving. De zorg in Nederland is goed, ook in vergelijking met andere landen. Maar is dit houdbaar? Kunnen we de zorgvraag voor onze zieken, gehandicapten en ouderen ook in de toekomst aan?

Zorg is niet primair een kwestie van geld. De crux zit in het zorgpersoneel. Werken er in 2025 nog voldoende mensen in de zorg om de gevraagde care en cure te leveren?

Drie majeure trends dwingen ons om over deze vraag na te denken en naar oplossingen te zoeken; de toenemende zorgvraag, het schaarser wordende arbeidsaanbod door de beperkt groeiende beroepsbevolking en een steeds gevarieerder wordend arbeidsaanbod.

De eerste trend wordt vooral veroorzaakt door een vergrijzend Nederland. De eerste cohort van de omvangrijke babyboomgeneratie gaat nu met pensioen. Op dit moment is 15 procent van de bevolking 65-plusser. Dat aandeel groeit uit tot 22 procent in 2025. De levensverwachting neemt toe en daarmee ook de vraag naar zorg. Bovendien stimuleren technologische ontwikkelingen de zorgvraag. Het is prachtig dat complexe aandoeningen daardoor beter behandeld kunnen worden, maar het vereist vaak ook meer zorg.

De tweede trend, de vergrijzende beroepsbevolking, is de bottleneck. Gegeven het huidige arbeidsmarktbeleid, zullen er in 2025 niet of nauwelijks meer arbeidskrachten zijn dan in 2007. Erg schrijnend gezien de 470.000 extra krachten die dan in de zorg nodig zijn, bij ongewijzigd beleid en een groeiende zorgvraag van circa twee procent per jaar. Misschien vertroebelt de huidige recessie dit beeld, maar het risico van ernstige personeelstekorten op de middellange termijn is reëel. De situatie is daarmee anders dan 10 en 20 jaar geleden. Toen werden ook tekorten voorspeld. Uiteindelijk vielen die wel mee. Ze werden voor een belangrijk deel opgevangen door de hogere arbeidsparticipatie van vrouwen. Deze arbeidsreserve is nu in veel mindere mate beschikbaar. De structurele personeelstekorten die nu worden verwacht, kunnen loonopdriving stimuleren en daarmee de betaalbaarheid van de zorg in het geding brengen. Bovendien kunnen door personeelstekorten de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg ernstig onder druk komen te staan.

De derde trend betreft een steeds grotere variëteit in het arbeidsaanbod. Deze trend wordt vooral veroorzaakt door demografische en sociaalculturele ontwikkelingen zoals ontgroening, vergrijzing en veranderende waardepatronen.

Kortom, deze drie trends vormen meer dan genoeg reden om aandacht te schenken aan het arbeidsaanbod van zorgpersoneel op de lange termijn. In dat licht hebben de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Zorginnovatieplatform (ZIP) om advies gevraagd over mogelijke maatregelen om het dreigende scenario af te wenden en de goede Nederlandse zorg in stand te houden. Dit rapport is de uitwerking van deze opdracht. De commissie heeft zich beperkt tot maatregelen die zich richten op het vergroten van het arbeidsaanbod van vooral verzorgenden en verpleegkundigen en het verbeteren van hun productiviteit.

Andere maatregelen die de vraag naar arbeid in zorg kunnen terugdringen – denk aan de omvang van het verzekerde pakket, preventie, het vergroten van zelfredzaamheid, mantelzorg en arbeidsbesparende innovaties – worden ook opgepakt door het ZIP en het ministerie van VWS. Maar in dit rapport ligt de focus op de (kansen op de) arbeidsmarkt.

De commissie komt tot een palet aan adviezen aan de overheid en betrokken zorgpartijen, in het besef dat dit geen honderd procent garantie op de oplossing biedt. Dat kan ook niet, daarvoor is de uitdaging te complex. Natuurlijk zijn er kansen en om die te pakken moet iedereen alle zeilen bijzetten.

De aanbevelingen worden geïllustreerd met goede voorbeelden uit de zorgsector (TNO 2009) om te inspireren en te overtuigen dat er allerlei oplossingen mogelijk zijn. De praktijk bewijst het zelf.



2. Analyse

De groeiende kloof tussen vraag en aanbod van arbeid in de zorg

2.1 Inleiding

Zeker ná de huidige economische recessie wordt het, bij ongewijzigd beleid, steeds lastiger om te voorzien in voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel. Het is belangrijk om nu te handelen en niet te wachten tot de problemen onoplosbaar zijn. Tot 2025 springen daarbij drie trends in het oog. Ten eerste wordt de zorgvraag fors groter en complexer. Ten tweede wordt het aanbod van werknemers schaars en ten derde neemt de variëteit in het schaarse arbeidsaanbod toe. Zonder krachtig ingrijpen leidt dit tot meer (loon)concurrentie om het schaarser wordende personeel. Ook komen – mede daardoor – de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg in het gedrang. Een analyse van de huidige arbeidsmarkt in de zorg laat zien dat er mogelijkheden zijn om in te grijpen. Deze vormen het vertrekpunt van het advies.

2.2 Trend 1: De vraag naar zorg groeit en wordt complexer

Een belangrijke drijvende kracht achter de groeiende en complexere zorgvraag is de demografische opbouw van de bevolking. Zo zijn er in 2025 meer ouderen met meervoudige aandoeningen en meer chronisch zieken.

Tot 2025 groeit het aantal 65-plussers van 2,5 naar 3,7 miljoen en het aantal 80-plussers van 640.000 naar 910.000 (CBS Statline). In tabel 1 staan de gevolgen van deze demografische ontwikkeling voor chronische aandoeningen. Naast het volume-effect van ongeveer 6,5 procent, – een grotere bevolking heeft bij een constante samenstelling nu eenmaal meer zieken – is er vooral sprake van de gevolgen van vergrijzing. Dat laatste is terug te zien in de sterke toename van ‘ziekten van de oude dag’, zoals hartfalen (47 procent, waarvan 40 procent door vergrijzing), dementie (45 procent, waarvan 38 procent door vergrijzing) en beroerte (44 procent, waarvan 37 procent door vergrijzing). Dit gaat gepaard met een groeiend aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen (RIVM 2006). De intensiteit (zorgzwaarte) en de duur van de benodigde zorg wordt hierdoor groter.

Tabel 1: Top 10 snelst stijgende chronische aandoeningen voor 2003 en 2025

	2003 (in duizenden personen)	2025 (in duizenden personen)	Toename totaal (%)	Toename door veranderde samenstelling bevolking (%)
Hartfalen	179	263	47	40
Dementie	102	148	45	38
Beroerte	229	329	44	37
Gezichtsstoornissen	543	779	43	37
Coronaire hartziekten	676	959	42	36
COPD	316	438	39	32
Artrose	682	929	36	30
Osteoporose	156	212	36	29
Ouderdoms/lawaaidoofheid	534	723	35	29
Diabetes mellitus	609	80	33	26

Bron: RIVM 2006

Ontwikkelingen in de medische technologie vormen één van de belangrijkste factoren die de groeiende zorgvraag de afgelopen decennia beïnvloed hebben (CPB 2007b). Ook in de nabije toekomst zullen nieuwe technologieën tot nieuwe en verbeterde behandelingen leiden. Hierdoor zal de levensverwachting verder stijgen, maar – doordat de zorgvraag sterk toeneemt met de leeftijd – ook de vraag naar zorg.

Daarnaast stijgt ook het aantal mensen met een allochtone achtergrond. Zij hebben een andere zorgvraag dan mensen met een autochtone achtergrond (RIVM 2006). Ook heeft de individualisering tot nu toe geleid tot een grotere zorgvraag. Samen met de veranderende bevolkingssamenstelling en de technologische ontwikkelingen zal de zorgvraag hierdoor complexer worden (Ministerie van VWS 2007). Dit alles vraagt om personeel met een diversiteit aan kwalificaties.

2.3 Trend 2: Het arbeidsaanbod wordt schaarser

De groei van het arbeidsaanbod zal ver achterblijven bij de vraag naar arbeid.

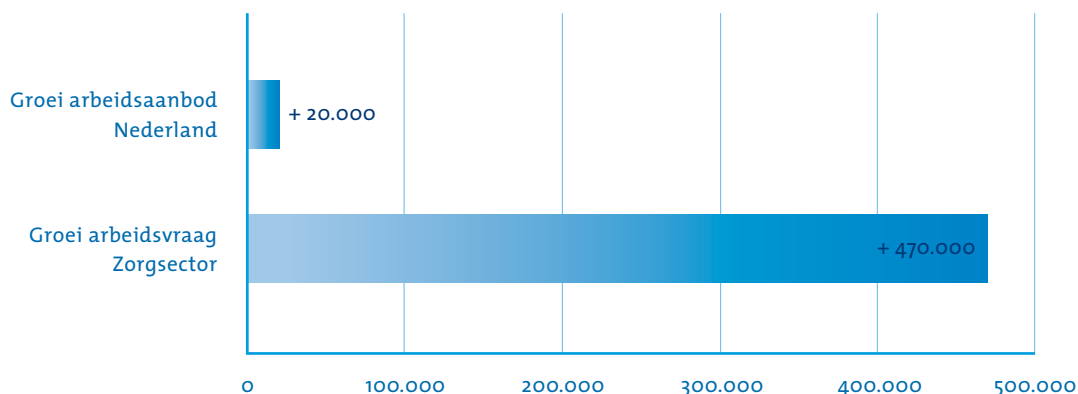
Voor de arbeidsmarkt zijn de volgende twee demografische ontwikkelingen van belang:

- de ontgroening: er komen minder jongeren op de arbeidsmarkt;
- de vergrijzing: er stromen meer (oudere) werknemers uit.

Door de ontgroening en de vergrijzing verwacht het CPB dat – bij ongewijzigd beleid – de beroepsbevolking tussen 2015 en 2020 zal dalen. Hierdoor telt de beroepsbevolking in 2025 per saldo slechts ongeveer 20.000 personen meer dan in 2007 (CPB 2009a).

In de Arbeidsmarktbrief 2007 van het ministerie van VWS was het blikveld beperkt tot 2020, een jaar waarin de beroepsbevolking circa 250.000 personen meer omvat dan in 2007 (Ministerie van VWS 2007). In de vijf jaren daarna wordt de impact van de ontgroening en vergrijzing pas echt goed zichtbaar. Bij ongewijzigd beleid groeit de behoefte aan werkenden in de zorg tot 470.000 extra mensen, beduidend meer dan de groei van het totale arbeidsaanbod in Nederland (zie figuur 1). Het zou betekenen dat het aandeel werkenden in de zorg in 15 jaar tijd zou moeten stijgen van 13 tot 20 procent. Gezien de structurele krapte op de arbeidsmarkt, waardoor de zorgsector niet de enige sector is die naarstig op zoek moet naar extra personeel, moet de zorgsector alle zeilen bijzetten om de noodzakelijke zorg te kunnen blijven leveren.

Figuur 1: Groei werkgelegenheid zorgsector en arbeidsaanbod Nederland tot 2025



Bron: CPB 2009a, CBS statline, bewerking Ministerie van VWS

De genoemde groei van 470.000 werknemers is overigens een voorzichtige schatting waarbij is uitgegaan van een groeiende zorgvraag met twee procent per jaar. Dat is bijna een procent minder dan de middellangetermijnsscenario's van het CPB (2007a) en ook circa een procent lager dan de gerealiseerde werkgelegenheidsgroei in het afgelopen decennium. Verder is rekening gehouden met een productiviteitsgroei in de zorg van 0,5 procent per jaar.

Als gevolg daarvan zal de vraag naar zorgpersoneel met 0,5 procent per jaar minder hard groeien dan de zorgvraag. In de arbeidsmarktbrief van het ministerie van VWS (2007) is uitgegaan van een productiviteitsgroei van nul procent per jaar. Als in deze berekening was uitgegaan van een dergelijke productiviteitsgroei, zou de arbeidsvraag van de zorgsector wel kunnen groeien tot 600.000 mensen.

In navolging van het CPB veronderstelt figuur 1 dat de arbeidsparticipatie stijgt van 74,5 procent in 2007 naar 77,2 procent in 2025. Vrouwen en ouderen (m/v) leveren een belangrijke bijdrage hieraan. Het arbeidsaanbod van vrouwen neemt naar verwachting verder toe doordat oudere generaties vrouwen met een lage participatie plaats maken voor jongere generaties vrouwen met een hoger opleidingsniveau en een hogere arbeidsparticipatie. Daarnaast groeit de participatie ook door recente hervormingen van regelingen voor vervroegde uittreding en arbeidsongeschiktheid (CPB 2009a). De stijgende arbeidsparticipatie wordt in 2025 echter vrijwel volledig gecompenseerd door de daling van het aantal mensen in de arbeidzame leeftijd (20-65 jaar). De verhoging van de pensioenleeftijd van 65 tot 67 jaar zal de daling van het arbeidsaanbod matigen. In hoeverre dit het geval zal zijn, is nu nog niet te voorzien.

2.4 Trend 3: Het arbeidsaanbod wordt gevarieerder

Door demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen wordt de Nederlandse beroepsbevolking gevarieerder. Werkgevers hebben steeds vaker te maken met mannen en vrouwen van verschillende herkomst, met specifieke wensen en behoeften, die werk, – al dan niet in deeltijd – combineren met andere taken en bezigheden (SER 2009).

Vrouwen hebben een inhaalslag gemaakt op de arbeidsmarkt: de participatie van vrouwen (van 15 tot 65 jaar) is het afgelopen decennium sterk gestegen: van 45 procent in 1996 naar 59 procent in 2008 (CBS Statline). Verwacht wordt dat dit percentage verder stijgt tot 62 procent in 2025 (CPB 2009a). Momenteel bestaat 45 procent van de werkenden uit vrouwen. De zorgsector wijkt – met 83 procent vrouwelijke werknemers – hiervan af (Arbeid in Zorg en Welzijn 2008). De omvang van de gemiddelde werkweek wijkt echter niet af. Zowel in de zorg als economiebreed werken vrouwen gemiddeld 24 uur per week (BMC 2009).

De vergrijzing van de bevolking drukt op de arbeidsparticipatie, maar de financiële aantrekkelijkheid van vervroegd uittreden is fors teruggedraaid. Dit leidt tot een hogere arbeidsparticipatie in de leeftijdsgroep van 55 tot 65 jaar. Die zal naar verwachting stijgen van 45 procent in 2008 tot 60 procent in 2020 (CPB 2009b). Economiebreed is de gemiddelde uittreedleeftijd gestegen naar 62 jaar (Commissie Arbeidsparticipatie 2008). In de zorg gaan mensen gemiddeld eerder met (vervroegd) pensioen, namelijk met 60 jaar (Prismant 2008a).

Daarnaast wordt het aanbod van werknemers gevarieerder door de toename van het aantal allochtonen. Er is sprake van verkleuring in de samenleving. In 2008 was één op de vijf personen in de potentiële beroepsbevolking van allochtone herkomst. In 2025 zal dat één op vier zijn. Eind 2008 nam 57 procent van de niet-westerse allochtonen deel aan het arbeidsproces. Voor de autochtone bevolking lag dat percentage op bijna 70. Westerse allochtonen komen hier met 67 procent dicht in de buurt. De arbeidsparticipatie van vooral niet-westerse allochtonen blijft achter (SER 2009). Dit geldt ook voor de zorg. In 2004 was minder dan één op 20 vrouwelijke werknemers van niet-westerse afkomst, terwijl het aandeel niet-westerse vrouwen binnen de vrouwelijke beroepsbevolking ongeveer één op tien was (RWI 2008).

Tot nu toe was er vooral oog voor de zichtbare eigenschappen: geslacht, leeftijd en etniciteit. Maar ook minder zichtbare eigenschappen beïnvloeden hoe mensen in hun werk staan, denk aan wensen, behoeften, belastbaarheid, ziekte of handicap, competenties, werkstijlen en karaktereigenschappen. Iedere werkende heeft een eigen, unieke combinatie van al deze eigenschappen. Dat beïnvloedt hoe mensen leren, wat ze nodig hebben om gezond te blijven en wat hen motiveert (SER 2009).

Motivaction heeft deze niet zichtbare eigenschappen in kaart gebracht en richtte zich hierbij vooral op generaties en waardepatronen. Deze focus sluit zichtbare verschillen zeker niet uit. Minder zichtbare verschillen in waarden en normen blijken deels gerelateerd aan zichtbare eigenschappen zoals geslacht en – gezien de nadruk op generaties – leeftijd. Op basis van onderzoek onderscheidt Motivaction acht sociale milieus in de huidige Nederlandse samenleving, elk met een eigen levensinstelling en eigen persoonlijke waarden (zie tabel 2).

Tabel 2: Mentality milieus, kernwaarden en positie ten aanzien van werk

Mentality milieu	Kernwaarden	Werken
Traditionele burgerij	- Behoudend - Plichtsgetrouw - Moralistisch	- Ondergeschikt aan gezinsleven - Gedisciplineerd
Gemaksgeoriënteerden	- Vrij, gemakkelijk en zorgeloos	- Weinig ambitie - Geen vastigheid of verantwoordelijkheid
Moderne burgerij	- Balans tussen traditie en vernieuwing - Conformistisch - Statusgevoelig	- Zekerheid - Inkomen én uitdaging
Nieuwe conservatieven	- Hiërarchisch - Technologische vernieuwing - Sociaal-cultureel Conservatisme	- Verschaft identiteit - Superieur aan privé
Kosmopolieten	- Integratie van materiële en immateriële waarden	- Centrale drijfveer - Ambitieuw - Inkomensverbetering - Verschaft identiteit en status
Opwaarts mobilen	- Carrièregericht - Individualistisch - Statusgevoelig	- Centrale drijfveer - Verschaft identiteit en status - Inkomensverbetering
Postmaterialisten	- Maatschappelijk nut - Immateriële waarden	- Geen centrale drijfveer - Balans zoeken tussen werken en privéleven - Maatschappelijk nuttig zijn
Postmoderne hedonisten	- Vrijheid - Experiment - Vernieuwing	- Geen centrale rol - Ondergeschikt aan privé

Bron: Prismant en Motivaction 2009

Per generatie verschuift de verdeling van de milieus en daarmee ook het kenmerkende waardepatroon van iedere nieuwe generatie. Dit beeld typeert elke generatie in algemene zin. In werkelijkheid kent iedere generatie natuurlijk vele nuances die zijn ontstaan door de verschillende waardeoriëntaties van mensen die invloed hebben op allerlei levensdomeinen, dus ook op de opleidings- en beroepskeuze. Inzicht in hoe de waardepatronen verschillen per generatie is van belang voor het vinden en houden van aansluiting bij alle generaties.

Tabel 3 laat zien dat niet alle mentality milieus evenredig werkzaam zijn in de zorgsector. Postmaterialisten en traditionele burgers zijn (met ongeveer 200.000 mensen) oververtegenwoordigd bij de ruim 1,2 miljoen werknemers in zorg en welzijn. Kenmerkende waarden voor deze milieus zijn: behoudendheid, plichtsgetrouw, moralistisch, balans tussen traditie en vernieuwing, conformistisch, maatschappelijk nut, immateriële waarden.

Dit waardeprofiel vormt een contrast met de waarden die aansluiten bij de opwaarts mobielen en de gemaksegeoriënteerden. Zij zijn met ongeveer 140.000 personen ondervertegenwoordigd in zorg en welzijn. Dit zijn juist de mentality milieus die belangrijk zijn onder de jongste generatie. Kenmerkende waarden voor deze milieus zijn: carrièrerichtheid, individualisme, vrij, gemakkelijk en zorgeloos leven, vrijheid, experimenteren en vernieuwing. Voor de toekomst is het van belang dat de milieus die oververtegenwoordigd zijn in de zorg, behouden blijven, terwijl de milieus die ondervertegenwoordigd zijn juist meer aangetrokken worden. Lukt de zorgsector dat niet goed genoeg, dan ontstaat er ook om die reden een groeiend gat in de personeelsvoorziening in de zorg (Prismant en Motivaction 2009).

Tabel 3: Mentality milieus in zorg en welzijn en de beroepsbevolking in 2008 en 2025

Verdeling Mentality milieus	Werknemers in Zorg en Welzijn	Beroepsbevolking 2008	Beroepsbevolking 2025
Moderne burgers	21%	22%	22%
Postmaterialisten	20%	11%	9%
Traditionele burgers	17%	13%	11%
Postmoderne hedonisten	11%	12%	13%
Kosmopolieten	11%	10%	11%
Opwaarts mobielen	7%	13%	15%
Gemaksgeoriënteerden	7%	10%	12%
Nieuwe conservatieven	6%	8%	7%
	100%	100%	100%

Bron: Prismant en Motivaction 2009

2.5 Doemscenario¹

De drie genoemde trends zetten de arbeidsmarkt in de zorg onder druk. Voordat wordt ingegaan op maatregelen om knelpunten te voorkomen of te verminderen, is het zinvol om na te gaan wat er gebeurt als er géén maatregelen genomen worden. Anders gezegd: wat gebeurt er als het marktmechanisme zijn gang kan gaan? In dit scenario kan het prijsmechanisme zorgen voor een evenwicht tussen vraag en aanbod van arbeid. Dat vereist vrije prijzen, op de arbeidsmarkt, maar ook op de zorgmarkt. Dat impliceert dat mensen meer keuzes krijgen: hoeveel zorg willen ze en waarvoor willen ze zich verzekeren?

In theorie kunnen personeelstekorten in de zorg dan als volgt opgelost worden:

1. door de tekorten stijgen de lonen. De loonstijging maakt werken in de zorg relatief aantrekkelijker dan werken in andere sectoren. Dit heeft een positieve invloed op het aanbod van arbeid in de zorg. Meer studenten zullen kiezen voor een beroep in de zorg en meer werknemers uit andere sectoren stromen in;
2. de stijging in de lonen leidt tot hogere zorgkosten en daardoor tot prijsstijgingen in de zorg. Hierdoor daalt de vraag naar zorg en daardoor ook de vraag naar arbeid in de zorg;
3. de lonen stijgen tot er een evenwicht is bereikt tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel.

Dit scenario vereist dat het prijsmechanisme op de arbeids- en de zorgmarkt tot voldoende gedragsreacties leidt:

- hogere lonen leiden tot substantieel meer aanbod van zorgpersoneel;
- hogere zorgprijzen leiden tot substantieel minder vraag naar zorg.

Bij beide voorwaarden kunnen vraagtekens geplaatst worden.

Onderzoek laat zien dat loonstijgingen slechts beperkt leiden tot een groter aanbod van zorgpersoneel; een stijging van het uurloon met tien procent leidt slechts tot een toename van de aangeboden arbeid van twee tot drie procent. Het effect op werknemers in de zorg is nog beperkter dan bij mensen die nog niet in de zorg werken (Philips 1995; Askilden en Molmas 2002; Saether 2004; Kankaanranta en Pissanen 2009). Deze laatste groep bestaat overigens vooral uit lager opgeleiden en mensen met gezondheidsbelemmeringen. Een hogere beloning alleen volstaat niet om deze mensen succesvol te laten integreren in de zorg. Uit internationaal onderzoek blijkt verder dat de zorgvraag weinig gevoelig is voor prijseffecten. Zorg is geen vrijblijvend goed dat naar believen wordt aangeschaft. Integendeel, de vraag doet zich vaak onverwacht voor en soms acuut.

De lage gevoeligheid – van zowel het arbeidsaanbod als de zorgvraag – voor prijseffecten heeft tot gevolg dat er alleen een evenwicht tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel ontstaat bij zeer hoge loonstijgingen. Daarmee komt de betaalbaarheid in het geding en – in het verlengde daarvan – de toegankelijkheid, vooral voor de minder draagkrachtigen. In dit scenario leiden stijgende lonen tot stijgende zorgprijzen en -premies en tot een grotere druk op de collectieve middelen zonder dat er meer zorg wordt geleverd. Daarnaast leiden prijsstijgingen tot problemen in de kwaliteit van de zorg.

¹ Deze paragraaf is gebaseerd op het rapport 'Uitwerken 0-scenario arbeidsmarkt zorg' van SEOR (2009).

Om langere wachttijden en nieuw duur personeel te voorkomen, worden de productienormen voor het zittend personeel opgeschroefd. Dit verhoogt de werkdruk en het leidt tot minder ruimte voor het opleiden van stagiaires, het inwerken van personeel en de ontwikkeling van zittend personeel. Het heeft ook gevolgen voor de Nederlandse economie als geheel. Door de sterk stijgende lonen in de zorgsector kan de marktsector niet achterblijven in de concurrentie om het steeds schaarser wordende personeel. Hierdoor komt de internationale concurrentiepositie onder druk te staan. Het systeem kraakt daarmee aan alle kanten. De conclusie is dan ook dat een scenario waarin de arbeidsmarktknelpunten in de zorg via het prijsmechanisme opgelost worden tot onacceptabele uitkomsten leidt en daarom voorkomen moet worden.

2.6 Vertrekpunt van het advies

Er dreigt een groeiende kloof te ontstaan tussen vraag en aanbod van arbeid in de zorg. Enerzijds wordt de zorgvraag groter en meer pluriform. Anderzijds wordt het arbeidsaanbod schaarser en gevarieerder. Hierdoor wordt zowel het werven van nieuw personeel als het behouden en efficiënt inzetten van de huidige werknemers een steeds grotere uitdaging voor de gezondheidszorg.

Gelukkig zijn er kansen om deze uitdaging aan te gaan. De huidige, tijdelijke economische recessie biedt mogelijkheden om de arbeidsdeelname onder groepen die ondervertegenwoordigd zijn in de zorg te bevorderen. Dit geldt bijvoorbeeld voor mannen. Zij vormen slechts 17 procent van het personeelsbestand. Hier is dus nog veel arbeidspotentieel. Daarnaast stijgt de jeugdwerkloosheid momenteel sterk, terwijl het op de lange termijn cruciaal is dat jongeren in de zorg instromen.

Ervaren knelpunten zorgwerkgevers

Werkgevers in de zorg ervaren het aantrekken van (nieuw) personeel nog altijd als het grootste arbeidsmarktknelpunt. In 2009 geldt dat voor meer dan de helft van de werkgevers (zie tabel 4). De tabel geeft een beeld van de problemen die zorg- en welzijnsinstellingen momenteel ervaren. Opvallend is dat, ondanks de huidige recessie, alle acht de genoemde aspecten in belang zijn toegenomen. In de huidige laagconjunctuur is het eenvoudiger om personeel voor lagere functies, – die minder specifieke scholing vergen – aan te trekken. Voor hoger gekwalificeerde functies (vanaf mbo niveau 3) is het minder eenvoudig om te profiteren van de huidige recessie. Daar speelt veel meer of er voldoende mensen opgeleid worden (Prismant 2009).

Tabel 4: De door werkgevers ervaren knelpunten bij personeel in percentages, januari 2009

Knelpunt	2009 (%)	Mutatie t.o.v. 2007 (%)
Het aantrekken van (nieuw) personeel	52	+3
Beheersing van de werkdruk	46	+4
Onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/vakanties	41	+4
Vergrijzing van het personeel	41	+7
Ziekteverzuim en/of WAO-instroom	33	+4
Loonkosten	28	+1
Inzetbaarheid van het personeel	28	+3
Onder- of overkwalificatie van personeel	28	+4

Bron: Prismant 2009

Werven van nieuw personeel

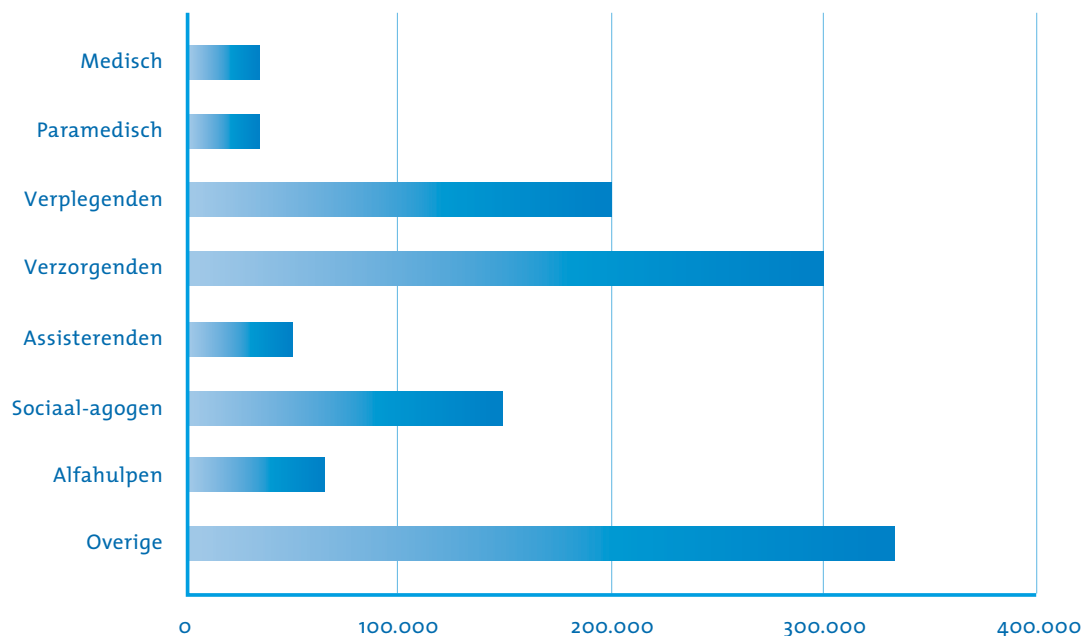
60 procent van de mensen die in 2007 een baan vond in de zorg en welzijn, had al een relatie met de sector, via een andere baan, via school of via een uitzendbureau (zie de eerste drie rijen in tabel 5). Uit de tabel blijkt ook dat er onder andere groepen veel animo is om in de zorg aan de slag te gaan. De instromers van buiten de zorg vormen samen 40 procent van de totale instroom. Dat zijn ruim 80.000 mensen.

Tabel 5: Nieuwe werknemers naar belangrijkste instroomsituatie in percentages, 2007

Categorie	2007 (%)
Al werkend in de zorgsector	37
Schoolverlater	18
Werkend via uitzendbureau/detacheringsbureau	5
Werkend buiten de zorgsector	10
Zonder werk en zonder uitkering	9
Arbeidsongeschiktheid (WAO/WIA)	8
Zonder werk met uitkering	6
Overig	7
Totaal	100

Bron: Werknemersenquête 2007

De zorgsector is een pluriforme sector met veel verschillende functies. In figuur 2 staan de belangrijkste beroepsgroepen. De categorie 'overig' is de meest omvangrijke en bestaat onder andere uit technisch -, medisch technisch -, catering -, onderhouds - en administratief personeel.

Figuur 2: Aantal werkenden in de zorgsector naar beroeps categorie, 2008

Bron: AZWinfo.nl en Prismant 2009

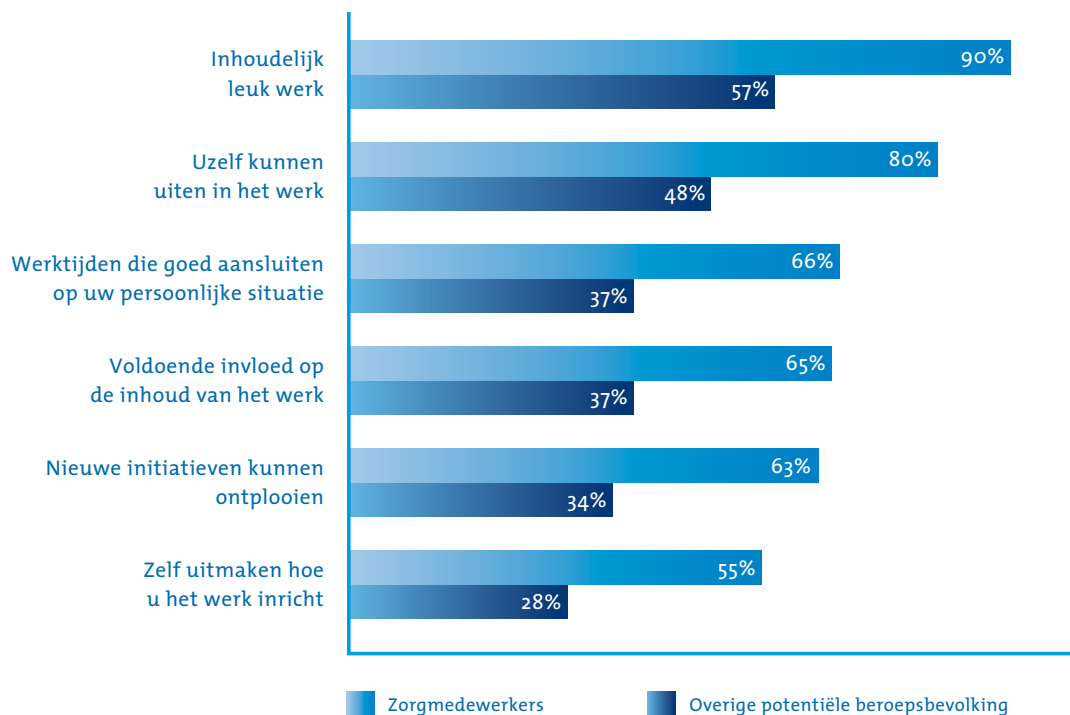
Percepties over werken in de zorg

90 procent van de werknemers in de zorg ziet het eigen werk als inhoudelijk aansprekend. Opmerkelijk is dat een ruime meerderheid (57 procent) van de overige beroepsbevolking dit met hen eens is. Ook opvallend is dat jongere generaties veel minder positief zijn over de sector dan oudere generaties. Toch vindt een vijfde van de overige beroepsbevolking (ongeveer 1,6 miljoen mensen) het aantrekkelijk om in de toekomst in de zorgsector te gaan werken (Prismant en Motivaction 2009).

Aspecten die het meest gekoppeld worden aan de zorgsector, hebben voor de werkers in de sector én voor de overige beroepsbevolking te maken met sociaal zijn (je inzetten voor anderen én voor de maatschappij), de sfeer en inhoud van het werk en de zekerheid van voldoende werk.

De zorgwerkers en de overige beroepsbevolking hebben deels ook een verschillend beeld over werken in de gezondheidszorg. De top 6 van aspecten die zorgwerkers veel meer van toepassing vinden op de sector dan de overige beroepsbevolking, staat in figuur 3. Een minderheid van de overige beroepsbevolking vindt dat de werktijden in de zorg aansluiten bij de persoonlijke situatie, dat er voldoende invloed is op de inhoud van het werk, dat er nieuwe initiatieven kunnen worden ontplooid en dat medewerkers het werk zelf kunnen inrichten. Zorgwerkers zelf zijn daar veel positiever over (Prismant en Motivaction 2009). Blijkbaar is het in de zorg minder negatief dan veel buitenstaanders veronderstellen. Omdat deze werkaspecten in het algemeen belangrijk worden gevonden, biedt dat bij een goede communicatie perspectief op extra wervingsmogelijkheden.

Figuur 3: Grootste verschillen in perceptie over het werken in de zorg tussen zorgwerkers en de overige beroepsbevolking



Bron: Prismant en Motivaction 2009

Goede arbeidsvoorwaarden zijn voor 90 procent van de zorgwerkers en de overige beroepsbevolking van belang. 64 procent van de zorgwerkers vindt dat de zorgsector goede arbeidsvoorwaarden biedt, tegen 42 procent van de overige beroepsbevolking over hun eigen arbeidsvoorwaarden (Prismant en Motivaction 2009). Voor de primaire arbeidsvoorwaarden geldt het omgekeerde. Het beeld bestaat dat de salarissen in de zorg lager zijn dan gemiddeld. Dit beeld klopt alleen voor de hoger opgeleiden in de zorg. In 2004 verdienden werknemers met een lage of middelbare opleiding in de zorg gemiddeld drie procent meer dan vergelijkbare werknemers in de marktsector. Hoger en wetenschappelijk opgeleiden verdienen gemiddeld 14 en 4 procent minder dan vergelijkbare werknemers in de marktsector. Vooral voor hbo'ers blijft de betaling achter. Dit lijkt te komen doordat de functiestructuur in de marktsector gedifferentieerder is dan in de zorg, waardoor hoger opgeleiden buiten de zorg makkelijker carrière kunnen maken (SEO 2006).

Werven van schoolverlaters

Uit tabel 5 blijkt dat 18 procent van de nieuwe werknemers in 2007 bestond uit schoolverlaters. Vanaf 2011 verwacht RegioMarge echter een langzaam afnemende instroom bij verpleegkundige - en verzorgende opleidingen. Dit komt door een dalend aanbod van leerlingen uit het voortgezet onderwijs. Daarnaast haalt niet iedereen die aan een opleiding begint de eindstreep. Het studierendement (zie tabel 6) geeft aan welk percentage van de instromers een opleiding met succes afronden. Bovendien gaat niet iedereen die een diploma haalt, direct werken in de zorgsector.

In tabel 6 wordt overigens geen rekening gehouden met studenten die overstappen naar een andere zorgopleiding of die na hun diplomeren kiezen voor een vervolgopleiding. Dat leidt vooral bij de BOL-opleidingen tot onderschatting van zowel het studie- als het sectorrendement. Van de gediplomeerde BOL'ers op niveau 1 en 2 begint ruim de helft met een vervolgopleiding en blijft daarmee behouden voor de sector.

Tabel 6: Studie- en sectorrendement van de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden

	Studierendement		Sectorrendement	
	BBL	BOL	BBL	BOL
Verpleging niveau 5	64	64	95	87
Verpleging niveau 4	65	63	85	68
Verzorging niveau 3	69	66	89	69
Helpende zorg niveau 2	83	71	84	25
Zorghulp niveau 1	87	71	62	30

Bron: RegioMarge 2009

Behoud en inzetbaarheid van werknemers

Omdat er de komende jaren verhoudingsgewijs steeds minder jongeren op de arbeidsmarkt komen, wordt het behouden en efficiënt inzetten van werknemers een steeds grotere uitdaging voor de gezondheidszorg. Ook nu al ervaren werkgevers knelpunten op het gebied van behoud en inzetbaarheid. Zo wijst 46 procent van de werkgevers op de werkdruk, 41 procent op de vergrijzing en 33 procent op het ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid (zie tabel 4). Landelijk ligt het ziekteverzuim iets lager; 4,0 procent in 2005 tegen 4,7 procent voor de sector zorg en welzijn. Volgens 37 procent van de werknemers is de oorzaak van hun ziekteverzuim (deels) te wijten aan het werk. Van deze groep verwijst 32 procent naar de werkdruk en eenzelfde percentage naar de arbeidsomstandigheden (Werknemersenquête 2007). Vooral de mentale belasting in zorg en welzijn is groter dan elders. 56 procent van het personeel kenmerkt de werkzaamheden als emotioneel zwaar ten opzichte van 29 procent economiebreed. Daarnaast heeft 30 procent te maken met agressie op de werkplek, vergeleken met 15 procent in alle sectoren samen. Ten slotte komt de sector met 43 procent op de tweede plaats – na de bouwsector met 57 procent – als het gaat om lichamelijk zwaar werk (OSA 2008).

Bij vertrek benadrukken vooral ouderen onder het verplegend en verzorgend personeel de geestelijke en lichamelijke zwaarte van het werk. Dat neemt niet weg dat de uittreedleeftijd van ouderen in de zorg de afgelopen jaren sterk gestegen is. In 2000 ging de helft van het personeel al voor het zestigste jaar met (vervroegd) pensioen. Inmiddels is dat nog maar een kwart. De gemiddelde (vervroegde) pensioenleeftijd ligt inmiddels op 60 jaar. Vergeleken met andere sectoren (62 jaar) is dat aan de lage kant. Daar is dus nog het nodige te winnen.

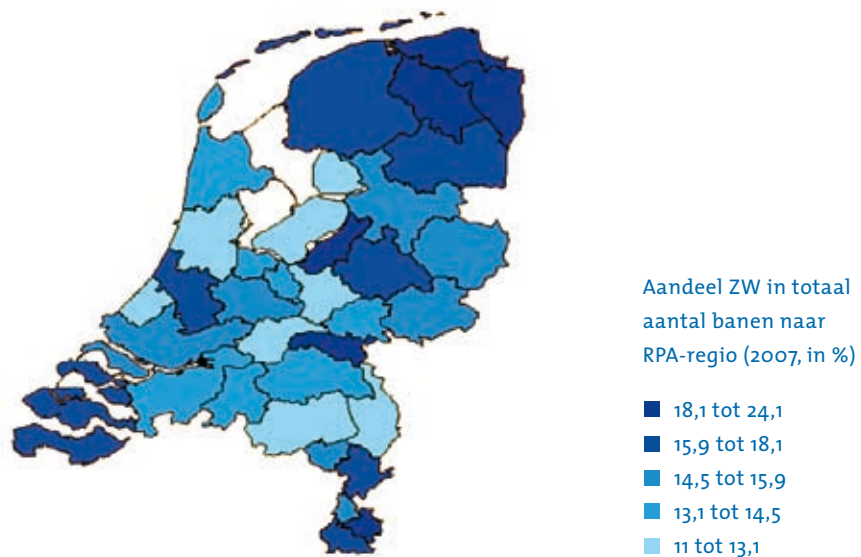
De gezondheid van oudere werknemers is de afgelopen decennia verbeterd en zal de komende decennia waarschijnlijk nog verder verbeteren. Er komen dus minder gezondheidsbelemmeringen om vervroegd uit te treden. Wel zijn er, en dat zal zeer waarschijnlijk zo blijven, grote verschillen in de gezondheid tussen oudere werknemers. Deze verschillen zijn groter dan bij hun jongere collega's. Er zijn oudere werknemers die nog jaren zeer productief kunnen werken, maar er zijn ook oudere werknemers die het niet meer kunnen bijbenen. Deze gezondheidsverschillen vereisen flexibel beleid voor oudere werknemers (ministerie van VWS 2007). Dit is hoe dan ook van belang voor alle werknemers. Zo vindt 86 procent van de zorgwerknemers het belangrijk dat werktijden goed aansluiten bij de persoonlijke situatie (Prismant en Motivaction 2009).

Zelfs personeel dat op zoek is naar een andere werkring, is vaak nog te behouden. In een enquête onder zorgpersoneel gaf 65 procent van de respondenten die op zoek waren naar een andere werkring aan graag binnen de sector zorg en welzijn werkzaam te blijven. Waarom stonden ze dan toch op het punt van vertrekken? Het merendeel, 58 procent, zegt toe te zijn aan een nieuwe uitdaging. Voor 36 procent is dit de belangrijkste reden. Ruim een kwart noemt het gebrek aan voldoening in het werk als een belangrijke reden, gevolgd door ontevredenheid over het salaris (22 procent) en de wijze van leidinggeven (21 procent) (Werknemersenquête 2007).

Regionale differentiatie

Tot nu toe is een landelijk beeld geschetst van de situatie op de arbeidsmarkt van de zorg. Ook bij de eerder besproken trends zijn regionale verschillen nog niet behandeld. Toch zijn die er wel degelijk en ze dienen ook met nadruk in acht te worden genomen. De problemen zullen zich niet in alle regio's in dezelfde mate en op hetzelfde moment voordoen, ook de kansen en mogelijkheden verschillen per regio. Denk aan de mate van vergrijzing, de groei en/of krimp van de (beroeps)bevolking, het aandeel mensen dat werkt in de zorgsector, het verloop in de sector, de concurrentie van andere sectoren, het aandeel in de opleidingsmarkt en de mate waarin vrouwen participeren op de arbeidsmarkt. Ter illustratie toont figuur 4 de regionale verschillen in het aandeel van zorg en welzijn op de arbeidsmarkt.

Figuur 4: Aandeel zorg en welzijn op de arbeidsmarkt naar regio, 2007

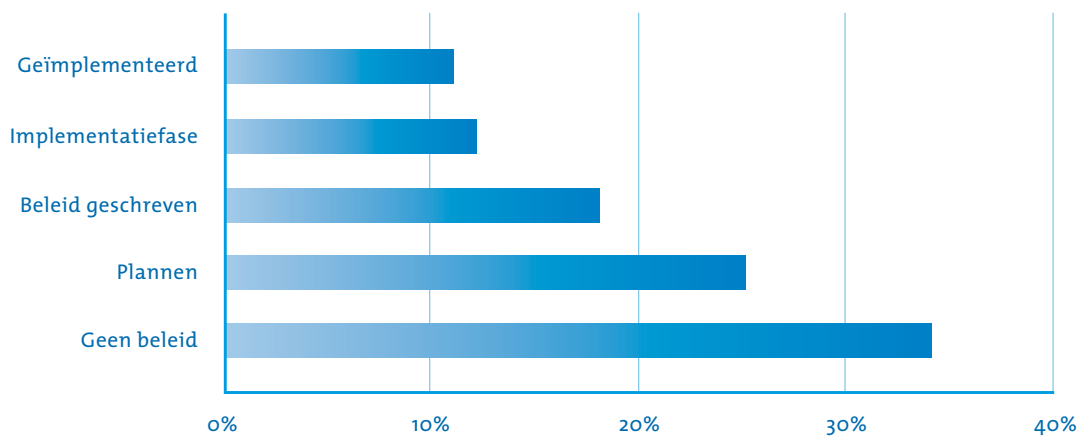


Bron: Prismant 2009

Het 'sturen' van kansen op de arbeidsmarkt

Gegeven de structurele krapte op de arbeidsmarkt is het van belang dat zorginstellingen een goede strategische personeelsplanning hebben. De werkgeversenquête 2009 (figuur 5) laat zien dat een derde van de zorg- en welzijnsorganisaties echter geen beleid heeft op dit gebied. Een kwart van alle benaderde (concerns van) instellingen heeft wel plannen en slechts twee op de vijf instellingen zijn al actief. Een kleine 15 procent heeft doorwerk- en doorleerbeleid geïmplementeerd voor werknemers van 40 tot 65 jaar. Minder dan 20 procent is actief op het gebied van loopbaan- en carrièrebeleid (Prismant 2009). Dit duidt erop dat er veel ruimte is om de positie van HR in de zorg te versterken.

Figuur 5: Strategische personeelsplanning door zorg- en welzijnsorganisaties, januari 2009



Bron: Prismant 2009

2.7 Conclusie

Er dreigt een groeiende kloof tussen vraag en aanbod van arbeid in de zorg. De situatie is structureel anders dan 10 en 20 jaar geleden toen ook tekorten voorspeld werden en die uiteindelijk wel mee vielen. Enerzijds wordt de zorgvraag groter en complexer. Anderzijds wordt het arbeidsaanbod schaarser en gevarieerder. Zodoende wordt het een grote uitdaging om de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te garanderen. De verhoudingen tussen werkgevers en werknemers zullen veranderen. Zorginstellingen zullen zich meer en meer moeten profileren als een aantrekkelijke werkgever en rekening houden met de wensen en waardeoriëntaties van de beroepsbevolking.

In de zorgsector gebeurt al het één en ander op het gebied van strategisch personeelsbeleid, maar er is nog veel meer nodig, ook om de trends in andere sectoren bij te houden. Anders redt de zorg het niet op de arbeidsmarkt. Er zijn genoeg kansen om verschillende groepen werknemers en personeel voor de zorg te winnen en te behouden. Het ZIP vindt het belangrijk om nu te handelen en niet te wachten tot de problemen onoplosbaar zijn. Gegeven de beperkte loongevoeligheid van arbeidsvraag en -aanbod in de zorg zal de effectiviteit van het beloningsinstrument klein zijn. Vandaar dat in het vervolg een palet aan kansrijke maatregelen aan de orde komt. Allereerst zal in het volgende hoofdstuk de reikwijdte van het advies afgebakend worden.



3. Afbakening van het advies

De arbeidsmarkt in de zorg is meer dan het arbeidsaanbod van zorgwerknemers

Hoofdstuk 2 schetst een mogelijk doemscenario bij ongewijzigd beleid. Uit de analyse blijkt dat er veel facetten aan ten grondslag liggen. Dat biedt weer veel aanknopingspunten om adviezen uit te brengen. De verleiding is groot om al deze punten te betrekken bij de uiteindelijke aanbevelingen, want het is overduidelijk dat op alle fronten gewerkt moet worden om het doemscenario af te wenden. Er kan niet worden volstaan met een enkele maatregel. De problematiek is te weerbarstig en te veelomvattend.

Toch hebben we focus aangebracht in het advies. We richten ons vooral op de arbeidsmarkt in de zorg en stellen daarbij het arbeidsaanbod en de arbeidsproductiviteit van verzorgenden en verpleegkundigen voorop. We kunnen echter niet voorbij gaan aan andere factoren die invloed hebben op vraag en aanbod van werknemers in de zorgsector.

Figuur 6 geeft een schematisch overzicht van deze factoren en de relevante actoren.

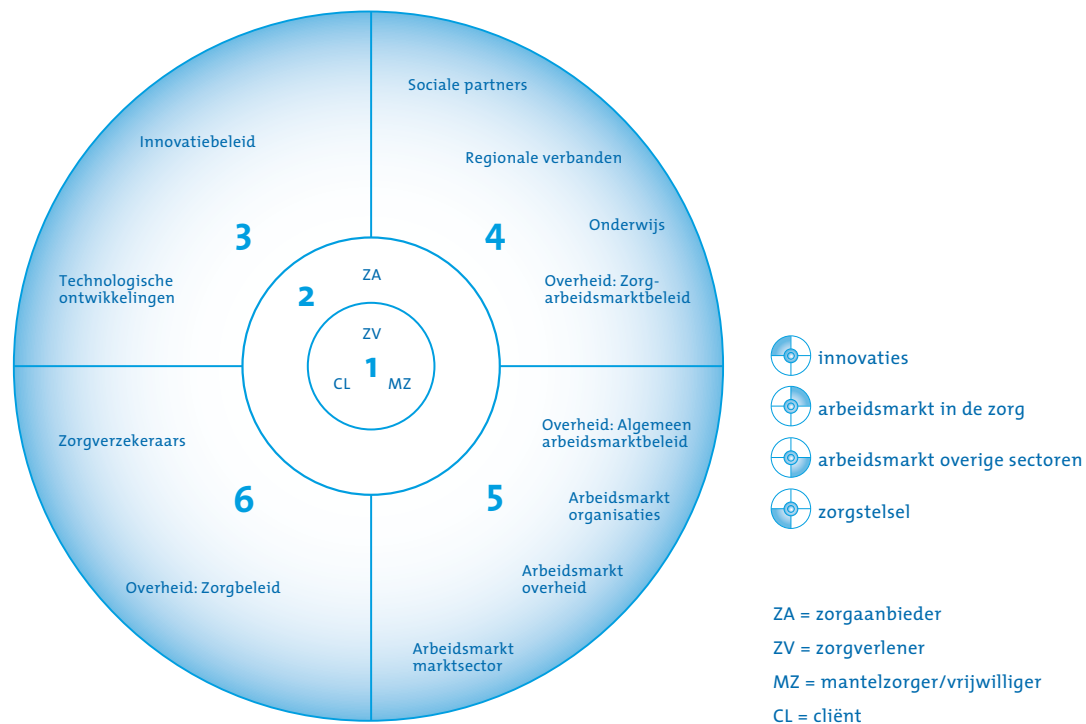
We onderkennen twee kerncirkels:

1. de relatie tussen cliënt en zorgwerker;
2. de relatie tussen zorgverlener en de zorgaanbieder.

Buiten deze cirkels onderscheiden we vier kwadranten:

3. innovaties en technologische ontwikkelingen;
4. de arbeidsmarkt in de zorg;
5. de arbeidsmarkt in de overige sectoren;
6. de opzet en inhoud van het zorgstelsel.

Figuur 6: Factoren en actoren van invloed op de vraag naar en het aanbod van zorgwerknemers



1: Cliënt – zorgverlener (mantelzorger/vrijwilliger)

Ons vertrekpunt is de relatie tussen cliënt en zorgwerknemer. Het is duidelijk dat hier alles om draait. Alle zorg die in 2025 binnen deze relaties verleend wordt, moet voorzien in de dan bestaande behoefte. In dit advies ligt de focus op verzorgenden en verpleegkundigen. Zij verlenen de bulk van de zorg en juist binnen deze groep dreigen grote tekorten. Met de toenemende zorgvraag en het steeds schaarser wordende (professionele) zorgpersoneel wordt ook het beroep op mantelzorgers en vrijwilligers groter. Deze informele zorg levert een belangrijke bijdrage aan het voorkomen van tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg. Andersom geldt dat hoe meer de professionele zorg mantelzorgers ondersteunt en de afstemming tussen professionele zorg en mantelzorg optimaliseert, hoe beter de mantelzorgers hun bijdrage kunnen volhouden. Dit kan tevens een instroom van mantelzorgers in de zorgsector genereren. Bij maatregelen om de deeltijdfactor en de participatie te verhogen, moet goed worden gekeken of deze de mogelijkheden voor mantelzorg niet in de weg staan (RVZ 2006; SCP 2007).



2: Zorgverlener – zorgaanbieder

De zorgaanbieder (de organisatie van de zorg) moet de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt ondersteunen. Het is daarbij cruciaal dat de zorgverlener optimaal wordt toegerust om de juiste zorg aan de cliënt te kunnen geven. Dit impliceert ruimte voor de zorgverlener en doet een appél op zijn of haar professionaliteit. Deze inzet doet ook recht aan de wens van veel (potentiële) zorgverleners om meer autonoom en professioneel aan de slag te kunnen. Maar meer ruimte betekent ook meer verantwoordelijkheid. Zorgverleners moeten bereid zijn om continu te leren en te veranderen om de professionaliteit in stand te houden. Dit uit zich in continue scholing, handelen naar de nieuwste inzichten, het aanpassen van werkprocessen en het toepassen van nieuwe technologieën.

Hoofdstuk 2 beschrijft dat de zorgvraag complexer wordt en dat de wensen van cliënten en zorgverleners gevarieerder worden. Dit heeft gevolgen voor de relatie tussen cliënten en zorgverleners. Om aan deze uiteenlopende wensen te kunnen voldoen, moet deze relatie steeds flexibeler worden vormgegeven. Een professioneel Human Resources beleid (HR) is dan van groot belang (zie hoofdstuk 4). Werknemers moeten ruimte krijgen hun werk zo goed mogelijk te doen, maar ook gehouden worden aan de verantwoordelijkheid voor hun rol binnen de zorgorganisatie.



3: Innovaties en technologische ontwikkelingen

Innoveren en hieraan gekoppeld het verhogen van de arbeidsproductiviteit is een belangrijke maatregel om tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg te voorkomen. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen technologische innovaties die de arbeidsproductiviteit bevorderen (arbeidsbesparende technologie) en vormen van sociale innovatie (vernieuwing van management, werkorganisatie en arbeidsrelaties). Dit advies richt zich niet op de technologische innovaties; binnen het ZIP is dit thema apart benoemd. We richten ons hier op beleid dat het arbeidsmarktaanbod in de zorg vergroot. Het thema sociale innovatie komt binnen deze context wel aan bod.



4: Arbeidsmarkt in de zorgsector

Vraag en aanbod van zorgwerknemers worden beïnvloed door actoren op de arbeidsmarkt van de zorg, actoren op wie de aanbevelingen van dit advies zich richten. Zorginstellingen krijgen bij voorkeur zoveel mogelijk ruimte om hun eigen beleid te voeren. Sociale partners kunnen met ondersteunend cao-beleid ruimte scheppen. In verschillende cao's wordt deze ruimte geboden. Zorginstellingen kunnen hun eigen beleid vormgeven en zorgwerknemers krijgen met persoonlijke budgetten meer ruimte voor het invullen van hun eigen arbeidsvoorwaarden. Ook op regionaal niveau moet de samenwerking tussen de partijen (zorgwerkgevers, onderwijsinstellingen en UWV-werkbedrijf) ondersteunend zijn aan de wensen van werknemers en zorginstellingen. Goed onderwijs- en re-integratiebeleid zijn hier voorbeelden van.



5: Arbeidsmarkt overige sectoren/algemeen arbeidsmarktbeleid

Generieke maatregelen op het terrein van de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld gericht op kinderopvang, re-integratie van werknemers en fiscale maatregelen, hebben invloed op de arbeidsmarkt van de zorg. De zorg concurreert met andere sectoren voor het werven van werknemers, binnen én buiten de overheid. De zorg moet ook in de toekomst de concurrentie met deze sectoren kunnen aangaan. Als andere sectoren, de marktsector, maar ook publieke sectoren zoals onderwijs en defensie, in de toekomst meer gaan investeren om het schaarsere personeel aan zich te binden, heeft dit ook invloed op de positie van de zorg op de arbeidsmarkt.



6: Zorgstelsel

Het zorgbeleid heeft invloed op vraag en aanbod van zorgverleners. Keuzes in het verzekerde pakket (het basispakket binnen de ZVW of de aanspraken binnen de AWBZ), de financieringssystematiek en het preventiebeleid hebben allemaal invloed op de arbeidsmarkt in de zorg. Het verzekerde pakket kan beperkt worden. Dit hoeft niet zonder meer te leiden tot minder vraag naar zorgpersoneel. Mogelijk dat particuliere vormen van zorg dan vaker hun intrede doen, maar ook dat doet een beroep op de arbeidsmarkt. Het is mogelijk dat door het ontstaan van deze tweedeling het totale beroep op arbeidskrachten ongunstiger uitpakt.

Uit de analyse blijkt dat zorg geen goed is dat vrijblijvend wordt aangeschaft, maar dat de vraag zich vaak onverwacht voordoet en soms acuut. De financieringssystematiek kan prikkels geven die efficiënt werken stimuleren, bijvoorbeeld als het invoeren van arbeidsbesparende technologie meer gaat lonen. Hierdoor neemt de arbeidsproductiviteit toe en de vraag naar arbeid af. Ook preventie is belangrijk om ervoor te zorgen dat er voldoende personeel voor de zorg beschikbaar is (RVZ 2006). Dit advies richt zich primair op de arbeidsmarkt van de zorg in de wetenschap dat preventie en arbeidsbesparende technologie ook opgepakt zijn door het ZIP en het ministerie van VWS.

Een bijzonder aandachtspunt om ruimte te bieden aan professionals en het centraal stellen van de relatie tussen cliënt en zorgverlener zijn administratieve lasten. Door efficiënt om te gaan met administratieve processen en met vertrouwen als uitgangspunt kunnen lasten worden teruggedrongen. Hierbij gaat het zeker niet alleen om administratieve lasten als gevolg van wet- en regelgeving, maar ook administratieve lasten die verzekeraars en de zorginstellingen zelf door bepaalde werkwijzen veroorzaken. Gezien de focus van dit advies wordt hieraan verder geen aandacht besteed.



4. Aanbevelingen

om het arbeidsaanbod van zorgpersoneel te vergroten

4.1 Inleiding

Voor het behoud van toegankelijke, goede en betaalbare zorg is het noodzakelijk om het aandeel van de zorgsector op de arbeidsmarkt uit te breiden en de inzetbaarheid van werknemers te vergroten. Dit laatste zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin: het streven is dat meer werknemers meer uren en meer jaren in de zorg willen en kunnen gaan werken. Ook moeten ze goed zijn toegerust op de steeds complexere, groeiende zorgvraag.

De sector heeft een mooie startpositie: er is een keur aan beroepsmogelijkheden, voor elk wat wils. Het wenkend perspectief is om de sterke punten te behouden en waar nodig uit te breiden. Daarnaast is het van belang dat zorginstellingen er rekening mee houden dat behoeften, wensen en eisen van werknemers rondom arbeid niet constant zijn, maar per levensfase en per persoon kunnen veranderen. Als zij hierop in weten te spelen, komen zorginstellingen zowel binnen als buiten de zorgsector bekend te staan als uitstekende werkgevers.

Opleidingsbeleid, arbeidsvoorwaarden, arbeidsorganisatie en werving zijn de belangrijkste thema's voor het arbeidsmarktbeleid van de komende 15 jaar. Daarom is een professioneel personeels- en arbeidsmarktbeleid (HR-beleid) de komende jaren cruciaal.

Succesvolle organisaties hanteren een strategische planning gebaseerd op (regionale) demografische ontwikkelingen in zorgvraag en arbeidsaanbod; het is de basis voor doelgroep- en competentiegericht werven, scholen en het duurzaam inzetten van werknemers.

Zorginstellingen zullen hiervoor, veel meer dan nu, het HR-beleid een strategische positie dienen te geven. Het HR-beleid moet verbonden zijn met alle lagen en disciplines binnen de organisatie: van werkvloer tot Raad van Bestuur en van opleiders tot communicatiespecialisten.

Gekeken naar de huidige positie van de meeste HR-afdelingen in de zorg, moet er nog een stevige ontwikkeling worden doorgemaakt. Partijen op landelijk, sectoraal en regionaal niveau moeten hieraan optimaal bijdragen met een breed palet aan ondersteunende en structurele maatregelen. Samenwerking op alle beleidsniveaus is een belangrijke randvoorwaarde.

Om het hierboven geschetste wenkend perspectief te realiseren binnen de huidige situatie en gegeven de trends, doet de commissie een aantal aanbevelingen voor het arbeidsmarktbeleid volgens de vier genoemde hoofdthema's: scholing, arbeidsvoorwaarden, arbeidsorganisatie en werving. Bij de formulering van de aanbevelingen is gebruik gemaakt van eerder verschenen adviezen – zoals het advies van de Commissie Arbeidsparticipatie – onderzoeksrapporten en aanvullend onderzoek in opdracht van de commissie.

Het advies, gericht op een integraal HR-beleid, is bestemd voor actoren op alle beleidsniveaus: landelijk, regionaal en op instellingsniveau.

De belangrijkste actoren per niveau zijn:

- Landelijk: de ministeries van VWS, SZW en OCW, sociale partners (vakbonden en werkgeversorganisaties) en beroepsorganisaties.
- Regionaal: samenwerkingsverbanden van zorginstellingen, regionale opleidingsinstituten, gemeenten en provincies en UWV Werkbedrijf.
- Instellingen: raden van bestuur, directeuren/managers HRM (P&O), managers van opleidingsinstituten, ondernemingsraden en werknemers.

Waar zinvol geven we aan welke actoren aan zet zijn. De aanbevelingen worden geïllustreerd met goede voorbeelden uit de zorgsector om te inspireren en te overtuigen dat er allerlei oplossingen mogelijk zijn (TNO 2009). De praktijk bewijst het zelf. De goede voorbeelden zijn verzameld in opdracht van het ZIP.

Over de financiële gevolgen van de aanbevelingen merkt de commissie het volgende op: de kosten voor het behoud van goede zorg in de toekomst zijn gespreid en komen gespreid bij de verschillende actoren terecht. Voor aanbevelingen die worden overgenomen en waarvoor de overheid een financiële verantwoordelijkheid draagt, ligt het voor de hand om zo snel mogelijk een begroting op te stellen.

Verder zouden de verschillende aanbevelingen geconcentreerd uitgevoerd kunnen worden in de vorm van pilots in regio's waar de ontgroening en vergrijzing voorloopt op de rest van Nederland. Ten eerste gaat het om de nood te ledigen waar die het grootst is. Ten tweede kunnen de opgedane leerervaringen ten goede komen aan regio's waar meer tijd is om de krapper wordende arbeidsmarkt het hoofd te bieden.

4.2 Investeren in een leven lang leren

Goed en voldoende (blijven) opleiden en ontwikkelen is belangrijk voor de kwaliteit van de zorg. Het is een basisvoorwaarde voor zorgwerknemers om hun vak adequaat en zelfstandig te kunnen uitoefenen. Bovendien draagt het bij aan het werkplezier van werknemers en aan de aantrekkingskracht van de sector als werkgever. Goede initiële opleidingen motiveren studenten om in de zorg te gaan werken. Zowel kwaliteit als kwantiteit van de bijbehorende stages zijn een belangrijke succesfactor. Post-initiële opleidingen bieden naast ontwikkeling van de vakbekwaamheid ook ruimte aan werknemers om een carrièrestap te maken in de eigen organisatie of elders in de zorg. Doorstromers kunnen ruimte maken voor instromers aan de onderkant van de arbeidsmarkt, waar personeel momenteel nog relatief ruim voorhanden is, iets wat overigens kan veranderen als de economie weer aantrekt.

Omdat de instroom in hogere functies (vanaf mbo niveau 3) minder gevoelig is voor conjuncturele schommelingen dan voor lagere functies, wordt het plannen van de omvang van opleidingen de komende jaren steeds belangrijker (Prismant 2009). Hiervoor is een systematische analyse van de relevante factoren, denk aan demografische gegevens, nodig. Met deze kennis kan de zorgsector de beschikbare leerwegen nog beter benutten.

Maatregelen die het studie- en sectorrendement verhogen dragen ook bij aan een efficiënter gebruik van de opleidingsinfrastructuur, zowel bij onderwijs- als bij zorginstellingen. De verdere ontwikkeling van doorlopende leerlijnen van het vmbo naar het mbo en van het mbo naar het hbo draagt bij aan een betere aansluiting van de leertrajecten en voorkomt voortijdige uitval in het onderwijs (en uit de sector). Ook nieuwe vormen van (digitaal) leren dragen hieraan bij. Tenslotte zijn ook informele leervormen, zoals meester-gezel leren, coaching on the job, teamcoaching, intervisie en dergelijke van groot belang. Dit vereist een goed leerklimaat binnen de organisatie.

Daarnaast kunnen werkgevers en opleiders meer inspelen op de verschillende behoeften van de diverse doelgroepen door meer differentiatie in duur, niveau en diepgang van opleidingen. Voor initiële opleidingen ziet de commissie voldoende ruimte voor het flexibel invullen van behoeften van zorgwerkgevers. Er hoeft geen tegenstelling te zijn tussen breed (competentiegericht) versus smal (functiegericht) opleiden als die ruimte goed benut wordt. Belangrijk voor de arbeidsmarktpositie en de mobiliteit van werknemers is dat (interne) gespecialiseerde opleidingen leiden tot diploma's met landelijk civiele effecten zoals bijvoorbeeld bij de opleiding tot OK-assistent nog niet het geval is. Dat is vooral belangrijk voor instromers met alleen een diploma van een vooropleiding.

Een leven lang leren vergt een grote inzet en flexibiliteit van werkgevers, werknemers en opleiders. Als sociale partners in cao-verband ruimte geven voor persoonlijke ontwikkelingsbudgetten wordt het scholingsbudget op instellingsniveau structureel geborgd. Hierdoor kunnen medewerkers zich blijven ontwikkelen.

Aanbeveling: Monitor de personeelsbehoefte van zorginstellingen systematisch zodat dit afgestemd kan worden met de opleiders

De arbeidsmarkt in de zorg is vooral regionaal en kan per regio sterk verschillen. De vraag naar zorgpersoneel, op mbo-, maar ook op hbo-niveau wordt vooral manifest op regionaal niveau. Ook de mogelijkheden tot opleiden en de verantwoordelijkheid daarvoor liggen veelal bij regionale instituten.

Zorginstellingen: Richt de strategische personeelsplanning zo in, dat instellingen op centraal niveau meerjarig inzicht krijgen in hoeveel personeel op welk niveau nodig is om de zorgvisie van de organisatie te kunnen realiseren. Instellingen moeten meer gebruik maken van instrumenten zoals Zorgformat. De uitkomsten moeten op regionaal niveau beschikbaar zijn.

Regionale samenwerkingsverbanden en onderwijsinstellingen: Vertaal strategische informatie in opleidingsbehoefte en instroom.

Brancheorganisaties: Realiseer de (meerjaren)planning van kritische functies op brancheniveau. Een collectieve aanpak zorgt voor voldoende specifiek en/of specialistisch zorgpersoneel.

Rijksoverheid: Voorzie in toegankelijke systemen om de arbeidsvraag kwalitatief en kwantitatief te monitoren.

Aanbeveling: Werk samen om het studie- en sectorrendement van het initieel onderwijs te verhogen

Hoewel het studie- en sectorrendement van initiële zorgopleidingen niet afwijkt van dat van andere opleidingen, ziet de commissie toch kansen om de rendementen te verbeteren. Een goede studiekeuze en -begeleiding tijdens de studie zijn belangrijke ingrediënten. Meer aandacht voor het verschijnsel van gender bias in de studiekeuzeprogramma's voorafgaand aan de zorgopleiding en bij de studiekeuzebegeleiders kan jongens stimuleren vaker te kiezen voor de zorg.

Zorgwerkgevers en onderwijsinstellingen: Werk intensiever samen. Maak resultaatsafspraken over zowel de kwaliteit van de opleidingen als de aantallen studenten. Er zijn goede voorbeelden in de praktijk op het terrein van leerafdelingen. Deze voorbeelden dienen breed te worden gevolgd.

Sociale partners en onderwijsinstellingen: Bij het vaststellen van de opleidingsprofielen en curricula moet de aansluiting tussen het zorgonderwijs en de zorgpraktijk worden geborgd. Hierbij is van belang in te kunnen spelen op de uiteenlopende behoeften van studenten met een flexibel scholingsaanbod. In de zorg wordt al veel gebruik gemaakt van de (modulaire) beroepsbegeleidende leerweg (BBL), waardoor meer mensen in de praktijk kunnen leren. Aandacht voor een positieve ontwikkeling van rendementscijfers blijft belangrijk.

Zo kan nog beter worden ingespeeld op de wensen van mensen met ambitie (versnelde opleidingen of verzwaarde topopleidingen). De in de analyse beschreven inzichten in de verschillende waardepatronen van mensen kunnen een goede bijdrage leveren aan differentiatie van de opleidingsmogelijkheden.

Rijksoverheid: Voorkom voortijdige uitval door verdere ontwikkeling en intensivering van doorlopen- de leerlijnen van het vmbo naar het mbo en van het mbo naar het hbo te ondersteunen (Commissie Arbeidsparticipatie 2008).

Aanbeveling: Investeer meer in stages

Het stagefonds voor de zorg biedt zorginstellingen financiële ondersteuning bij het realiseren van stageplaatsen en is ingesteld voor de jaren 2008 tot en met 2011. Het stagefonds stimuleert de kwaliteit van de stages doordat instellingen meer ruimte krijgen voor begeleiding. Tevens draagt het bij aan het voorkomen van free rider gedrag, waarbij bepaalde werkgevers minder opleiden dan gewenst. Continuïteit van het stagefonds is gewenst zodat zorgaanbieders zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de aangeboden stageplaatsen op peil houden en waar nodig verbeteren.

Rijksoverheid: Blijf ook na 2011 investeren in het stagefonds en evalueer de reikwijdte in opleidingen en stageaanbieders. Zorg dat de financiële ondersteuning per stageplaats (op termijn) voldoende blijft. Koppel de financiële ondersteuning aan doelstellingen voor kwaliteitsverbetering. Gebruik hiervoor de beschikbare meetinstrumenten. Zorg voor toegankelijkheid van (statistische) gegevens over de stages voor beleidsmatig gebruik op alle niveaus.

Zorginstellingen: Zet de financiële ondersteuning uit het stagefonds daadwerkelijk in voor verbetering van het stagebeleid.

Regionale samenwerkingsverbanden: Maak regionale resultaatsafspraken over kwantiteit en kwaliteit.

Aanbeveling: Investeer in opleiding en ontwikkeling van medewerkers

Met een professioneel HR-beleid, waar continu wordt geïnvesteerd in scholing en ontwikkeling, blijven medewerkers langer gemotiveerd en beter inzetbaar.

Zorgverleners: Draag zelf de medeverantwoordelijkheid voor continue scholing en ontwikkeling en benut de ruimte die daarvoor geboden wordt. Het draagt bij aan kwalitatief goede zorg. Nascholingsplichten nakomen is een vanzelfsprekendheid.

Zorginstellingen: Het voeren van een professioneel scholings- en ontwikkelingsbeleid wordt steeds belangrijker. Periodieke inventarisatie van de behoeften onder medewerkers, het invoeren van persoonlijke ontwikkelplannen, competentie management en het voeren van een meerjarig opleidings- en ontwikkelbeleid zijn slechts enkele instrumenten die voorhanden zijn. Van belang is dat er continu wordt geïnvesteerd in scholing. Maatwerk en flexibiliteit in het aanbod zijn hierbij sleutelwoorden. Regelmatige functioneringsgesprekken werken hierbij ondersteunend. Het accent ligt hierbij op het functioneren, de gewenste begeleiding of aansturing en op de afstemming van persoonlijke doelen op de organisatiedoelen door middel van scholing en ontwikkelingsactiviteiten.

Sociale partners: In cao-verband is het belangrijk dat er voldoende ruimte en middelen ter beschikking worden gesteld om aan te kunnen sluiten bij de scholingsbehoefte van de werknemers. In verschillende, recent afgesloten cao's, is hiermee een begin gemaakt. Werknemers krijgen de ruimte om een persoonlijk budget op te bouwen en in te zetten voor scholing. Verdergaande afspraken hierover aan de cao-tafel zijn in de toekomst noodzakelijk.

Rijksoverheid: Inventariseer, samen met cao-partijen, de benodigde financiële ruimte en maak daarvoor eventueel middelen vrij.

Coachend leidinggeven en samenwerken (Stichting MOOI)

In het kader van het programma 'De medewerker van de toekomst' is Stichting MOOI een traject gestart voor het veranderen van de manier van werken en samenwerken en daarbij 'dezelfde taal te spreken'. Hierbij wordt ingezet op trainingen over coachend leidinggeven, coachend adviseren en coachend samenwerken, afhankelijk van welke positie je als medewerker bekleedt.

Innovatie

Eenzijds krijgen medewerkers meer verantwoordelijkheid over hun eigen werk, anderzijds moet iedereen daarop aangesproken kunnen worden door anderen.

Aanpak

Om de goede toon te zetten is de directie als eerste gestart met de trainingen over coachend leidinggeven, waarna de rest van de organisatie is getraind in het leren omgaan met elkaar, het daadwerkelijk luisteren naar elkaar en het kunnen en durven uitspreken van feedback of kritiek. Daarnaast wordt in een wijkcentrum geëxperimenteerd met de lerende organisatie ('het lerend wijkcentrum'), door ruimte te geven aan studenten en leerlingen om inbreng te leveren en door wederzijdse uitwisseling van kennis en ideeën tussen de studenten en de professionals.

Resultaat

Het traject is nog volop in beweging, maar het tussentijdse resultaat laat zien dat er meer dynamiek en energie aanwezig zijn bij de betrokken medewerkers en dat zeker 80 tot 90 procent van de medewerkers het als positief ervaart om feedback te krijgen over de manier van werken. Naarmate het programma vordert, zijn medewerkers ook meer tevreden over de nieuwe manier van werken: in 2006 lag de medewerkertevredenheid op 7,1, terwijl dit in 2008 was gestegen tot 7,4.

Digitaal leerplein voor de professional (St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg)

Het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg heeft zich enkele jaren geleden ten doel gesteld de kwaliteit van de beschikbare opleidingen voor verpleegkundigen en artsen te verbeteren en is destijds gestart met het invoeren van een nieuw digitaal leerplein.

Innovatie

Het onderwijs is mede door en voor de professionals uit de organisatie ontworpen en ontwikkeld en geeft een nieuwe impuls aan de samenhang tussen het opleiden in formele (training)situaties en het leren op de werkplek.

Aanpak

Het nieuwe elektronisch leren omvat zowel een nieuw leermanagementsysteem als een virtueel schoolgebouw, waarbinnen medewerkers zelf verantwoordelijk zijn voor het doorlopen en volgen van onderwijsmodules. Binnen het onderwijs wordt continu gezocht naar de koppeling tussen theorie en praktijk en het differentiëren naar verschillende leerstijlen en leerbehoeften van deelnemers.

Resultaat

Het digitale leerplein is een groot succes: per maand zijn er 4.000 tot 5.000 inloguren; in 2,5 jaar tijd zijn er 3.000 onderwijsmodules gevolgd en is het aantal klassikale opleidingsuren teruggebracht met 20 tot 50 procent. De gezamenlijke aanpak stelt iedereen tevreden, zowel de artsen als de verpleegkundigen die de opleidingen volgen. Tevens wordt de digitale leeromgeving inmiddels bij meerdere ziekenhuizen in Nederland ingevoerd.

Aanbeveling: Verzilver ervaring via EVC-trajecten

Regelmatig worden er EVC-trajecten ingezet in het opleidings- en ontwikkelingsbeleid in de zorg. Door de aanwezige competenties te onderkennen kan nieuw en zittend personeel gerichter en sneller worden (bij)geschoold. Zeker voor herintreders of zij-instromers uit verwante werkteerren is dit interessant. Toch kan dit instrument veel breder worden ingezet, dat komt de mobiliteit van werknemers ten goede. Voorwaarde is wel dat de kwaliteit van de EVC-trajecten (in elk geval in het mbo) verbeterd wordt (Inspectie van het Onderwijs 2009).

Zorginstellingen: Op instellingsniveau biedt het invoeren van competentie management in combinatie met EVC-trajecten mogelijkheden. Het is hierbij van belang dat de (veranderende) competenties van medewerkers voortdurend aandacht krijgen. Dankzij EVC-trajecten wordt de inzetbaarheid van medewerkers verhoogd.

EVC-aanbieders en onderwijsinstellingen: Versterk het EVC-beleid en besteed, naast het bieden van vrijstellingen, meer aandacht aan het verzilveren van eerder verworven competenties met diploma's en certificaten. Voer de kwaliteitsverbeteringen in de EVC-procedures in volgens de aanbevelingen van de Inspectie van het Onderwijs (2009).

Branche- en beroepsorganisaties: Investeer in een e-portfolio, een (digitaal) elektronisch overzicht van competenties, diploma's, ervaringen en EVC-certificaten. Door dit overzicht hebben zowel werknemers als werkgevers snel zicht op de mogelijkheden op de arbeidsmarkt en de behoefte aan verdere opleiding (Commissie Arbeidsparticipatie 2008).

Rijksoverheid: Door de huidige financieringsvorm van onderwijsinstellingen is het voor onderwijsinstellingen niet altijd aantrekkelijk om mee te werken aan het aanbieden of honoreren van EVC-trajecten. De rijksoverheid dient na te gaan of financiering in de huidige vorm voldoende stimulans biedt voor onderwijsinstellingen om EVC-trajecten aan te bieden.

4.3 Inspelen op diversiteit met arbeidsvoorwaarden

Er is veel diversiteit onder de werknemers in de zorg. Verschillen in levensfase, gezinssituatie en waardepatronen leiden tot uiteenlopende wensen en eisen in de arbeidsvoorwaarden. Tot 2025 zal flexwerken ook in de gezondheidszorg toenemen. De werktijden, de werkplek en het privé-leven zullen flexibeler ingevuld worden. Werknemers krijgen steeds meer behoefte aan ontplooiingsmogelijkheden en zelfsturing. Om dit te garanderen moeten arbeidsvoorwaarden meer ruimte bieden voor de individuele wensen. In het bijzonder kunnen werkgevers het verschil tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen beter benutten door onderscheid te maken naar taken en taakverantwoordelijkheid per categorie, bijvoorbeeld door bepaalde handelingen voor te behouden aan hbo'ers. Dit kan overigens leiden tot een andere verhouding tussen het aantal mbo- en hbo-verpleegkundigen.

Ook de wensen van werkgevers lopen uiteen. Zowel de mogelijkheid om zich te onderscheiden van andere zorgaanbieders als branchespecifieke of regionale verschillen tussen werkgevers én verschillen in de behoeften aan een bepaald soort personeel stimuleren de wens om een flexibel arbeidsvoorwaardenpakket te bieden. In de nabije toekomst zal deze wens alleen maar toenemen in het licht van een schaarser en gevarieerder arbeidsaanbod. Het is dus van groot belang dat individuele zorgaanbieders, sociale partners en de Rijksoverheid samenwerken om een toenemende flexibiliteit in arbeidsvoorwaarden te realiseren.

Decentraal moet er ruimte zijn om proactief en met meer succes in te kunnen spelen op (potentiële) doelgroepen van zorgwerkers. Hier speelt kennis van de toenemende diversiteit een belangrijke rol. Vast staat dat flexibel maatwerk steeds belangrijker wordt om personeel te vinden en te binden. De cao kan dit proces van individueel maatwerk reguleren, denk aan een à la carte systemen of aan een grotere rol voor de ondernemingsraad.

Uit de analyse blijkt dat het slechts beperkt mogelijk is om personeelsproblemen in de zorg te voorkomen via loonsverhogingen. Het is zelfs mogelijk dat hogere lonen in de zorgsector en de sectoren waarmee zij concurreert op de arbeidsmarkt (handel, horeca, overheid en onderwijs) alleen een arbeidskostenopdrijvend effect hebben, zonder dat ook maar één sector meer personeel aan zich weet te binden (SEOR 2009). Cao's leveren een belangrijke bijdrage om dergelijke loonopdrijvende effecten te voorkomen. Ook kunnen cao's een brede inzetbaarheid stimuleren.

Aanbeveling: Streef naar een marktconforme beloning en geef ruimte voor differentiatie in de beloning

Ook sectoren buiten de zorg krijgen te maken met personeelstekorten. Dit zet de lonen (opwaarts) onder druk. De zorgsector zal hiermee in de pas moeten blijven; niet meer, maar ook niet minder. Lonen moeten vergelijkbaar blijven met de lonen uit sectoren waarmee de zorg op de arbeidsmarkt concurreert. Hét instrument om een marktconforme beloning handen en voeten te geven, is de OVA-systematiek: gebruik maken van de rekenregel uit het OVA-convenant om de loonkosten jaarlijks te indexeren met de CPB-cijfers over de marktgemiddelde ontwikkelingen. Daarnaast moeten salarissen een goede vertaling zijn van een inschaling naar functiezwaarte op basis van het geldende functie-waarderingsstelsel, FWG 3.0. De functiewaardering moet worden vastgelegd via functionerings-gesprekken. Er moet voldoende ruimte zijn voor gedifferentieerd belonen: stimulansen op het gebied van financiën, opleidingen en promoties die de werkgever, bij voorkeur incidenteel, al dan niet groepsgewijs kan toekennen bij (extra) goed functioneren in de afgelopen periode.

Zorginstellingen: Zie erop toe dat managers regelmatig functionerings- en beoordelingsgesprekken hebben met hun medewerkers. Zorg voor een budget voor gedifferentieerd belonen op individueel- en groepsniveau. Van groot belang daarbij is dat de ondernemingsraad gedifferentieerd belonen accordeert.

Sociale partners: Zet in op marktconforme loonsontwikkelingen in combinatie met arbeidsvoorwaarden die de inzetbaarheid van werknemers verhogen, zoals bijscholing. Biedt ruimte voor gedifferentieerde beloning in termen van financiën, opleidingen en promoties.

Rijksoverheid: Houd de OVA-systematiek in stand.

Aanbeveling: Stem school- en opvangtijden af op de werk- en studietijden van ouders

Bijna 80 procent van de vrouwen die nu niet of in deeltijd werkt, wil onder bepaalde voorwaarden, (meer) gaan werken. Voor vrouwen met kinderen hebben deze voorwaarden, naast de inhoud van het werk en de beloning daarvoor, vooral betrekking op de afstemming van werk- en zorgtijden. Cruciaal is dat de openingstijden van scholen en kinderopvang onvoldoende aansluiten op de werk- en studietijden van ouders. Dit betreft voor-, tussen- en naschoolse opvang, kinderopvang en voor- en vroegschoolse educatie (SCP 2008). Door school- en opvangtijden af te stemmen op werk- en studietijden wordt het gemakkelijker om werk en opleiding te combineren met zorgtaken.

Rijksoverheid en regionale actoren (gemeenten en basisscholen): Breid het aantal brede scholen fors uit dan voorgenomen, zodat een landelijke dekking wordt gerealiseerd. Zorg daarbij voor flexibele openingstijden van 7.00 uur tot 19.00 uur (Commissie Arbeidsparticipatie 2008; Commissie Kinderopvang 2009). Voor sectoren met onregelmatige werktijden, zoals de zorg, is het belangrijk om ook 24-uurs opvang te realiseren.

Rijksoverheid: Zorg dat mensen in opleiding recht hebben op kinderopvangtoeslag.

Aanbeveling: Zet verlofsparen flexibeler in

De huidige levensloopregeling wordt nauwelijks gebruikt voor ouderschapsverlof, terwijl vooral vrouwen aangeven dat ze (meer uren) betaald willen werken als er flexibelere verlofmogelijkheden zijn. Denk hierbij aan vrij kunnen zijn tijdens schoolvakanties of als er een kind of familielid ziek is (SCP 2008). Door verlofsparen flexibeler in te zetten zullen vooral vrouwen meer uren gaan werken (buiten schoolvakanties). Deze maatregel biedt ook ruimte voor mantelzorg en schept mogelijkheden om arbeid en zorg beter te verdelen tussen ouders.

Rijksoverheid en sociale partners: Maak het mogelijk om opgespaarde levenstegoeden flexibel in te zetten, bijvoorbeeld tijdens schoolvakanties of voor een ziek kind of familielid.

Aanbeveling: Focus op het inzetbaarheidsbeleid voor alle leeftijden

Werknemers in zorg en welzijn gaan gemiddeld op 60-jarige leeftijd met (vervroegd) pensioen, economiebreed is dit 62 jaar. De zorg moet de ambitie hebben om de gemiddelde uittreedleeftijd te verhogen tot 62 jaar. Een cruciale voorwaarde daarbij is het invoeren van doorwerk- en doorleerbeleid. Daarmee kunnen werkgevers beter inspelen op de levensfase en de veranderende waarden van werknemers, ook gezien de fysieke en emotionele belasting van werken in de zorg. In de zorg zijn desalniettemin veel mogelijkheden voor lichtere functies. Momenteel heeft slechts een kleine 15 procent van de zorg- en welzijninstellingen een doorwerk- en doorleerbeleid voor werknemers van 40 tot 65 jaar (Prismant 2009). Dit thema heeft extra relevantie gekregen in het licht van de discussie over het verhogen van de pensioenleeftijd.

Om meer personeel van alle leeftijden in te kunnen zetten, is allereerst een integrale visie nodig op het vergroten van de inzetbaarheid van jong en oud. Dit waarborgt de continuïteit van de zorg en de organisatie. Werknemers blijven fitter, gezonder en gemotiveerder als zij ook in hun jongere jaren niet langdurig, eenzijdig, fysiek of mentaal zijn overbelast. De workability index (WAI) helpt bij het in kaart brengen van het werkvermogen van individuele medewerkers. Veel factoren die het werkvermogen bepalen, zijn te beïnvloeden door de werkgever of werknemer. Daarna is het een kwestie van doelgericht en op maat investeren in de inzetbaarheid van medewerkers. Door de collectieve ontzienaantregelen af te bouwen kan ruimte worden gemaakt voor het inzetbaarheidsbeleid.

Sociale partners: Zet collectieve ontzienaantregelen, zoals seniorendagen, om in maatregelen die de inzetbaarheid van alle werknemers vergroten.

Sociale partners en zorginstellingen: Ontwikkel nieuwe vormen van opleidings- en doorwerkbeleid. Geef daarbij ruimte voor individueel maatwerk zodat kan worden ingespeeld op de diversiteit van het personeel.

Sociale innovatie bij de UMC's

Onder de paraplu van het project Idealoog is het traject in gang gezet om bij alle acht de Universitair Medische Centra in Nederland richting te geven aan meer volwassen arbeidsrelaties tussen werkgevers en werknemers. Aanleiding daarvoor is de in 2008 opgestelde cao, die een duurzame inzetbaarheid van en meer verantwoordelijkheden bij medewerkers nastreeft.

Innovatie

Het project is opgezet vanuit het idee dat zowel bonden als werkgevers eigenlijk hetzelfde doel voor ogen hebben, namelijk het kunnen werken in een omgeving waarin medewerkers en werkgever elkaars belangen respecteren en daarbij de dialoog opzoeken.

Aanpak

In drie jaar tijd worden drie lijnen uitgezet: stimuleren van het bewustwordingsproces onder zowel leidinggevenden als medewerkers, de ontplooiing van activiteiten/projecten binnen de acht UMC's en monitoring (vooral wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten). Daarnaast is er een vijftal netwerken opgezet, platforms waarbinnen kennis wordt uitgewisseld en uitgedragen, op de onderwerpen werkvermogen, digitale loopbaanondersteuning, roosteren, arts-assistenten en dialoog.

Resultaat

De eerste hordes zijn inmiddels genomen en daarbij zijn ook al de eerste successen geboekt: op 29 mei 2009 zijn de intenties die met het project worden beoogd duidelijk gemaakt en hebben alle betrokken bestuurders gezamenlijk hun commitment gegeven. De volgende stap is het uitvoeren van de 31 gehonoreerde projecten die de komende jaren binnen de acht UMC's zullen worden uitgevoerd.

Levensbewust omgaan met personeel (Stichting Voor Regionale Zorg)

Stichting Voor Regionale Zorgverlening (SVRZ), een organisatie voor ouderenzorg, voert actief beleid om op de toenemende vergrijzing in de sector te anticiperen. Daarbij streeft zij naar een evenwichtige belasting en belastbaarheid en duurzame inzetbaarheid van haar werknemers naar leeftijdsfase.

Innovatie

Met het beleid wil SVRZ binnen haar organisatie een hoge mate van bewustzijn creëren van de rol die leeftijd speelt bij het uitvoeren van werk en de inzetbaarheid van werknemers.

Aanpak

De rode draad in de uitvoering van het beleid is open, eerlijke en frequente communicatie naar en nauwe betrokkenheid met alle medewerkers. SVRZ onderscheidt bij haar stapsgewijze aanpak drie groepen (jongeren, 50+'ers en de middengroep 25-50 jaar) die zij ieder via enquêtes, groepsgesprekken en gezamenlijke congresdagen benadert, betreft en bewust maakt.

Resultaat

Hoewel het traject nog lopende is, zijn de eerste resultaten positief. Leeftijdsbewustzijn leeft binnen de organisatie. Concreet genomen worden er meer mensen van 50+ aangetrokken, is het ziekteverzuim afgenomen, werken meer mensen langer door en is de medewerkertevredenheid over het werk toegenomen.

Aanbeveling: Creëer heldere carrièrepaden voor verzorgenden en verpleegkundigen

Om de sector aantrekkelijker te maken, is het zaak om heldere carrièrepaden voor verzorgenden en verpleegkundigen in beeld te brengen. Voor verpleegkundigen bijvoorbeeld door onderscheid te maken tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. Zij doen momenteel vaak hetzelfde werk, omdat er geen onderscheid wordt gemaakt naar opleidingsniveau. Dit kan leiden tot een gebrek aan uitdaging in het werk, één van de belangrijkste redenen voor verpleegkundigen om te vertrekken (Werknemersenquête 2007).

Zorginstellingen: Zorg dat iedere werknemer, mbo of hbo, een functie krijgt die past bij zijn of haar capaciteiten en opleidingsniveau. Bied werknemers regelmatig de gelegenheid om van functie te veranderen. Breng de carrièrepaden voor verzorgenden en verpleegkundigen helder in beeld.

Sociale partners: Maak in het functiegebouw onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. Maak de ontwikkelingslijn, van helpende niveau 1 tot verpleegkundig specialist, inzichtelijk.

Rijksoverheid: Erken het onderscheid in opleidingsniveaus van verpleegkundigen en de bijbehorende ontwikkelingslijn in de wet BIG.

Bureau voor stimulering van mobiliteit (Rivas Zorggroep)

Rivas Zorggroep is één organisatie voor ziekenhuiszorg, woonzorg, verpleeghuiszorg, zorg thuis en maatschappelijk werk. De ruim vijfduizend medewerkers werken in een grote diversiteit aan functies. In 2004 is het bureau Moving opgericht. Moving richt zich op het stimuleren van mobiliteit onder medewerkers die zowel vrijwillig als niet vrijwillig in beweging (moeten) komen.

Innovatie

Lijnmanagers wensten meer samenhang tussen personeelsmobiliteit, verzuimbegeleiding en re-integratie na langdurig verzuim. Medewerkers kunnen zichzelf aanmelden of aangemeld worden door hun leidinggevende. Het bureau Moving heeft uitsluitend kwaliteitsdoelstellingen: mensen stimuleren en verleiden tot beweging.

Aanpak

De Moving adviseur, leidinggevende en medewerker overleggen over de opdrachtomschrijving van het individuele traject. Daarna vinden enkele intervisiegesprekken plaats tussen de Moving adviseur en medewerker. Het doel is mensen te prikkelen en motiveren tot beweging, binnen of buiten Rivas.

Resultaat

De Moving adviseur biedt een helicopterview, door de loopbaan in een langer perspectief te plaatsen: 'wat kun je verwachten en wat zijn je dromen?'. Naast de gesprekken biedt Moving ondersteuning bij (intern) solliciteren. Essentieel is dat de hele organisatie achter mobiliteit staat, niet alleen op papier, maar ook tussen de oren, er moeten geen vooroordelen zijn.

4.4 Optimaliseren van arbeidsorganisatie en inzetbaarheid

De verwachte krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende diversiteit zijn goede redenen om te pleiten voor een op het individu toegesneden arbeidsorganisatie om personeel voor de zorg te vinden, te binden en efficiënt in te zetten. Dit maatwerk leidt tot een win-winsituatie. Instrumenten hierbij zijn zelfroosteren, zelfsturing, taakherschikking, functiedifferentiatie en goede arbeidsomstandigheden. Zij kunnen stuk voor stuk een positieve bijdrage leveren aan cliënttevredenheid, medewerkertevredenheid en een efficiënte inzet van zorgpersoneel (SER 2006; IGZ 2009; Randstad 2009). Belangrijk daarbij is de betrokkenheid van mensen op de werkvloer zoals de voorbeelden ook aantonen. Ruimte geven aan sociale innovatie zorgt er voor dat mensen in de zorg (weer) in hun kracht staan en met hun ideeën kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Samenwerken voor minder fouten en meer werkplezier (Ziekenhuis Gelderse Vallei)

Het Ziekenhuis Gelderse Vallei participeerde in het project Sociale Innovatie om meer cliëntgericht te gaan werken. Voorafgaand aan het project was het duidelijk, dat professionals relatief veel tijd en energie moesten steken in het oplossen van fouten of slordigheden elders in het zorgproces, wat ten koste ging van de directe zorg die aan cliënten besteed kon worden.

Innovatie

Het project is geïnitieerd vanuit de werkvloer, waar medewerkers hinder en knelpunten ervoeren in het hoofdproces.

Aanpak

In een breed samengestelde werkgroep werden verschillende cliëntgroepen benoemd en het planningsproces inzichtelijk gemaakt. Het ontstane gedeelde begrip en inzicht leidden tot het in kaart brengen van de faalkosten en het benoemen van verbeterpunten per afdeling.

Resultaat

Het project heeft ervoor gezorgd dat de totale faalkosten met 55 procent zijn gedaald en het aantal incidenten met ruim 60 procent is afgenomen, terwijl de totale productie hoog is gebleven. Daarnaast is er meer samenwerking tussen afdelingen, meer onderling begrip voor elkaar en een groeiend besef dat procesverbetering samen kan gaan met een grotere klanttevredenheid en werkplezier.

Aanbeveling: Voer zelfroosteren in

Uit de analyse blijkt dat ruim driekwart van de beroepsbevolking het belangrijk vindt dat werktijden aansluiten bij de persoonlijke situatie. Om te voorzien in deze behoefte en om de inzetbaarheid van werknemers te vergroten moeten roosters flexibeler worden. Bijna 80 procent van de vrouwen die nu niet of in deeltijd werkt wil namelijk wel (meer) werken als ze werk- en zorgtijden beter op elkaar kunnen afstemmen (SCP 2008). Ook ontstaat zo ruimte voor informele zorg en kunnen pieken in de zorgverlening worden opgevangen.

Zorginstellingen: Vergroot de flexibiliteit in roosters en voer een systematiek van zelfroosteren in.

Sociale partners: Voer meer flexibiliteit in de onregelmatigheidstoeslag in, zodat instellingen in samenspraak met hun personeel meer ruimte krijgen om zelfroosteren mogelijk te maken.

Rust en regelmaat in roosters (Stichting Prisma)

Stichting Prisma, zorgaanbieder voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische stoornis, wilde de onvoorspelbaarheid en de daarmee gecreëerde onrust en onregelmatigheid voor haar werknemers en klanten een halt toeroepen. In 2006 startte zij een project voor meer rust in roosters.

Innovatie

In het project staat het verbeteren van de omstandigheden in de zorgverlening centraal, voor zowel de medewerkers als voor de klanten van Stichting Prisma.

Aanpak

Twee zaken werden aangepakt: de roosters werden afgestemd op de behoeften van medewerkers (met name de combinatie met hun privéleven). Om toch eventuele verstoringen op te vangen is een speciaal team opgezet om 'de gaten te vullen'. Het ondersteunende team staat niet langs de zijlijn, maar voert ook eerste hulp werkzaamheden uit en pakt bepaalde zorgvragen of problemen op.

Resultaat

De nieuwe roosters zorgen voor meer rust in de roosters van de medewerkers en geven de cliënten een vast dagritme, zeven dagen per week. Het ondersteunende team heeft geresulteerd in efficiëntere planning, verbeterde kwaliteit van de zorg en zelfs carrièremogelijkheden voor talenten, zonder dat het extra kosten met zich meebrengt.

Rendementvoordeel met zelfroosteren (Ambulancedienst Limburg-Noord)

De fusie van twee ambulancediensten en de meldkamer tot RAV Limburg-Noord werd aangegrepen als het moment om de roosterplanning te herzien. Naast de vraag hoeveel rendement een verbetering zou kunnen opleveren, speelde ook mee dat de wensen van de medewerkers over het rooster beter gerealiseerd konden worden.

Innovatie

Binnen de organisatie van RAV Limburg is de verantwoordelijkheid over de roosters gelegd bij de medewerkers zelf en bestaat er geen centrale roosterplanner meer.

Aanpak

Alle roosters zijn via internet beschikbaar voor de medewerkers. Ze kunnen zo hun roosters invullen en diensten ruilen. Afgezien van de medewerkers zijn daarnaast roosterassistenten, teamleiders, hoofden en directie gezamenlijk verantwoordelijk gemaakt voor de verdere uitwerking en realisatie van de roosterplanning.

Resultaat

Het anders organiseren van de roosterplanning heeft vooral veel meer bewustzijn en inzichten gebracht bij alle medewerkers over het roosterproces en de samenhang met de urenbegroting (inzet, scholing, plus/min uren, verlof en dergelijke) en heeft bijgedragen aan een lagere overhead (6,7 procent ten opzichte van 15 procent in benchmark). Het roosterconcept (inclusief de ondersteunende software) wordt veelvuldig bij andere ambulancediensten in Nederland toegepast: meer dan 90 procent van de ambulancemedewerkers en 22 van de 24 hulpverleningsregio's werken volgens dit concept.

Aanbeveling: Bevorder zelfsturing

Uit de analyse blijkt dat ruim driekwart van de beroepsbevolking waarde hecht aan voldoende invloed op de inhoud van het werk, het kunnen ontplooiën van nieuwe initiatieven en zelf kunnen bepalen hoe het werk ingericht wordt. Dit kan worden gerealiseerd door ruimte te maken voor zelfsturing, [zonder daarbij steeds een beroep te doen op de leidinggevende. Het is hierbij van belang dat leiderschap in de zorg coachend wordt.

De kern van zelfsturing is dat zorgverleners als team samenwerken om de met de cliënten afgesproken zorg zo goed mogelijk te kunnen leveren. Zelfsturing is vooral geschikt om in te kunnen spelen op de uiteenlopende zorgvragen van cliënten. De zorgvraag van de cliënten is dan ook het vertrekpunt van zelfsturing. Een belangrijk bijkomend voordeel is dat de werktevredenheid onder zorgverleners erdoor toeneemt.

Zorginstellingen: Stimuleer vormen van zelfsturing. Van belang daarbij is een coachende leiderschapstijl.

Sociale partners en beroepsorganisaties: Ondersteun de ontwikkeling naar meer zelfsturing.

Zelfsturing in een magneetziekenhuis (Vlietland Ziekenhuis Schiedam)

In het Vlietland Ziekenhuis Schiedam zijn de afgelopen twee jaar proeftuinen gestart met het geven van meer empowerment aan het personeel. Dit gebeurt in navolging van het zogenaamde 'Magneetziekenhuis', een voorbeeld uit de Verenigde Staten waarbij de betreffende ziekenhuizen als een magneet personeel kon aantrekken en behouden door gericht personeelsbeleid.

Innovatie

Het Vlietland Ziekenhuis wil enerzijds de patiënt centraal stellen en anderzijds de keuze en individuele behoeften van medewerkers respecteren, voor het leveren van betere en veiligere zorg.

Aanpak

Medewerkers hebben de autonomie om hun eigen beslissingen te nemen, terwijl leidinggevenden via een participatieve managementstijl meedenken en de professionele ontwikkeling van medewerkers stimuleren. Daarnaast zijn er instrumenten ingevoerd (zoals het stoplichtenmodel om werkbelasting te voorkomen) die de communicatie en besluitvorming transparanter maken. Overige voorwaarden binnen het magneetconcept zijn een platte organisatiestructuur, een decentrale besluitvorming en de sterke verbinding tussen zorginstelling, verpleegkundige en cliënt.

Resultaat

De tussentijdse resultaten van daar waar de initiatieven zijn gestart laten een vermindering zien van het verloop van personeel en tegelijkertijd ziet men de tevredenheid bij patiënten en medewerkers toenemen.

Aanbeveling: Pak door als het gaat om taakherschikking en functiedifferentiatie

Taakherschikking en functiedifferentiatie zijn belangrijke instrumenten om personeel optimaal in te zetten en om werk op maat aan te kunnen bieden.

Bij taakherschikking worden (de minder complexe) zorgtaken structureel overgeheveld. Bij functiedifferentiatie worden taken uitgesplitst naar nieuwe functies. Functies worden hierdoor aantrekkelijker; de werkdruk vermindert doordat taken worden afgestoten en er vindt verdieping plaats doordat nieuwe taken kunnen worden toegevoegd. Zowel taakherschikking als functiedifferentiatie geven hoogopgeleid zorgpersoneel meer tijd om zich te richten op meer complexe zorgvragen. Ook bieden beide een beter carrièreperspectief voor mensen die al in de zorg werken. Zowel taakherschikking als functiedifferentiatie dragen dus een steentje bij aan het behoud van personeel (SER 2006; Gezondheidsraad 2008) en spelen zo in op de waarden van toekomstige werknemers (Prismant en Motivaction 2009). Ook bieden beide ruimte voor de instroom van lager opgeleiden. Juist daar is ruimte voor de instroom van zorgpersoneel (SEOR 2009).

Zorginstellingen: Voer taakherschikking en functiedifferentiatie verder door.

Beroepsorganisaties: Sta open voor mogelijkheden van taakherschikking en functiedifferentiatie.

Rijksoverheid: Expliciteer de beleidsvisie op de beroepsontwikkeling in de gezondheidszorg in relatie tot taakherschikking en functiedifferentiatie en pas eventuele belemmerende regelgeving aan.

Herontwerp voor meer arbeidsproductiviteit en werkplezier (De Hartekamp Groep)

De Hartekamp Groep, een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking in de regio Midden- en Zuid-Kennemerland, heeft haar intakeproces voor nieuwe cliënten herontworpen. Het nieuwe proces moet de mogelijkheid bieden voor betere zorgbemiddeling.

Innovatie

In het nieuwe zorgbemiddelingsconcept staat de cliënt centraal en wordt ruimte gemaakt voor een nieuwe functiegroep van zorgbemiddelaar.

Aanpak

Uitgangspunt van zorgbemiddeling is dat de cliënt één zorgbemiddelaar krijgt toegewezen die hem van begin (vraag naar zorg) tot eind (levering zorg/dagbesteding) ondersteunt en adviseert voor alle gevraagde vormen van zorg. Deze nieuwe functie van zorgbemiddelaar is het schakelpunt tussen de cliënt en de zorgorganisatie en wordt vervuld door medewerkers vanuit diverse disciplines.

Resultaat

De effecten op de arbeidsproductiviteit zijn groot: per cliënt, met een woon- en dagbestedingsvraag, levert de nieuwe plaatsingsprocedure een tijds winst op van gemiddeld 59 procent. Tevens is de flexibiliteit van het intakeproces toegenomen, wordt de kwaliteit van het intakeproces positiever beoordeeld door cliënten en ervaren de zorgbemiddelaars de nieuwe werkwijze als prettig en minder werkdruk.

Aanbeveling: Optimaliseer de arbeidsomstandigheden

Het is van groot belang dat werken in de zorg onder goede omstandigheden plaatsvindt. Belangrijke thema's hierbij zijn fysieke belasting, agressie en geweld op de werkvloer en de ervaren werkdruk. Door aandacht te besteden aan arbeidsomstandigheden blijft de sector niet alleen aantrekkelijk om in te werken, maar wordt ook de werkdruk teruggedrongen. Er moet voorkomen worden dat personeel (onnodig) uitvalt. Dit draagt direct of indirect ook bij aan het terugdringen van het ziekteverzuim.

Zorginstellingen: Investeer continu in het optimaliseren van de arbeidsomstandigheden van personeel. Inventariseer de behoeften van medewerkers. Creëer op basis daarvan een set van maatregelen voor de specifieke doelgroepen.

Rijksoverheid en sociale partners: Ondersteun zorginstellingen met programma's die zich richten op het optimaliseren van de arbeidsomstandigheden.

Zelfsturing als bron van vertrouwen (Buurtzorg Nederland)

Waar grootschaligheid de zorg overheerst, zet Buurtzorg Nederland in op kleinschaligheid om de zorg in Nederland te verbeteren. Het landelijke netwerk bestaat inmiddels uit 160 zelfsturende Buurtzorgteams.

Innovatie

Buurtzorg Nederland wil met duurzame en effectieve oplossingen de dienstverlening aan de klant voorop zetten, terwijl het daarbij haar werknemers zoveel mogelijk zelfsturing, transparantie en flexibiliteit aanbiedt.

Aanpak

Buurtzorg Nederland werkt met autonome teams van maximaal 12 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, die worden ondersteund door een centraal kantoor, regionale coaches en een moderne ICT-infrastructuur.

De teams regelen zelf onderlinge samenwerking en kennisdeling, huisvesting, nascholing, de planning en hun diensten en zijn ten slotte zelf verantwoordelijk voor de zorg voor hun cliënten.

Resultaat

Alle betrokkenen, zoals cliënten, mantelzorgers, huisartsen als medewerkers zijn razend enthousiast.

Cliënten beoordelen Buurtzorg Nederland hoger dan andere thuiszorginstellingen en vinden het personeel professioneel en telefonisch goed bereikbaar.

Aanbeveling: Inventariseer de mogelijkheden voor een btw-compensatiefonds

Een specifiek vraagstuk bij het optimaliseren van de arbeidsorganisatie, is de btw-heffing voor het tijdelijk inhuren van extern (zorg)personeel. Btw op de inkoop van diensten, het inhuren van personeel en de overige bedrijfskosten is een kostenpost voor zorgverleners, die wordt doorberekend aan zorg voor cliënten. Een btw-compensatiefonds kan deze belemmering voor het flexibel inhuren van personeel wegnemen. Bovendien kan zo ook meer worden geïnvesteerd in innovaties.

Rijksoverheid en sociale partners: Een btw-compensatiefonds kan de btw-drempel wegnemen.

4.5 Werven met beleid

De genoemde thema's, opleiding, arbeidsvoorwaarden en arbeidsorganisatie, zijn van intrinsiek belang om een aantrekkelijke werkgever te kunnen zijn en blijven. Momenteel zijn zorginstellingen voldoende in staat om personeel aan zich te binden. Ook buiten de zorg zijn er voldoende mensen geïnteresseerd in de zorgsector als werkgever, namelijk zo'n 2,35 miljoen mensen. Dat lijkt rooskleurig bij een behoefte aan ongeveer 1,7 miljoen werknemers in 2025 bij ongewijzigd beleid. Maar dit wordt veel moeilijker als de economie weer aantrekt en de gevolgen van de demografische ontwikkelingen ook in andere sectoren merkbaar worden. De zorgsector zal zich dan moeten inspannen om de vijver waaruit ze vist, zo groot mogelijk te houden.

Het is dus belangrijk om nog beter in te spelen op de veranderende (arbeids)behoeften van werknemers en hen zodoende te binden en te boeien. Een deel van de potentiële werknemers in de zorg heeft andere waardeoriëntaties dan de meeste huidige werknemers, denk hierbij aan de behoefte aan status, aanzien, autonomie en zelfontplooiing. De uitdaging is om aantrekkelijk te zijn voor intreders met andere waardeoriëntaties en tegelijkertijd ook voor intreders die meer lijken op de huidige werknemers. Door onderscheidend te zijn in organisatiecultuur, de manier van werken of de mate van marktgeoriënteerde zorgverlening, kunnen zorgorganisaties beter aansluiten bij de uiteenlopende waardeoriëntaties van het personeel. Ook kan zo voorkomen worden dat werknemers de sector verlaten. Immers, werkers kunnen nieuwe uitdagingen vinden bij zorgorganisaties in de regio. Essentieel voor deze mobiliteit is dat instellingen onderscheidend vermogen ontwikkelen én samenwerken met andere instellingen op regionaal niveau. Het is tevens belangrijk om meer gebruik te maken van de doelgroepbenadering gebaseerd op mentality milieus en generatieverschillen. Het is zaak dat werkgevers de in de analyse genoemde verschillen in opvattingen over de zorg dichtten. Imagocampagnes moeten zich richten op de huidige middelbare scholieren. Zorgorganisaties maar ook branches moeten met elkaar een balans vinden tussen profilering ten opzichte van elkaar en het collectieve belang van de gehele zorgsector.

Daarnaast kan het arbeidsaanbod worden vergroot door de werving specifiek te richten op doelgroepen die momenteel zijn ondervertegenwoordigd in de zorg. Kansrijke (deels overlappende) doelgroepen zijn mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst, lager opgeleiden, mensen met een arbeidshandicap en mannen in het algemeen. Ook hier kan de mentality-benadering bijdragen aan een betere aansluiting bij de wensen, behoeften en eisen van deze groepen. Gerichte werving van genoemde doelgroepen vergt samenwerking tussen de uitkeringsinstanties (UWV Werkbedrijf en gemeenten), re-integratiebedrijven en opleidingsinstellingen. Voor werknemers van Turkse en Marokkaanse afkomst, die de afgelopen jaren vooral hebben gekozen voor welzijns- en assisterende beroepen, moet worden onderzocht hoe zij geïnteresseerd kunnen worden in een (hogere) verzorgende of verplegende functie (RWI 2008). Om mannen meer te interesseren voor zorgberoepen is het nodig om in de werving aspecten te benadrukken die mannen (meer) aanspreken, bijvoorbeeld technologie.

Tot slot heeft de commissie ook de mogelijke bijdrage van immigranten onderzocht. Het (tijdelijk) inzetten van personeel uit het buitenland in de Nederlandse zorg is tot nu toe weinig populair, vooral vanwege drempels bij toetreding (en werving), wederzijdse aanpassingsmogelijkheden bij werkgevers en werknemers en de politieke en maatschappelijke discussie over het immigratiebeleid in het algemeen en braindrain in het bijzonder (Berenschot 2009). Ook al zal het in de toekomst niet gaan om grote aantallen werknemers, de commissie meent dat deze mogelijkheid niet uitgesloten moet worden. Het gaat dan om een vraaggestuurd immigratiebeleid met oog voor de maatschappelijke consequenties van het land van herkomst. Het is echter zaak om in eerste instantie de vijver met potentiële werknemers in Nederland te vergroten.

Aanbeveling: Verbeter en vernieuw het imago en de reputatie van de zorgsector als werkgever

Het wervingsbeleid moet onderdeel worden van een langetermijnagenda waarbij wordt gekeken naar hoe de zorg kan blijven voldoen aan de veranderende behoeften van potentiële en zittende werknemers. Het is belangrijk om adequaat in te spelen op aandacht van media en politiek bij incidenten die zich onverhoopt, maar onvermijdelijk zullen blijven voordoen. Dit heeft invloed op de aantrekkingskracht van de zorg. Zorg is emotie. De maatschappelijke betrokkenheid, juist als het ergens niet goed gaat, zal groot blijven. De verschillende doelgroepen zijn gevoelig voor deze maatschappelijke relevantie. Dit kan daarom worden ingezet om bij verschillende doelgroepen te werven. De zorg heeft daarnaast ook een technische kant en wordt steeds kennisintensiever. Voor elke doelgroep is er dan ook een scala aan interessante functies beschikbaar. Het wervingsbeleid moet inspelen op de diversiteit aan mogelijkheden voor jongeren en ouderen, voor mensen met en zonder zorgopleiding, voor mannen en vrouwen, allochtonen en autochtonen.

Zorginstellingen: Vind aansluiting bij toekomstige waardepatronen die afwijken van die van nu en vraag om cultuurbevorderende maatregelen. Dit vraagt om het managen van waarden, niet alleen om de zorgmarktwerking te kunnen integreren in de bestaande zorgcultuur, maar ook om ondervertegenwoordigde doelgroepen te kunnen vinden en binden. Professionaliseer het wervingsbeleid aan de hand van doelgroepenbenadering en zorg voor een goede samenhang tussen het wervingsbeleid, opleidingsbeleid, organisatiestrategie en -cultuur. Werk binnen regio's samen met uitkeringsinstanties en re-integratiebedrijven om het arbeidspotentieel uit te breiden met bijvoorbeeld niet-uitkeringsgerechtigden in plaats van de concurrentie aan te gaan om dezelfde (te) kleine groep.

Sociale partners: Investeer in het structureel verbeteren en vernieuwen van het imago van de zorgsector, waarbij een doelgroepgerichte benadering aansluit bij de pluriformiteit aan mogelijkheden in de zorg.

Rijksoverheid: Analyseer vooraf de mogelijke effecten van (zorg)beleid op de aantrekkingskracht van de zorgsector als werkgever. Arbeidsmarkteffectrapportages kunnen een signaalfunctie hebben. Zodoende kunnen mogelijke negatieve effecten van beleid worden meegenomen in de afweging en kunnen eventuele extra maatregelen worden getroffen, zoals bijvoorbeeld de oprichting van mobiliteitscentra in het kader van de overgang van de thuiszorg naar de WMO.

Aandacht voor culturele diversiteit in zorg en personeelsbeleid werkt ('s Heeren Loo Zorggroep)

De 's Heeren Loo Zorggroep, de grootste instelling voor gehandicaptenzorg in Nederland, heeft binnen enkele regio's nieuw personeelsbeleid rondom diversiteit ingevoerd om beter aan te sluiten bij haar klantenkring én haar medewerkers.

Innovatie

Daar waar 's Heeren Loo actief is in het beantwoorden van cliëntvragen met een multiculturele achtergrond, wordt veel tijd geïnvesteerd in de ontmoeting én verbinding van mensen en wordt daarbij ingezet op de langetermijn in plaats van korte termijn winst.

Aanpak

Werknemers, inclusief het middenkader, worden geselecteerd en getraind op 'transculturele communicatie', het rekening houden met culturele normen en waarden. Bovendien is gekozen voor de directe benadering, waarbij ook de familie van de cliënt bij het proces wordt betrokken.

Resultaat

Het beleid werkt positief voor de arbeidsmotivatie en de onderlinge verhoudingen. In 2008 is het ziekteverzuim onder medewerkers, waar gewerkt wordt met multiculturele zorg, gedaald van gemiddeld zeven naar twee procent en is de tevredenheid onder patiënten toegenomen.

Aanbeveling: Investeer in kennisontwikkeling voor werving en selectie

Het ontsluiten en uitwisselen van kennis wordt in de toekomst steeds belangrijker. Door hierin te investeren zal de sector beter en sneller in staat zijn om goede voorbeelden over te nemen en te implementeren. Snelheid is ook noodzakelijk, gezien het tempo van verschillende ontwikkelingen. Partijen dienen hun handen ineen te slaan om ervoor te zorgen dat de bestaande kennis breed beschikbaar wordt gesteld en dat er permanent onderzoek wordt gedaan naar de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.

Sociale partners: Ontwikkel toepassingsgerichte monitoringssystemen over arbeidsvraag en -aanbod, zoals de Arbeidsmarktmonitor, MijnArbeidsmarkt en Arbeidsmarktvoorspeller (zie Prismant en Motivaction 2009).

Rijksoverheid en sociale partners: Introduceer Arbeidsmarktmanagement als nieuw werkgebied waarbij de zorgvijver op effectieve wijze wordt (bij)gevuld vanuit een meer actiegerichte en collectieve beleidsaanpak.

Rijksoverheid: Ondersteun actiegerichte (vervolg)onderzoeken naar de zorgwerknemer van 2025, doelgroepen en deelmarkten die de branches en zorginstellingen kunnen inzetten bij wervings- en imagocampagnes en -activiteiten. Stimuleer de ontwikkeling van een digitaal verzamelpunt waar alle informatie, publicaties, literatuur, presentaties en dergelijke samenkomen.

Aanbeveling: Zet in op verdere versterking van de regionale samenwerking

De arbeidsmarkt voor de zorg bestaat uit verschillende deelmarkten, gelet op beroep en op regio. Zeker voor functies op mbo-niveau, zoals verzorgende, verpleegkundige en sociaal-agogisch werkende, heeft de arbeidsmarkt een sterk regionaal karakter. De rijksoverheid en regionale partijen hebben de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in regionale samenwerking. Momenteel zijn er regio's waar zorginstellingen en andere partijen op verschillende terreinen intensief samenwerken, maar er zijn ook regio's die nog een inhaalslag kunnen maken.

Loopbaancentrum met regionale functie (Altrecht)

Altrecht verleent, met 2.800 medewerkers, geestelijke gezondheidszorg in de regio Utrecht. Al sinds 1999 is begonnen met het invoeren van een nieuw loopbaanbeleid, wat zich heeft ontwikkeld tot een loopbaancentrum en regionale samenwerking.

Innovatie

Eenzijds is het voor medewerkers mogelijk om op korte termijn een op maat gemaakt loopbaantraject te volgen. Anderzijds verhoogt de intensieve samenwerking met het Regionaal Mobiliteitscentrum Midden-Nederland (RMC-MN) de kansen van medewerkers bij boventaligheid en re-integratie op het vinden van werk doordat zij een voorkeurspositie hebben ten opzichte van externe kandidaten.

Aanpak

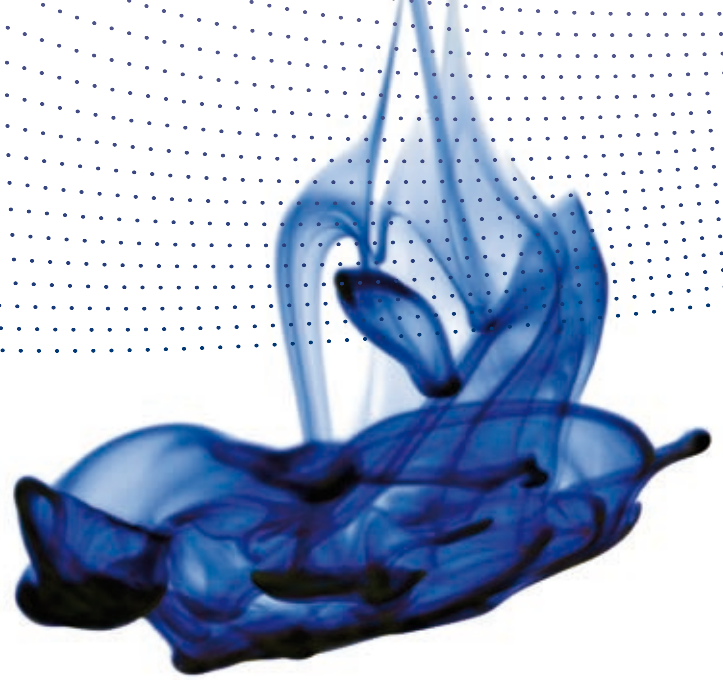
Medewerkers hebben via het loopbaancentrum toegang tot een reeks aan instrumenten en middelen (zoals Persoonlijk Ontwikkel Plan, jobmarketing, midcareer check of hulp bij re-integratie). Om ervoor te zorgen dat iedereen dezelfde kansen krijgt, worden de medewerkers begeleid in het zelfsturende vermogen en bij het nemen van loopbaanbeslissingen.

Resultaat

Per jaar worden er ongeveer 100 loopbaantrajecten doorlopen, dat tweemaal zoveel is als de oorspronkelijke doelstelling. Werknemers zijn tevreden over hun doorgroeimogelijkheden binnen Altrecht en diegene die een loopbaantraject hebben doorlopen beoordelen het traject gemiddeld met een 7,4.

5. Conclusie

Samen in actie



De maatschappelijke uitdaging is groot: hoe kunnen we de dreigende kloof tussen zorgvraag en arbeidsaanbod overbruggen én daarbij het huidige niveau van zorg garanderen? Om maatschappelijke en economische redenen is het noodzakelijk om personeelstekorten te voorkomen. Eén enkele maatregel volstaat niet. Daarvoor is de uitdaging te complex.

Er moet permanent aandacht komen voor ontwikkelingen in de zorgvraag en het arbeidsaanbod en hoe deze zich tot elkaar verhouden. De commissie heeft zich vooral gericht op het aanbod van verzorgenden en verpleegkundigen, aangezien deze groep de bulk van de zorg verleent en er vooral binnen deze groep grote tekorten dreigen. Maar als het gaat om de toekomstige arbeidsmarkt van de zorg, kan ook de vraagzijde niet genegeerd worden.

Vandaar dat dit advies de verschillende aspecten van de zorgvraag benoemt om daarmee de politieke discussie te stimuleren. Hierbij is aandacht besteed aan het verzekerde pakket, preventie, zelfredzaamheid, mantelzorg en arbeidsbesparende innovatie. De samenhang tussen de arbeidsbehoefte en deze aspecten moet veel hoger op de agenda komen. De relevantie van deze samenhang voor de oplossing van het personeelsvraagstuk wordt geïllustreerd door het volgende rekenvoorbeeld.

Rekenvoorbeeld van de bijdrage van mogelijke oplossingen op de lange termijn

Als de ruim 900.000 deeltijders in de zorg gemiddeld 2 uur langer per week gaan werken, levert dat omgerekend ± 75.000 arbeidsplaatsen op. Als oudere werknemers in de zorg gemiddeld 2 jaar later uittreden (dan verondersteld in de basisprojectie), levert dat omgerekend ± 50.000 arbeidsplaatsen op. Het verhogen van het aandeel van de zorgsector op de arbeidsmarkt van 13% naar 15% levert omgerekend ± 175.000 arbeidsplaatsen op. Een verhoging van de arbeidsproductiviteit met gemiddeld 1% per jaar, in plaats van 0,5% zoals verondersteld in de basisprojectie, door een betere organisatie van de zorg, levert omgerekend ± 115.000 arbeidsplaatsen op. Op het gebied van het beperken van de groei van de zorgvraag is het moeilijk aan te geven wat de opbrengsten in personele termen kunnen zijn. Als door verhoging van de zelfstandigheid van cliënten het beroep op AWBZ-zorg met 10% wordt beperkt, zou dat een besparing van ± 90.000 arbeidsplaatsen op kunnen leveren. De totale 'opbrengst' van dit rekenvoorbeeld komt daarmee uit op ongeveer 500.000 arbeidsplaatsen. Dit is vrijwel gelijk aan het aantal benodigde arbeidsplaatsen van 470.000 uit figuur 1 in hoofdstuk 2.

Bron: Actualisering van het rekenvoorbeeld uit de Arbeidsmarktbrief van het Ministerie van VWS 2007

Puur gelet op het arbeidsaanbod zal duidelijk zijn dat het bestaande beleid het groeiende personeelstekort niet oplost. Daarom bevat dit advies aanbevelingen over het vernieuwen en intensiveren van beleid op het gebied van opleiding en ontwikkeling, arbeidsvoorwaarden, arbeidsorganisatie en werving. Een overzicht van deze aanbevelingen staat in onderstaande tabel. De bijlagen specificeren de aanbevelingen per actor (bijlage 1) of combinatie van actoren (bijlage 2). Naast de basis van een marktconforme loonontwikkeling, raken de aanbevelingen aan een veelheid aan kansen voor de zorgsector om zijn positie op de arbeidsmarkt te versterken. Hierbij gaat het zowel om instroom als het behoud van zorgpersoneel. Deze kansen moeten worden gegrepen. Dit vergt een proactieve houding, gericht op de lange termijn. Dit is niet het sterkst ontwikkeld onder de verschillende actoren. Veel arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid kent een korte cyclus. Dat is begrijpelijk gezien de huidige economische situatie en de onduidelijkheid over de beleidswensen van diverse actoren. Maar ondanks deze beperkingen is er nu echt actie nodig en op een veel grotere schaal dan we gewend zijn.

Tabel 7: Overzicht aanbevelingen

Investeren in een leven lang leren
Monitor de personeelsbehoefte zodat deze afgestemd kan worden met de opleiders
Werk samen om het studie- en sectorrendement te vergroten
Investeer meer in stages
Investeer in opleiding en ontwikkeling van medewerkers
Verzilver ervaring via EVC-trajecten
Inspelen op diversiteit met arbeidsvoorwaarden
Streef naar marktconforme beloning en geef ruimte voor differentiatie in de beloning
Stem school- en opvangtijden af op werk- en studietijden
Zet verlofsparen flexibeler in
Focus op het inzetbaarheidsbeleid voor alle leeftijden
Creëer heldere carrièrepaden voor verzorgenden en verpleegkundigen
Optimaliseren van arbeidsorganisatie en inzetbaarheid
Voer zelfroosteren in
Bevorder zelfsturing
Pak door als het gaat om taakherschikking en functiedifferentiatie
Optimaliseer de arbeidsomstandigheden
Inventariseer de mogelijkheden voor een btw-compensatiefonds
Werven met beleid
Verbeter en vernieuw het imago van de zorgsector als werkgever
Investeer in kennisontwikkeling voor werving en selectie
Zet in op verdere versterking van de regionale samenwerking

Actie vraagt om leiderschap. Leiderschap om bestaande patronen in denken en doen te doorbreken. Leiderschap om een langetermijnvisie te ontwikkelen en tegenstellingen tussen belangen te overbruggen. Ruimte op alle niveaus is daarbij een noodzakelijke voorwaarde. Het geven van ruimte begint bij de politiek. Die is op macroniveau verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en zal daarom zorginstellingen en sociale partners de ruimte moeten geven om te werken aan eigen oplossingen.

Naast het faciliteren van de volumegroei zijn extra overheidsinvesteringen noodzakelijk. Het is duidelijk dat één en ander niet te realiseren is door enkel de huidige budgettaire middelen te herverdelen. Belangrijk is dat de administratieve lasten vanuit de overheid, zorgverzekeraars en zorginstellingen niet mogen stijgen. Verder zal het overheidsbeleid meer moeten loskomen van de toevalligheid van incidenten en meer proactief moeten inspelen op ontwikkelingen. Om ervoor te zorgen dat de verschillende maatregelen zoveel mogelijk kunnen bijdragen aan het terugdringen van personeels tekorten in de zorg, is met name de concrete vertaalslag van landelijk beleid naar regionaal en lokaal maatwerk cruciaal. Dit betekent dat de leiders van nu zicht moeten hebben op de toekomst en het inzicht moeten tonen om ruimte te geven voor maatwerk.

Sociale partners moeten (nog) meer ruimte geven aan individuele instellingen zodat ze maatwerk kunnen leveren. Zorginstellingen moeten deze ruimte benutten en onderscheid durven te maken. Het is onze overtuiging dat 'leiderschap in de zorg' in de toekomst steeds meer gericht moet zijn op het bieden van ruimte aan professionals om naar eigen inzicht te handelen, zonder hierbij de integrale verantwoordelijkheid uit het oog te verliezen. Alle maatregelen dienen ondersteunend te zijn aan de relatie tussen zorgwerknemer en zorgvrager, de relatie waarbinnen de zorgverlening plaats vindt.

Het uitwerken en uitvoeren van de beleidsagenda voor de lange termijn kan niet het werk van één groep zijn of bepaalde zorgpartijen uitsluiten. Het vereist een gecoördineerde samenwerking van alle betrokkenen op het gebied van zorg, arbeid en innovatie op alle beleidsniveaus: rijksoverheid, sociale partners, regionale netwerken, tussen en binnen zorginstellingen. Hoewel maatregelen gericht op de vergroting van het arbeidsaanbod zichzelf (deels) terugverdienen voor de samenleving en de specifieke zorginstellingen, vereisen ze allereerst investeringen. Leden van het Zorginnovatieplatform zullen deze boodschap ook zelf actief verspreiden.

Het Zorginnovatieplatform roept het kabinet, sociale partners en zorginstellingen dan ook op om de resterende termijn van de kabinetsperiode te benutten om de aanbevelingen om te zetten in een langetermijn investeringsagenda. Daarbij is een actieplan nodig dat nu maatregelen in gang zet die op korte termijn bijdragen aan de oplossing, zoals duurzaam inzetbaarheidsbeleid en het optimaliseren van de arbeidsorganisatie. Ook is het zaak zo spoedig mogelijk aan te vangen met maatregelen die een lange adem vergen, zoals opleiden en het versterken van de wervingskracht. Kortom, een actieplan dat liever vandaag dan morgen aanzet tot beweging voor een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg in het Nederland van vandaag en morgen.



Literatuur

Askilden J.E., B.H. Baltagi en T.H. Molmas (2002) *Will increased wages reduce shortage of nurses? A panel data analysis of nurses' labor supply*. Paper gepresenteerd op de '10th international conference on panel data' in Berlijn.

Berenschot (2009) *Immigratie van zorgpersoneel: Van sluitpost van arbeidsmarktbeleid naar oplossingen voor een modern migratiebeleid voor de zorg*. Utrecht: Berenschot Groep.

BMC (2009) *Rapport 'Vergroten van inzetbaarheid van personeel in de zorg'*. Amersfoort: BMC.

CBS Statline, <http://statline.cbs.nl/statweb/>

Commissie Arbeidsparticipatie (2008) *Naar een toekomst die werkt: Advies Commissie Arbeidsparticipatie*. Rotterdam.

Commissie Kinderopvang (2009) *Van beter subsidiëren naar beter organiseren: Eindrapport Commissie Kinderopvang*. Den Haag.

CPB (2007a) *Actualisatie Economische Verkenning 2008-2011*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2007b) *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2009a) *Arbeidsaanbod en gewerkte uren tot 2025: Een beleidsneutraal scenario*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2009b) *Rethinking retirement: From participation towards allocation*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Gezondheidsraad (2008) *Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten, -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants*. Den Haag: Gezondheidsraad.

IGZ (2007) *Staat van de Gezondheidszorg: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van de gezondheidszorg*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Inspectie van het Onderwijs (2009) *Kwaliteit EVC-procedures in het MBO*. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.

Kankaanranta, T. en Pissanen, P. (2009) *'The labor supply of registered nurses in Finland: the effect of wages and working conditions'*, *European Journal of Health Economics* 10: 167-178.

Ministerie van VWS (2007) *Niet van later zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2007) *Arbeidsmarktbrief Werken aan de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

OSA (2008) *Tendrapport: Aanbod van arbeid 2007*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.

Philips, V.L. (1995) *'Nurses' labor supply: participation, hours of work and discontinuities in the supply function'*, *Journal of Health Economics* 14 (1995): 567-582.

Prismant (2008a) *Arbeid in Zorg en Welzijn: Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.

Prismant (2008b) *RegioMarge 2008: De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen 2008-2012*. Utrecht: Prismant.

Prismant (2009) *RegioMarge 2009: De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen 2009-2013*. Utrecht: Prismant.

Prismant en Motivaction (2009) *ZorgWerk en ZorgWerkers in 2025: De 'Z-generatie' als wenkend toekomstperspectief*. Utrecht: Prismant.

Randstad (2009) *Efficiënte inzet van zorgpersoneel*. Diemen: Randstad.

RIVM (2006) *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011. CPB document No. 121*. Den Haag: Centraal Plan Bureau.

RIVM (2006) *Zorg voor gezondheid: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RVZ (2006) *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Den Haag: De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RWI (2008) *Diversiteit in de zorg vraagt om doorpakken. Voorstellen voor een structurele investering in de participatie van allochtone vrouwen in de zorg*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

Saether, E.M. (2004) *'Nurses' labor supply with endogenous choice of care level and shift type'*. *Universiteit van Oslo, Health Economics Research programme, Working paper 2004:9*.

SCP (2007) *Blijvend in balans: Een toekomstverkenning van informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (2008) *Verdeelde tijd: Waarom vrouwen in deeltijd werken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SEO (2006) *Beloningsverschillen tussen de marktsector en de collectieve sector in 2004*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

SEOR (2009) *Uitwerken 0-scenario arbeidsmarkt zorg: Eindrapport*. Rotterdam: SEOR.

SER (2006) *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

SER (2009) *Diversiteit in het personeelsbestand*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

TNO (2009) *Goede praktijkvoorbeelden personeelsbeleid en flexibilisering in Nederlandse zorginstellingen*. Hoofddorp: TNO.

Werknemersenquête zorg en welzijn (2007) Utrecht: Prismant.



Bijlage 1

Aanbevelingen per actor

Zorgverleners

Draag zelf de medeverantwoordelijkheid voor continue scholing en ontwikkeling en benut de ruimte die daarvoor geboden wordt. Het draagt bij aan kwalitatief goede zorg. Nascholingsplichten nakomen is een vanzelfsprekendheid.

Zorginstellingen

Richt de strategische personeelsplanning zo in, dat instellingen op centraal niveau meerjarig inzicht krijgen in hoeveel personeel op welk niveau nodig is om de zorgvisie van de organisatie te kunnen realiseren. Instellingen moeten meer gebruik maken van instrumenten zoals Zorgformat. De uitkomsten moeten op regionaal niveau beschikbaar zijn.

Zet de financiële ondersteuning uit het stagefonds daadwerkelijk in voor verbetering van het stagebeleid.

Het voeren van een professioneel scholings- en ontwikkelingsbeleid wordt steeds belangrijker. Periodieke inventarisatie van de behoeften onder het personeel, het invoeren van persoonlijke ontwikkelplannen, competentie management en het voeren van een meerjarig opleidings- en ontwikkelbeleid zijn slechts enkele instrumenten die voorhanden zijn. Van belang is dat er continu wordt geïnvesteerd in scholing. Maatwerk en flexibiliteit in het aanbod zijn hierbij sleutelwoorden. Regelmatige functioneringsgesprekken werken hierbij ondersteunend. Het accent ligt hierbij op het functioneren, de gewenste begeleiding of aansturing en op de afstemming van persoonlijke doelen op de organisatiedoelen door middel van scholing en ontwikkelingsactiviteiten.

Op instellingsniveau biedt het invoeren van competentie management in combinatie met EVC-trajecten mogelijkheden. Het is hierbij van belang dat de (veranderende) competenties van medewerkers voortdurend aandacht krijgen. Dankzij EVC-trajecten wordt de inzetbaarheid van medewerkers verhoogd.

Zie erop toe dat managers regelmatig functionerings- en beoordelingsgesprekken hebben met hun medewerkers. Zorg voor een budget voor gedifferentieerd belonen op individueel- en groepsniveau. Van groot belang daarbij is dat de ondernemingsraad gedifferentieerd belonen accordeert.

Zorg dat iedere werknemer, mbo of hbo, een functie krijgt die past bij zijn of haar capaciteiten en opleidingsniveau. Bied werknemers regelmatig de gelegenheid om van functie te veranderen. Breng de carrièrepaden helder in beeld.

Vergroot de flexibiliteit in roosters en voer een systematiek van zelfroosteren in.

Stimuleer vormen van zelfsturing. Van belang daarbij is een coachende leiderschapstijl.

Voer taakherschikking en functiedifferentiatie verder door.

Investeer continu in het optimaliseren van de arbeidsomstandigheden van personeel. Inventariseer de behoeften van medewerkers. Creëer op basis daarvan een set van maatregelen voor de specifieke doelgroepen.

Vind aansluiting bij toekomstige waardepatronen die afwijken van die van nu en vraag om cultuurbevorderende maatregelen. Dit vraagt om het managen van waarden, niet alleen om de zorgmarktwerking te kunnen integreren in de bestaande zorgcultuur, maar ook om ondervetegenwoordigde doelgroepen te kunnen vinden en binden. Professionaliseer het wervingsbeleid aan de hand van doelgroepenbenadering en zorg voor een goede samenhang tussen het wervingsbeleid, opleidingsbeleid, organisatiestrategie en -cultuur. Werk binnen regio's samen met uitkeringsinstanties en re-integratiebedrijven om het arbeidspotentieel uit te breiden met bijvoorbeeld niet-uitkeringsgerechtigden in plaats van de concurrentie aan te gaan om dezelfde (te) kleine groep.

Regionale samenwerkingsverbanden

Maak regionale resultaatsafspraken over kwantiteit en kwaliteit van stageplaatsen.

Beroepsorganisaties

Sta open voor mogelijkheden van taakherschikking en functiedifferentiatie.

Brancheorganisaties

Realiseer de (meerjaren)planning van kritische functies op brancheniveau. Een collectieve aanpak zorgt voor voldoende specifiek en/of specialistisch zorgpersoneel.

Sociale partners

In cao-verband is het belangrijk dat er voldoende ruimte en middelen ter beschikking worden gesteld om aan te kunnen sluiten bij de scholingsbehoefte van de werknemers. In verschillende, recent afgesloten cao's, is hiermee een begin gemaakt. Werknemers krijgen de ruimte om een persoonlijk budget op te bouwen en in te zetten voor scholing. Verdergaande afspraken hierover aan de cao-tafel zijn in de toekomst noodzakelijk.

Zet in op marktconforme loonsontwikkelingen in combinatie met arbeidsvoorwaarden die de inzetbaarheid van werknemers verhogen, zoals bijscholing. Biedt ruimte voor gedifferentieerde beloning in termen van financiën, opleidingen en promoties.

Zet collectieve ontzietmaatregelen, zoals seniorendagen, om in maatregelen die de inzetbaarheid van alle werknemers vergroten.

Maak in het functiegebouw onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen.
Maak de ontwikkelingslijn, van helpend niveau 1 tot verpleegkundig specialist, inzichtelijk.

Voer meer flexibiliteit in de onregelmatigheidstoeslag in, zodat instellingen in samenspraak met hun personeel meer ruimte krijgen om zelfroosteren mogelijk te maken.

Investeer in het structureel verbeteren en vernieuwen van het imago van de zorgsector, waarbij een doelgroepgerichte benadering aansluit bij de pluriformiteit aan mogelijkheden in de zorg.

Ontwikkel toepassingsgerichte monitoringssystemen over arbeidsvraag en -aanbod, zoals de Arbeidsmarktmonitor, MijnArbeidsmarkt en Arbeidsmarktvoorspeller (zie Prismant en Motivaction 2009).

Rijksoverheid

Voorzie in toegankelijke systemen om de arbeidsvraag kwalitatief en kwantitatief te monitoren.

Voorkom voortijdige uitval door verdere ontwikkeling en intensivering van doorlopende leerlijnen van het vmbo naar het mbo en van het mbo naar het hbo te ondersteunen.

Blijf ook na 2011 investeren in het stagefonds en evalueer de reikwijdte in opleidingen en stage-aanbieders. Zorg dat de financiële ondersteuning per stageplaats (op termijn) voldoende blijft. Koppel de financiële ondersteuning aan doelstellingen voor kwaliteitsverbetering. Gebruik hiervoor de beschikbare meetinstrumenten. Zorg voor toegankelijkheid van (statistische) gegevens over de stages voor beleidsmatig gebruik op alle niveaus.

Inventariseer, samen met cao-partijen, de benodigde financiële ruimte voor scholings- en ontwikkelingsbeleid en maak daarvoor eventueel middelen vrij.

Door de huidige financieringsvorm van onderwijsinstellingen is het voor onderwijsinstellingen niet altijd aantrekkelijk om mee te werken aan het aanbieden of honoreren van EVC-trajecten. De rijksoverheid dient na te gaan of financiering in de huidige vorm voldoende stimulans biedt voor onderwijsinstellingen om EVC-trajecten aan te bieden.

Houd de OVA-systematiek in stand.

Zorg dat mensen in opleiding recht hebben op kinderopvangtoeslag.

Erken het onderscheid in opleidingsniveaus van verpleegkundigen en de bijbehorende ontwikkelingslijn in de wet BIG.

Expliciteer de beleidsvisie op de beroepsontwikkeling in de gezondheidszorg in relatie tot taakherschikking en functiedifferentiatie en pas eventuele belemmerende regelgeving aan.

Analyseer vooraf de mogelijke effecten van (zorg)beleid op de aantrekkingskracht van de zorgsector als werkgever. Arbeidsmarkteffectrapportages kunnen een signaalfunctie hebben. Zodoende kunnen mogelijke negatieve effecten van beleid worden meegenomen in de afweging en kunnen eventuele extra maatregelen worden getroffen, zoals bijvoorbeeld de oprichting van mobiliteitscentra in het kader van de overgang van de thuiszorg naar de WMO.

Ondersteun actiegerichte (vervolg)onderzoeken naar de zorgwerknemer van 2025, doelgroepen en deelmarkten die de branches en zorginstellingen kunnen inzetten bij wervings- en imagocampagnes en -activiteiten. Stimuleer de ontwikkeling van een digitaal verzamelpunt waar alle informatie, publicaties, literatuur, presentaties en dergelijke samenkomen.



Bijlage 2

Aanbevelingen per combinatie van actoren

EVC-aanbieders en onderwijsinstellingen

Versterk het EVC-beleid en besteed, naast het bieden van vrijstellingen, meer aandacht aan het verzilveren van eerder verworven competenties met diploma's en certificaten. Voer de kwaliteitsverbeteringen in de EVC-procedures in volgens de aanbevelingen van de Inspectie van het Onderwijs.

Regionale samenwerkingsverbanden en onderwijsinstellingen

Vertaal strategische informatie in opleidingsbehoefte en instroom.

Zorgwerkgevers en onderwijsinstellingen

Werk intensiever samen. Maak resultaatsafspraken over zowel de kwaliteit van de opleidingen als de aantallen studenten. Er zijn goede voorbeelden in de praktijk op het terrein van leerafdelingen. Deze voorbeelden dienen breed te worden gevolgd.

Sociale partners en zorginstellingen

Ontwikkel nieuwe vormen van opleidings- en doorwerkbeleid. Geef daarbij ruimte voor individueel maatwerk zodat kan worden ingespeeld op de diversiteit van het personeel.

Sociale partners en onderwijsinstellingen

Bij het vaststellen van de opleidingsprofielen en curricula moet de aansluiting tussen het zorgonderwijs en de zorgpraktijk worden geborgd. Hierbij is van belang in te kunnen spelen op de uiteenlopende behoeften van studenten met een flexibel scholingsaanbod. In de zorg wordt al veel gebruik gemaakt van de (modulaire) beroepsbegeleidende leerweg (BBL), waardoor meer mensen in de praktijk kunnen leren. Aandacht voor een positieve ontwikkeling van rendementcijfers blijft belangrijk. Zo kan nog beter worden ingespeeld op de wensen van mensen met ambitie (versnelde opleidingen of verzwaarde topopleidingen). De in de analyse beschreven inzichten in de verschillende waardepatronen van mensen kunnen een goede bijdrage leveren aan differentiatie van de opleidingsmogelijkheden.

Sociale partners en beroepsorganisaties

Ondersteun de ontwikkeling naar meer zelfsturing.

Branche- en beroepsorganisaties

Investeer in een e-portfolio, een (digitaal) elektronisch overzicht van competenties, diploma's, ervaringen en EVC-certificaten. Door dit overzicht bestaat bij zowel werknemers als werkgevers snel zicht op de mogelijkheden op de arbeidsmarkt en de behoefte aan verdere opleiding.

Rijksoverheid en regionale actoren (gemeenten en basisscholen)

Breid het aantal brede scholen fors uit dan voorgenomen, zodat een landelijke dekking wordt gerealiseerd. Zorg daarbij voor flexibele openingstijden van 7.00 uur tot 19.00 uur (Commissie Arbeidsparticipatie 2008; Commissie Kinderopvang 2009). Voor sectoren met onregelmatige werktijden, zoals de zorg, is het belangrijk om ook 24-uurs opvang te realiseren.

Rijksoverheid en sociale partners

Maak het mogelijk om opgespaarde levenstegoeden flexibel in te zetten, bijvoorbeeld tijdens schoolvakanties of voor een ziek kind of familielid.

Ondersteun zorginstellingen met programma's die zich richten op het optimaliseren van de arbeidsomstandigheden.

Een btw-compensatiefonds kan de btw-drempel wegnemen.

Introduceer Arbeidsmarktmanagement als nieuw werkgebied waarbij de zorgvijver op effectieve wijze wordt (bij)gevuld vanuit een meer actiegerichte en collectieve beleidsaanpak.

Colofon

Dit advies is voorbereid door:

Drs. J.J.A.H. (Hans) Klein Breteler, secretaris PGGM-Coöperatie, Zeist
en van 12 juni 2007 tot 9 juni 2009 lid CDA-fractie Eerste Kamer

Prof. Dr. J.J.M. (Jules) Theeuwes, hoogleraar toegepast economisch
onderzoek UvA en directeur SEO Economisch Onderzoek

Drs. J.C. (Jeroen) Bos, directeur Randstad HR Solutions

Drs. M.J. (Marcelis) Boereboom, Directeur-Generaal Langdurige Zorg,
Ministerie van VWS

Dit advies wordt onderschreven door:

Drs. A.P.J. (Armand) Höppener, adviseur geestelijke gezondheidszorg

Mr. B.J. (Ben) Nootboom, CEO Randstad

Drs. C. (Claudia) Zuiderwijk, voorzitter Raad van Bestuur Tergooiziekenhuizen

Dr. M.L.M. (Margo) Brouns, lector, Talma-lectoraat Innovatie en
Competentieontwikkeling in de Zorg

Drs. M.A. (Marijke) van Hees, programmadirecteur IZIT en adviseur
Innovatie Salons ICT Office

Dr. P.H. (Paul) Smit, Senior Vice President Philips Healthcare

Drs. T. (Tineke) van den Klinkenberg, zelfstandig adviseur en toezichthouder

Prof. Dr. W.J.H.M. (Wil) van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde
UMC St. Radboud en huisarts

