

# Arbeid in Zorg en Welzijn

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

2009

# Arbeid in Zorg en Welzijn 2009

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

*Utrecht, december 2009*

## Colofon

### Prismant

Prismant is partner van CC Zorgadviseurs en Walvis ConsultingGroep. Samen bieden wij organisaties en professionals in de zorgsector deskundig advies, onderzoek, opleidingen en informatiebeheer. De drie organisaties zijn al jarenlang actief op het gebied van zorg en welzijn. Met deze samenwerking breiden wij onze specialistische kennis en expertise sterk uit. Zo kunnen wij onze diensten nog beter toespitsen op elke specifieke vraag.

### Uitgave

December 2009

### Aan deze publicatie werkten verder mee:

Daphne Albers

Elsbeth Arnold

Ineke Bloemendaal

Antoon Leijten

Edwin de Prieëlle

Raymond Smeets

Frank Verijdt

### Vormgeving

Dadomoto communicatie | design

### Druk

PrintPartners Ipskamp

### Uitgever

Prismant

Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht

Postbus 85200, 3508 AE Utrecht

Telefoon 030 - 2345 678

Fax 030 - 2345 677

[prismant@prismant.nl](mailto:prismant@prismant.nl)

© Stichting Prismant, Utrecht, december 2009. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

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

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk..

## Stand van zaken en vooruitblik

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Opzet van het rapport</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Stand van zaken op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK</b>	<b>11</b>
2.1	De sector Zorg en WJK vergeleken met de rest van de arbeidsmarkt	11
2.2	Werkgelegenheid nader beschouwd	13
2.3	Opleidingen	14
2.4	Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid	15
2.5	Samenvatting	19
<b>3.</b>	<b>Vooruitzichten op de arbeidsmarkt</b>	<b>23</b>
3.1	De vraag naar personeel	23
3.2	Aanbod	25
3.3	Vraag en aanbod: naar een nieuw evenwicht?	30
3.4	Samenvatting	32
<b>4.</b>	<b>De effecten van de kredietcrisis op de arbeidsmarkt in de zorg</b>	<b>37</b>
4.1	Inleiding	37
4.2	De effecten van de kredietcrisis	38
4.3	De effecten van de kredietcrisis op de HR functie in de zorg	42
4.4	Samenvatting	43
<b>5.</b>	<b>HR-beleid in Zorg en WJK</b>	<b>47</b>
5.1	Inleiding	47
5.2	Leidt een goed HR-beleid ook tot betere prestaties van de organisatie?	48
5.3	Welke factoren beïnvloeden de organisatievraagstukken?	49
5.4	Stand van zaken in de sector Zorg en WJK	52
5.5	Samenvatting en conclusies	56
<b>6.</b>	<b>Verschillen in regionale vraag naar en aanbod van personeel</b>	<b>61</b>
6.1	Inleiding	61
6.2	Regionale arbeidsmarkt	61
6.3	Achterliggende factoren	61
6.4	Clustering van regio's op basis van vraag naar en aanbod van arbeid	63
6.5	Hoe ziet de toekomst er uit?	66
6.6	Inspelen op de ontwikkelingen: mogelijkheden voor regionaal beleid	69
6.7	Samenvatting	69

<b>7.</b>	<b>Branches</b>	<b>73</b>
7.1	Een vergelijking tussen de branches	73
7.2	Ziekenhuizen	74
7.3	Geestelijke Gezondheidszorg	81
7.4	Gehandicaptenzorg	86
7.5	Verpleging & Verzorging en Thuiszorg (inclusief Kraamzorg)	93
7.6	Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening	102
7.7	Jeugdzorg	109
7.8	Kinderopvang	115
<b>8.</b>	<b>Slotbeschouwing</b>	<b>123</b>
Bijlage 1	Lijst van begrippen en afkortingen	129
Bijlage 2	Literatuur	143

# 1. Opzet van het rapport



## 1. Opzet van het rapport

Dit rapport geeft een beknopt, actueel beeld van de arbeidsmarkt in de sector Zorg en de sectoren Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang (hierna genoemd de sector Zorg en WJK). Ook biedt het rapport een vooruitblik op de komende jaren. Verder besteden we aandacht aan een aantal specifieke onderwerpen, die op dit moment in discussies over de arbeidsmarkt in Zorg en WJK een prominente rol spelen, zoals de huidige en toekomstige situatie op de arbeidsmarkt en de vraagstukken die dit opwerpt voor het gevoerde beleid.

Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en schetst een beeld van de huidige situatie in de sector in vergelijking met de rest van de economie. Hoofdstuk 3 biedt een overzicht van ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar zorg en diensten op het gebied van welzijn, jeugdzorg en kinderopvang en op de toekomstige vraag naar en het aanbod van personeel. Uitgebreidere beschrijvingen over deze onderwerpen kunt u vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl). Daar wordt ook een databank aangeboden, waarin over veel onderwerpen gedetailleerde statistische informatie te vinden is.

In de hoofdstukken 4, 5 en 6 worden belangrijke thema's uitgewerkt die momenteel spelen binnen de arbeidsmarkt in Zorg en WJK. De thema's spelen in op de huidige en toekomstige situatie op de arbeidsmarkt en de discrepantie daartussen. Deze discrepantie zorgt voor uitdagingen en knelpunten. We gaan in op de rol van HRM-beleid bij het aanpakken van deze knelpunten, op de verschillen tussen regio's in de komende ontwikkelingen en op de mogelijkheden die zij hebben om daar op in te spelen. De plotselinge omwenteling in de economie waardoor de grootste crisis van de afgelopen vijftig jaar zich voordoet, trok het afgelopen jaar veel aandacht. In hoofdstuk vier vragen we ons af wat de gevolgen zijn voor de sector Zorg en WJK en met name voor de situatie op de arbeidsmarkt in deze sector. Dit hoofdstuk richt zich op de korte termijn en geeft daarmee een nuancering op hoofdstuk 3, dat zich meer op de toekomst richt. In deze crisistijd wordt het HRM-beleid van instellingen van nog groter belang dan het al zou worden vanwege de toenemende marktwerking in de zorg. In hoofdstuk vijf presenteren we recente uitkomsten van onderzoek op het terrein van het HRM-beleid en gaan we in op de rol van HRM bij het inspelen op toekomstige ontwikkelingen. In hoofdstuk zes wordt aandacht gegeven aan het regionale arbeidsmarktbeleid. Onderzoeken uit het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn laten steevast zien dat er tussen de regio's grote verschillen zijn in de arbeidsmarktsituatie en de ontwikkelingen daarin. Dit leidt tot verschillende mogelijkheden om de arbeidsmarktsituatie te beïnvloeden. In hoofdstuk zes proberen we zicht te krijgen op de processen die tot die verschillen in de arbeidsmarktsituatie leiden.

Na deze drie thematische hoofdstukken, worden in hoofdstuk zeven de belangrijkste ontwikkelingen per branche geschetst. Het rapport eindigt met een slotbeschouwing (hoofdstuk 8), waarin een aantal dilemma's voor de komende tijd geschetst worden. Tevens besteden we aandacht aan een aantal oplossingsrichtingen.





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



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

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

### 2.1 De sector Zorg en WJK vergeleken met de rest van de arbeidsmarkt

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

In 2008 waren 1,2 miljoen mensen werkzaam in de sector Zorg en WJK. Dit aantal is de afgelopen vijf jaar gegroeid met gemiddeld 2,0% per jaar. Economiebreed bedroeg de groei jaarlijks 1,1%. Het aandeel van Zorg en WJK op de totale arbeidsmarkt bedraagt in personen in 2008 14%. De afgelopen vijf jaar nam dit gemiddeld met 0,13 procentpunt per jaar toe. De omvang van de gemiddelde werkweek bedraagt 71,0% van een volledige werkweek<sup>2</sup>. Deze daalde de afgelopen vijf jaar in de sector, maar iets minder hard dan economiebreed.

In 2008 duurde het gemiddeld 77,9 dagen om een vacature in de sector te vervullen. Dat is precies gelijk aan het landelijke gemiddelde. Sinds 2003 nam de duur gemiddeld met 1,6 dagen per jaar toe; economiebreed kromp de arbeidsmarkt in dezelfde periode sneller: elk jaar kostte het gemiddeld 2,2 dagen meer om een vacature te vervullen. De vacaturegraad ligt in de sector lager dan economiebreed, waar de afgelopen jaren sprake was van een stijging. In de sector Zorg en WJK deed zich eerst een daling voor, sinds 2004 stijgt de vacaturegraad hier ook.

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

Werknemers in de sector Zorg en WJK zijn doorgaans minder mobiel dan hun collega's economiebreed: 82% zat in 2005 op een doorlopende baan. Een doorlopende baan is een baan die al vóór het verslagjaar is gestart en na afloop van het verslagjaar nog steeds bestaat. Economiebreed geldt dit voor 74%. Het ziekteverzuim daalde in de zorgsector de afgelopen 5 jaar met gemiddeld 0,1 procentpunt per jaar tot 5,3% in 2008. Dit is een lichte stijging van 0,2% t.o.v. 2007.

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

<sup>1</sup> Dit hoofdstuk is gebaseerd op "Terugblik op de arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2009", te vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)

<sup>2</sup> Dit betreft alleen werkenden met een werkkring van 12 uur of meer per week. Deze definitie is belangrijk voor de vergelijking met de economiebrede arbeidsmarkt. In de sector Zorg en WJK werken veel mensen met kleine banen. Zo bedraagt de deeltijd factor van alle werknemers in 2008 59,6 (PGGM deelnemersbestand).

Tabel 2.1 Kerngegevens Arbeidsmarkt Zorg en WJK en economiebreed

		Stand 2008		Jaarlijkse groei 2003-2008	
		Zorg en WJK	Economie- breed	Zorg en WJK	Economie- breed
<b>Werkgelegenheid</b>					
Werkzame personen	x. 1.000	1.220	8.734	2,0%	1,1%
FTE's werkzame personen	x. 1.000	866	6.812	1,7%	0,8%
Aandeel Zorg en WJK personen	%	14,0	-	0,13	-
Aandeel Zorg en WJK FTE's	%	12,7	-	0,12	-
Personen in loondienst werkzaam	x. 1.000	1.155	7.554	1,8%	1,1%
FTE's in loondienst	x. 1.000	813	5.993	1,6%	0,7%
Omvang gemiddelde werkweek	%	71,0	78,0	-0,18	-0,21
<b>Vacatures</b>					
Gem. duur vervullen vacatures	x. 1.000	77,9	77,9	1,6%	2,2%
Vacaturegraad	%	22	24	2,2	2,2
<b>Loon</b>					
Stijging Cao-loon	%	-	-	1,4	1,7
Stijging contractloon	%	-	-	2,1	2,1
<b>Opleidingen<sup>3</sup></b>					
Aantal mensen in opleiding	x. 1.000	234	1.113	2,4%	2,2%
Aandeel mensen in opleiding	%	21,0	-	0,04	-
<b>Mobiliteit en verzuim</b>					
Werknemer niet mobiel <sup>1</sup>	%	82,0	74,0	1,3	1,0
Ziekteverzuim <sup>2</sup>	%	5,3	4,3	-0,10	-0,08
<b>Personeelskenmerken<sup>4</sup></b>					
% vrouwen		82,7	45,4	0,1	0,2
Opleidingsniveau					
- Lager	%	14,2	24,6	0,0	-0,6
- Middelbaar	%	44,8	43,0	-0,9	-0,3
- Hoger	%	41,0	32,3	0,9	1,0
Leeftijdverdeling					
- >30	%	22,1	26,6	-0,1	-0,5
- 30-50	%	54,7	52,2	-1,1	-0,1
- 50+	%	23,2	21,2	1,2	0,7

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

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

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

<sup>4</sup> Gegevens van 2007.

Bron: CBS, PGGM, Vernet, LKG, Exit

De gemiddelde leeftijd ligt in de Zorg en WJK iets hoger dan economiebreed. Het percentage medewerkers jonger dan 30 jaar is duidelijk lager dan economiebreed.

Het gemiddelde opleidingsniveau ligt in de Zorg en WJK duidelijk hoger dan economiebreed.

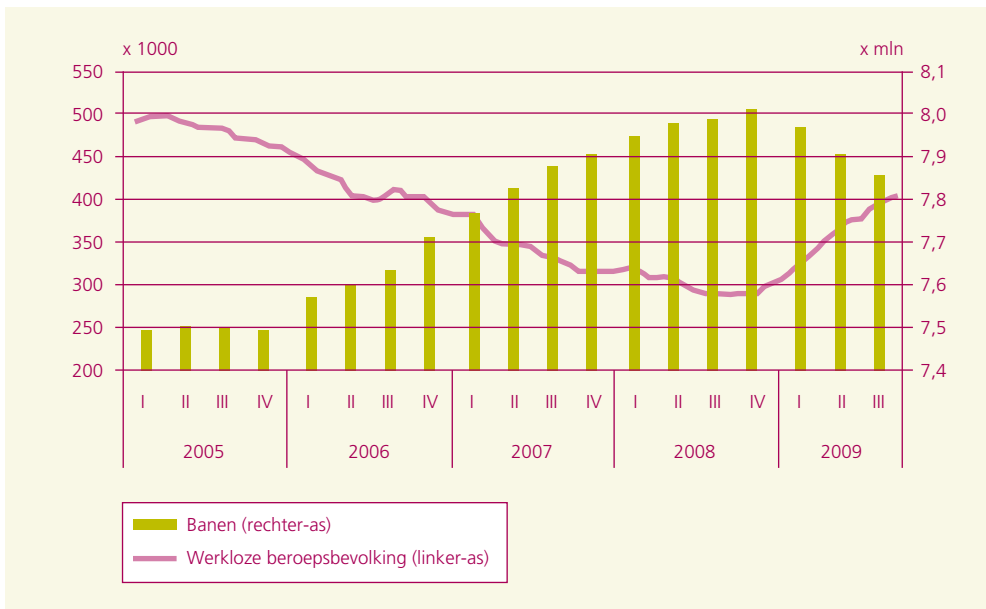
Waar economiebreed ruim 32% hoger opgeleid is, ligt dat percentage in Zorg en WJK op 41%

## 2.2 Werkgelegenheid nader beschouwd

### Ontwikkeling

De situatie op de arbeidsmarkt economiebreed is in de eerste 3 kwartalen van 2009 fors verslechterd. (CBS, persbericht oktober 2009). De effecten van de krimpende economie worden nu duidelijk zichtbaar op de arbeidsmarkt. Het aantal banen van werknemers neemt af. Het aantal openstaande vacatures is voor het tweede kwartaal op rij scherp gedaald. De werkloosheid loopt op, evenals het aantal WW-uitkeringen.

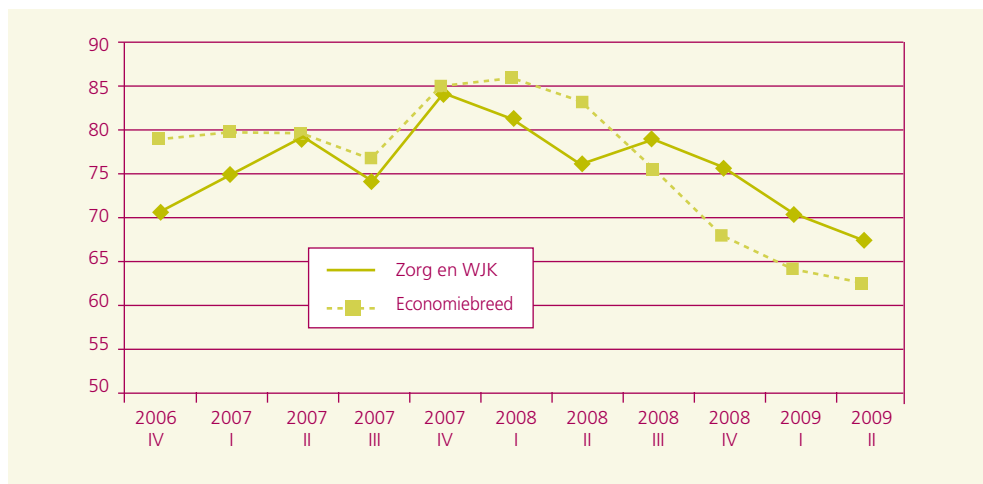
**Figuur 2.1 Werkloosheid en banen, gecorrigeerd voor seizoeninvloeden**



Bron: CBS

Ook in de sector Zorg en WJK is er sprake van een kentering. De werkgelegenheid groeit nog: de laatste vier kwartalen laten gemiddeld nog een groei zien van 1,5% ten opzichte van een jaar eerder (CBS november 2009). De arbeidsmarkt wordt wel ruimer: de tijd die het kost om een vacature te vervullen neemt af (zie figuur 2.2). Kostte het tot het tweede kwartaal 2008 economiebreed meer tijd om een vacature te vervullen dan in de sector Zorg en WJK, sindsdien zijn de rollen omgedraaid. De sector Zorg en WJK heeft gemiddeld meer tijd nodig. Dat heeft wellicht te maken met het feit dat de sector vaker om specifieke beroepsopgeleiden vraagt.

**Figuur 2.2 De gemiddelde duur in dagen bij vervulling vacatures**



Bron: CBS

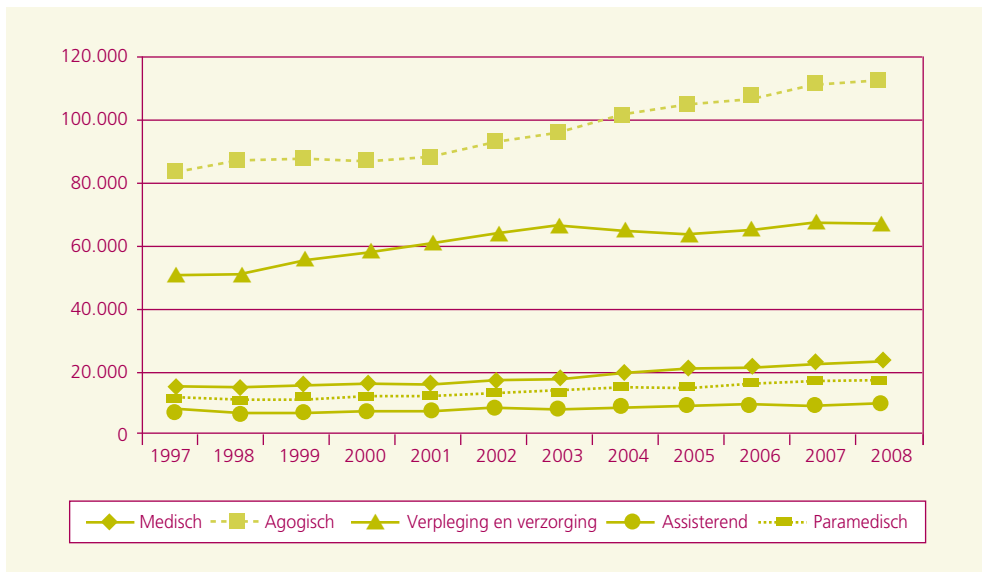
### 2.3 Opleidingen

Het aantal leerlingen dat een opleiding volgt voor een zorg- of sociaalagogisch beroep groeide ook in 2008 en bedraagt nu 234.000<sup>3</sup>. In Figuur 2.3 is dit aantal uitgesplitst naar de verschillende opleidingen. De sociaalagogische, medische en paramedische opleidingen laten een constante groei zien. De opleiding voor verpleging en verzorging en die voor een assisterend beroep laten een stabilisering met enige schommelingen zien.

Voorlopige cijfers laten voor het aantal leerlingen in de MBO opleidingen voor verpleegkunde, verzorging en sociaalagogisch werk een stijging zien van ruim 3% tussen 2008 en 2009.

<sup>3</sup> Voor een overzicht van de zorg- en agogische opleidingen die in figuur 2.3 zijn opgenomen, zie de toelichting achter in dit rapport.

**Figuur 2.3** Het aantal personen in opleiding naar richting



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

Voor beroepen in de verpleging en verzorging en sociaal-agogische beroepen kan men langs twee routes een opleiding volgen: lerend werken (BBL/duaal) en lerend met stages (BOL op MBO-niveau, geen specifieke term op HBO-niveau). Het aandeel leerlingen dat een opleiding volgens de lerend werken route volgt (BBL) nam in 2008 voor het tweede achtereenvolgende jaar toe, na een eerdere daling die in 2002 inzette en tot 2007 duurde.

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

In alle branches van de sector Zorg en WJK (naast andere sectoren) heeft een onderzoek plaatsgevonden naar de ervaringen van leerbedrijven met het verzorgen van BPV-plaatsen in de dagelijkse praktijk (Detmar, 2009). Dit onderzoek heeft geleid tot de volgende conclusies:

- de vakkennis is onvoldoende;
- er is een gebrek aan uniformiteit bij ROC's in het omgaan met de BPV;
- kenniscentra zijn te veel buiten beeld bij de beroepspraktijkvorming;
- er is gebrek aan regionaal overleg met representatieve branchevertegenwoordigers;
- werkgevers dragen aanzienlijk bij aan de kosten van de BPV-plaatsen en de hiervoor benodigde randvoorwaarden.

In meerdere branches heeft dit onderzoek geleid tot meer regionale samenwerking zowel tussen de instellingen van de afzonderlijke branches, als ook met de ROC's. Belangrijke thema's zijn daarbij 'meer uniformiteit in de BPV' en 'meer gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de opleiding'.

## 2.4 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

### Kwaliteit van arbeid

De arbeidsomstandigheden in de sector Zorg en WJK wijken op een aantal punten af van andere bedrijfstakken (Den Besten, Blatter en Smulders, CBS/TNO, 2009). In dit onderzoek laten zij zien dat

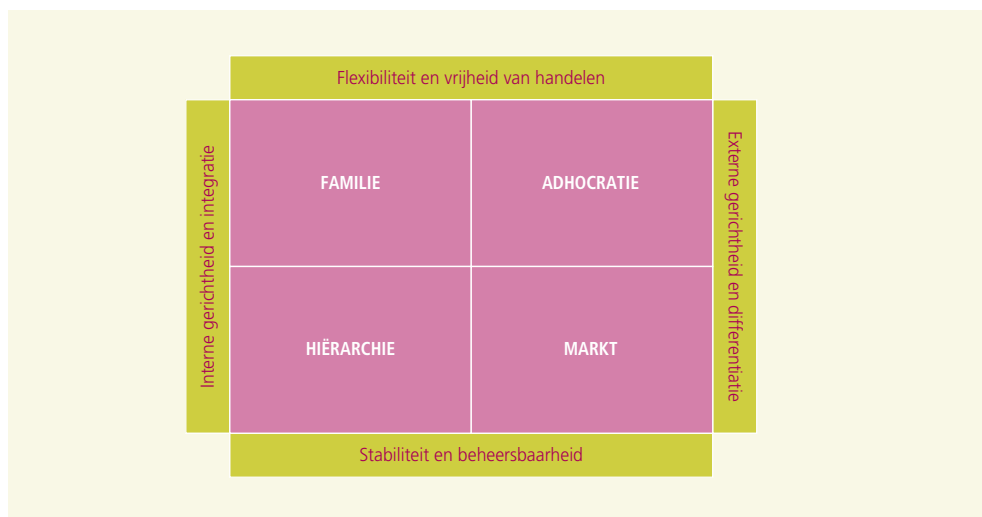


werknemers in Zorg en WJK in vergelijking met andere bedrijfstakken te maken hebben met een hogere emotionele belasting en vaker met extern ongewenst gedrag (van patiënten). Zij onderzochten ook de invloed van arbeidsomstandigheden op het willen en kunnen doorwerken tot 65 jaar<sup>4</sup>. Medewerkers die te maken hebben met een hoge werkdruk en een lage autonomie in het werk ervaren, hebben er minder vaak vertrouwen in dat zij na hun 65e kunnen doorwerken. Deze vorm van psychosociale arbeidsbelasting (hoge werkdruk en lage autonomie) komt verhoudingsgewijs veel voor in verpleeg- en verzorgingshuizen en in ziekenhuizen.

De werkenden in Zorg en WJK zijn zeer te spreken over de mogelijkheden om in deeltijd te werken. Men hecht daar veel belang aan en is tevreden over de mogelijkheden die geboden worden. (Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden, TNO).

Een ander aspect van de kwaliteit van het werk is de cultuur van de arbeidsorganisatie. Adviesbureau 'Kikker Groep' heeft recent onderzoek gedaan naar de huidige en gewenste cultuur van de gezondheidszorg in Nederland (Bremer et al, 2008). Hiertoe werden ruim 1.600 medewerkers uit de zorg geënquêteerd. Voor het onderzoek werd uitgegaan van het volgende model dat vier cultuurtypes onderscheidt, gebaseerd op de concurrerende waarden flexibiliteit versus stabiliteit en interne versus externe gerichtheid.

**Figuur 2.4 Cultuurtypes volgens Bremer et al.(2008)**



Bron: Bremer et al, 2008

De cultuurtypes zijn:

- Familie: een vriendelijke werkomgeving waar mensen veel met elkaar gemeen hebben en een grote betrokkenheid heerst;
- Adhocratie: een dynamische omgeving met ruimte voor experimenteren, vernieuwend denken en handelen;
- Hiërarchie: structuur, procedures, efficiëntie, voorspelbaarheid;
- Markt: resultaat en productie.

<sup>4</sup> Bij de uitvoering van het onderzoek was de discussie over doorwerken tot 67 nog niet in volle hevigheid losgebarsten

De familiecultuur is de overheersende cultuur van de huidige Nederlandse gezondheidszorg, zo blijkt uit het onderzoek. Op de tweede plaats komt de hiërarchische cultuur, gevolgd door de adhocratie. Marktcultuur is het minst sterk aanwezig.

In het onderzoek is onder meer gevraagd wat de gewenste cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg zou moeten zijn. Dan blijkt dat de zorgmedewerkers opschuiven naar meer gewenste flexibiliteit: zij willen meer adhocratie en familiecultuur, minder marktcultuur en - in iets mindere mate - ook minder hiërarchische cultuur. Vertaald naar de werkomgeving:

*“Men wenst meer vrijheid om dingen op zijn eigen manier te doen, ruimte om te improviseren, te leren en te vernieuwen, naast nog meer aandacht voor de mens, collegialiteit en betrokkenheid.” (Bremer et al, 2008, pag. 26)*

Het hier geschetste beeld geldt in meerdere of mindere mate voor alle deelsectoren van de gezondheidszorg. In de thuiszorg en in de ggz is de gewenste verschuiving van waarden het grootst. In de eerstelijnsgezondheidszorg lijkt men tevreden met de huidige cultuur.

De onderzoekers noemen de door de respondenten gewenste veranderingen opvallend groot. De discrepantie tussen huidige en gewenste cultuur wijst op een grote ontevredenheid. Terwijl de veranderingsbereidheid van de medewerkers gericht is op vernieuwing (adhocratie) en meer familiecultuur, wijzen de trends in de sector juist op de behoefte aan meer marktdenken. Deze verschillende wensen en verwachtingen leveren potentieel de nodige fricties op. Leidinggevenden in de zorg zouden hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Daarbij is overigens van belang dat leidinggevenden en niet-leidinggevenden de bestaande cultuur verschillend beoordelen. Leidinggevenden vinden de cultuur iets vriendelijker en mensgerichter dan niet-leidinggevenden, andersom vinden niet-leidinggevenden de cultuur iets productie- en prestatiegerichter dan leidinggevenden.

De auteurs merken op:

*“Na de veranderingen ontstaat een gewenste cultuurmix waarover [leidinggevenden] en [niet-leidinggevenden] het globaal eens zijn, maar er zijn verschillen. Die zijn gedeeltelijk verklaarbaar vanuit de verschillende posities. Toch is het goed om hierover in gesprek te gaan; vooral [leidinggevenden] moeten zich bewust zijn van dit verschil in beleving.” (Bremer et al, 2008)*

Een andere opvallende suggestie uit dit onderzoek is dat men in grote organisaties minder tevreden lijkt dan in kleine. In grote organisaties wenst men een dominante mensgerichte familiecultuur. Voor grote organisaties betekent dat radicale cultuurveranderingen.

### **Personeelsbeleid**

In hoofdstuk 5 gaan we uitvoerig in op het HR-beleid in de sector op grond van het werkgeversonderzoek uit het onderzoeksprogramma. Aanvullend daarop vermelden we op deze plaats de uitkomsten uit onderzoek van de OSA waarbij de sector Zorg en WJK vergeleken wordt met andere bedrijfstakken (OSA, 2008). De sector kent in verhouding met de totale economie veel vestigingen waar geen personeelsfunctionaris gestationeerd is. Personeelszaken wordt dan “behartigd” door het “hoofdkantoor” (23% in Zorg en WJK tegen landelijk 10%).

In het OSA onderzoek is gevraagd aan welke onderwerpen binnen het personeelsbeleid men hoge of zeer hoge prioriteit geeft. De sector geeft in vergelijking met de totale economie meer prioriteit aan personeelsplanning, opleiding en scholing, ziekteverzuim, medezeggenschap, werving en selectie, combinatie privé en werk. Minder prioriteit geeft men aan arbeidsvoorwaarden en beloning. Overigens zijn de verschillen met de totale economie nihil wanneer we de instellingen uit de sector

vergelijken met andere bedrijven met 100 of meer werknemers. Dan is er zelfs sprake van relatief weinig prioriteit aan ziekteverzuim.

Opmerkelijk is verder dat de werkgevers in de sector minder dan de gemiddelde werkgever in Nederland overtuigd zijn van de wenselijkheid dat werknemers na hun 60e doorwerken. Mogelijk speelt de actuele ontspanning op de arbeidsmarkt hierin een rol. Tegelijkertijd is men wel meer dan gemiddeld overtuigd van de noodzaak om maatregelen te nemen gericht op het functioneren van oudere werknemers. Ook hiervan vindt overigens 35% van de werkgevers in de sector dat dat niet nodig is.

### Arbeidsbeleving

Zorg en WJK-instellingen besteden de laatste jaren veel meer aandacht aan het oordeel van medewerkers. Dit blijkt onder meer uit de toename van medewerkertevredenheids-onderzoeken. Vaak zijn daarover afspraken in de CAO of in brancheverband gemaakt. Aan de uitkomsten van deze branchespecifieke onderzoeken besteden we, waar mogelijk, aandacht in hoofdstuk 5.

Met de uitkomsten uit het onlangs afgeronde Werknemersonderzoek 2009 hebben we zicht op de werkbeleving bij alle medewerkers uit de sector. Tabel 2.2 geeft een beeld van de uitkomsten voor het verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel. Het oordeel is in de loop der tijd tamelijk stabiel.

**Tabel 2.2 De gemiddelde score op vier aspecten van de werkbeleving door de jaren heen bij verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel (1= meest negatief tot 5=meest positief)**

	2000	2003	2005	2007	2009
Ervaren werkdruk	2.6	2.8	2.9	2.8	2.9
Waardering van leidinggevende	3.5	3.6	3.5	3.6	3.6
Werkevaluatie	4.0	4.0	4.0	4.0	4.1
Werkautonomie	3.5	3.6	3.6	3.6	3.7

Tevredenheid over werkdruk: Hoe positiever, hoe beter het gesteld is met de werkdruk.

Waardering leidinggevende: Het gevoel gewaardeerd te worden door de leidinggevende

Werkevaluatie: De werkinhoud en –omstandigheden

Werkautonomie: De mate waarin iemand zelf kan bepalen wanneer welk werk te doen.

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

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

De ervaren werkdruk scoort het meest ongunstig, maar is in de loop der jaren wel verbeterd.

Alle genoemde aspecten vertonen in de loop der jaren een lichte stijging.

Tabel 2.3 laat zien dat de verschillen tussen de branches gering zijn.

**Tabel 2.3 De gemiddelde score op de werkbeleving door de jaren heen bij verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel (1= meest negatief tot 5=meest positief)**

	2000	2003	2005	2007	2009
Ziekenhuizen	3.3	3.4	3.5	3.5	3.5
GGZ	3.4	3.5	3.6	3.5	3.5
Gehandicaptenzorg	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5
V&V	3.3	3.4	3.5	3.4	3.6*
Thuiszorg	3.6	3.7	3.4	3.5	3.6*
Welzijn en MD	3.5	3.6	3.5	3.6	3.6
Jeugdzorg	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5
Kinderopvang	3.6	3.6	3.6	3.5	3.6
Totaal	3.4	3.5	3.5	3.5	3.6

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

\*de scores voor V&V en Thuiszorg zijn in 2009 niet meer afzonderlijk gemeten.

## 2.5 Samenvatting

Met 1,2 miljoen werkers is de sector Zorg en WJK een van de grootste bedrijfstakken in ons land. De afgelopen jaren groeide het aantal werkenden jaarlijks met gemiddeld 2%. Economiebreed bedroeg de groei 1,1%. Werknemers in Zorg en WJK veranderen minder vaak van baan dan hun collega's elders. Hun ziekteverzuim ligt iets hoger.

De arbeidsmarkt voor Zorg en WJK ontspande de afgelopen tijd: sinds het derde kwartaal van 2008 kost het steeds minder tijd om een vacature te vervullen.

Het aantal mensen dat een opleiding voor een beroep in de sector volgt, groeide ook in 2008 en bedraagt nu 234.000. Het aantal leerlingen op de opleiding voor verpleging en verzorging en voor assistierenden is stabiel.

Werknemers in Zorg en WJK hebben vaker dan anderen te maken met een hoge emotionele belasting in hun werk en met ongewenst gedrag (van patiënten). Men hecht veel waarde aan en is tevreden over de mogelijkheden om in deeltijd te werken. Vooral medewerkers die te maken hebben met een hoge werkdruk en lage autonomie hebben er weinig vertrouwen in dat zij tot na hun 65e zullen kunnen doorwerken.

De cultuur in de gezondheidszorg is voornamelijk intern gericht. De door de medewerkers gewenste cultuur gaat verder dan de huidige in de richting van familiecultuur en adhocatie, ten koste van de marktcultuur. Het lijkt erop dat medewerkers ervaren dat de gerichtheid op productie en resultaten al te ver is doorgeslagen. Hier toont zich de nodige frictie met de trends die gelden voor de sector als geheel, waar door de intrede van concurrentie, kostenbeheersing, resultaat- en productiegerichtheid juist een groter accent op marktcultuur wordt gewenst.

De werkgevers in de sector zijn minder dan de gemiddelde werkgever in Nederland overtuigd van de wenselijkheid dat werknemers na hun 60e doorwerken. Men is wel meer dan gemiddeld van oordeel dat het noodzakelijk is dat er maatregelen genomen worden, gericht op het functioneren van oudere werknemers. Toch vindt nog 35% dat dat niet nodig is.

Door de jaren heen ontwikkelt de arbeidstevredenheid zich gunstig. De ervaren werkdruk blijft een aandachtspunt.



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



### 3. Vooruitzichten op de arbeidsmarkt

In het vorige hoofdstuk is geschetst hoe de arbeidsmarkt er anno 2009 voor staat. In dit hoofdstuk breiden we deze schets uit naar een meerjarenperspectief. Daarbij besteden we eerst aandacht aan de vraag naar personeel (paragraaf 3.1). Deze paragraaf is onderverdeeld in een beschouwing over de korte en de lange termijn. In paragraaf 3.2 komt het aanbod van personeel aan de orde. Omdat het aanbod van personeel veel minder veranderlijk is dan de vraag, maken we bij de beschrijving van het aanbod geen onderscheid naar de korte en lange termijn. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

#### 3.1 De vraag naar personeel

##### 3.1.1 De korte termijn

Door recente veranderingen in het financieringsstelsel van de gezondheidszorg bestaat er voor de komende tijd veel onzekerheid bij de organisaties in Zorg en WJK over de beschikbare middelen (RegioMarge 2009). Deze onzekerheid en de mogelijke bezuinigingen van de overheid zullen naar verwachting de vraag naar personeel temperen. Daarom is er in RegioMarge gewerkt met twee scenario's: een hoog scenario dat uitgaat van de oorspronkelijk beschikbare middelen en een laag scenario dat rekening houdt met een aantal onzekerheden zoals de gevolgen van de veranderde bekostiging van het zorgaanbod, mogelijke overheidsbezuinigingen en de kans dat zorginstellingen zich genoodzaakt zien om meer eigen vermogen op te bouwen en daarom gaan bezuinigen op personeelsuitbreiding.

Op de korte termijn zijn er in beide scenario's geen grote tekorten aan personeel te verwachten, tenminste als de huidige inspanningen voor werving en opleiden op peil blijven. In vergelijking met eerdere arbeidsmarktverkenningen is het vooruitzicht een nog verder verruimende arbeidsmarkt. Hoewel dit geldt voor het totaal van gekwalificeerd personeel, zijn er op onderdelen wel fricties. Dit geldt voor specifieke kwalificatieniveaus en voor regio-specifieke problematiek.

Uitbreiding van de opleidingscapaciteit is gewenst bij verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen op niveau 4. Bij de laatste gaat het vooral om een scholingsvraagstuk. Op niveau 3 bestaat namelijk een veel groter aanbod dan er vraag is. Verder zullen niet alle helpenden (niveau 2) die zich beschikbaar stellen, een baan kunnen vinden in Zorg en WJK. Deze kunnen eventueel ook in aanmerking komen voor verdere doorscholing.

Uit RegioMarge komt verder naar voren dat de arbeidsmarktproblematiek in veel opzichten vooral een regionaal en lokaal afstemmingsvraagstuk betreft. Het is dan ook van groot belang dat de arbeidsmarkt regionaal gemonitord wordt. Voor zover landelijke bronnen het toelaten daar uitspraken over te doen lijkt de arbeidsmarkt in Amsterdam, Utrecht en de Rijnstreek de nodige spanning op te leveren (zie ook hoofdstuk 6).

Op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen speelde tot nu toe vooral het kwantiteitsvraagstuk: hoe krijgen we de vacatures vervuld? Met een enkele uitzondering kan er nu meer aandacht worden besteed aan de kwalitatieve aspecten: hoe vullen we de vacatures zo goed mogelijk in?

In haar recente arbeidsmarktprognose (juni 2009) wijst het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) er terecht op dat de prognoses op dit moment extra onzeker zijn. Omdat vooral met recente tijdreeksen (bijvoorbeeld vanaf 1987) gewerkt wordt en er sindsdien geen crisis van zo'n grote omvang als de huidige is geweest, is het voorspellen met de bestaande modellen lastig.



Het CWI signaleert een snel oplopende jeugdwerkloosheid. Divosa (2009) onderstreept dit en waarschuwt voor toenemende werkloosheid onder de groep van 45 jaar en ouder, die weinig kansrijk is op de arbeidsmarkt. Onzekerheid bestaat over de verdere ontwikkeling van de werkloosheid. In een onderzoek van De Beer (2009) wordt daar expliciet aandacht aan besteed. We komen daar in paragraaf 3.2 nader op terug. De mogelijke ontwikkelingen op de korte termijn worden in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt.

#### 3.1.2 De lange termijn

##### *Lange termijn ramingen*

Ramingen brengen per definitie onzekerheden met zich mee. Dit geldt eens te meer voor lange termijn ramingen in Zorg en WJK, waarbij veel verschillende ontwikkelingen van invloed zijn op de vraag naar zorg- en welzijnsdiensten en de vraag naar arbeid. Het gaat daarbij om slecht te voorspellen of te ramen ontwikkelingen zoals: systeem- en beleidswijzigingen (al dan niet ingegeven door economische omstandigheden), sociaal-culturele veranderingen en (medische) technologie. Bovendien kunnen deze ontwikkelingen voor tegengestelde bewegingen zorgen: de ene ontwikkeling kan voor meer, de ander juist voor minder vraag naar arbeid zorgen. Daardoor zullen er altijd pieken en dalen in de ontwikkelingslijn van de vraag naar arbeid te zien zijn, maar op de langere termijn zet de trend zich voort. Daardoor bieden lange termijn ramingen altijd aanknopingspunten voor beleid.

Lange termijn ramingen zijn over het algemeen beleidsarm en kunnen ook gezien worden als scenario's: ze geven weer wat er gebeurt, als een beperkt aantal variabelen verandert en andere gelijk blijven. Als een dergelijk scenario op knelpunten duidt, kan dit een reden zijn om in te grijpen. Bijvoorbeeld kan geprobeerd worden om de trend van de vraag op een lager niveau te brengen, of de trend van het aanbod (van arbeid) op een hoger niveau.

Hoe de vraag naar personeel zich de komende jaren naar verwachting zal ontwikkelen wordt in deze paragraaf uitgewerkt op basis van een overzichtsstudie (Van der Velde en Van der Windt, 2009) waarin verschillende onderzoeken naar de toekomstige vraag naar zorg(personeel) worden samengenomen. Daarbij gaat het vooral om de lange termijn, tien jaar of verder.

In de genoemde overzichtsstudie wordt eerst naar het verleden gekeken. De afgelopen 35 jaar was er bij het aantal werkenden in de sector Zorg en WJK sprake van een trendmatige groei. Het ging om een gemiddelde toename van 3% of van bijna 19.000 personen per jaar. De tijdelijke afwijkingen van de trend zijn goed te verklaren door veranderingen in het overheidsbeleid, bijvoorbeeld het invoeren en weer loslaten van de budgettering en de invoering en uitbreiding van de AWBZ. Een andere belangrijke tendens is dat binnen het personeelsbestand in de zorgsector de nadruk steeds meer komt te liggen op de kernactiviteiten 'behandeling' in de cure en 'verzorging/behandeling' in de care. De administratieve last lijkt in de loop der jaren toe te nemen getuige de groei van het aandeel van het personeel dat zich hiermee bezighoudt.

Recente ramingen over de vraag naar zorg(personeel) zijn gemaakt door het Centraal Plan Bureau (CPB) ("Vier vergezichten op Nederland"), het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) ("Raming AWBZ-uitgaven"), het Capaciteitsorgaan (Medici) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (Ziekenhuizen en VVT). Al deze prognoses van zorgvraag of zorgpersoneel wijzen op een toename. Deze lopen uiteen van 0,6% groei per jaar (laag scenario van het CPB) tot 3,5% (RIVM voor ziekenhuizen). Het gemiddelde tendeert naar iets onder de 2% per jaar. Bij de meeste van deze prognoses zijn de uitkomsten een gevolg van de gekozen trendmatige aanpak. Dat geldt iets minder voor de studie "Vier vergezichten op Nederland" van het CPB.

Trendbreuken zijn natuurlijk moeilijk te voorzien. Een trendbreuk zou kunnen voortkomen uit systeem- en beleidswijzigingen, sociaal-culturele veranderingen (de manier waarop men tegen zorg aankijkt en de verwachtingen die men heeft) en technologische ontwikkelingen. In het verleden hebben zich weliswaar de nodige veranderingen op dit gebied voorgedaan, maar de stijgende trend in de vraag naar zorg blijft behouden.

#### *Tempering van de vraag naar personeel door mantelzorg en vrijwilligers?*

Een (klein) deel van de professionele zorg zou door mantelzorg overgenomen kunnen worden. Van belang is dan hoe de mantelzorg zich ontwikkelt. Het SCP (2009) verwacht dat de vraag naar mantelzorg bij ouderen minder snel groeit. Vraag en aanbod blijven redelijk met elkaar in de pas. Het SCP zegt in haar rapportage dat er geen ruimte is voor substitutie van professionele zorg naar mantelzorg.

#### *Oplopende vervangingsvraag*

Naast de uitbreidingsvraag die ontstaat door de toenemende vraag naar zorg kennen we de vervangingsvraag. Jaarlijks vertrekt nu zo'n 4% van de medewerkers uit zorg en welzijn om te stoppen met het werk in de sector. Door het vergrijsde personeelsbestand gaat dat oplopen naar zo'n 6% per jaar (Van der Velde en Van der Windt, 2009). Het succes van het "doorwerkbeleid" en structurele veranderingen rond AOW- leeftijd en pensioenaanspraken bepalen wanneer deze stijging zijn beslag krijgt.

### **3.2 Aanbod**

Veel factoren zijn van invloed op het toekomstige aanbod van personeel. We noemen er een aantal, niet uitputtend, die in meerdere of mindere mate het aanbod van personeel beïnvloeden:

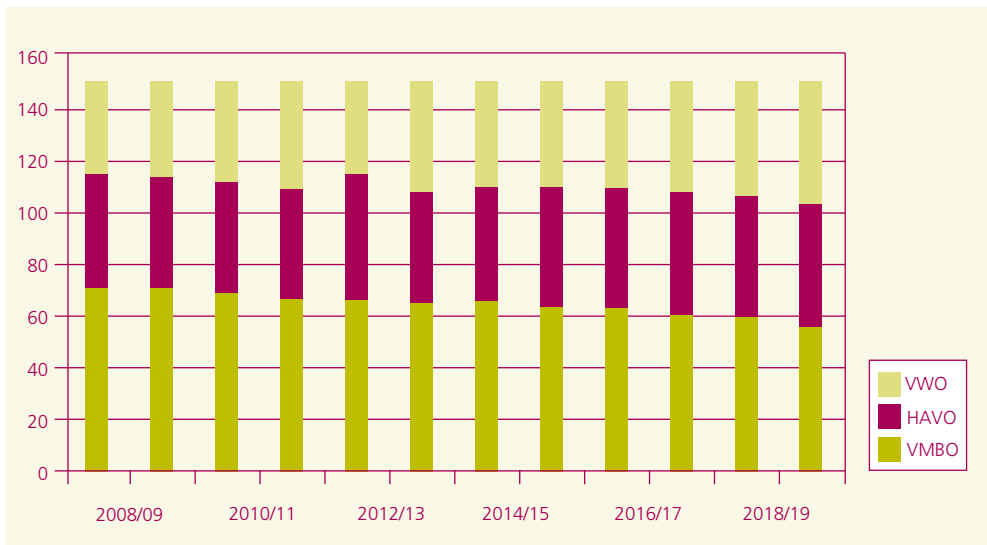
- de uitstroom uit het voortgezet onderwijs en de belangstelling voor het gaan werken in Zorg en WJK;
- de participatiegraad (van met name vrouwen);
- het aanbod in uren van deeltijders;
- arbeidsvoorwaarden;
- de leeftijdsopbouw van het personeel in de sector;
- waarden en normen van toekomstige werknemers;
- de ontwikkeling van de werkloosheid.

We besteden kort aandacht aan elk van deze onderwerpen.

#### **Uitstroom uit het Voortgezet Onderwijs en belangstelling voor werken in de zorg**

Voor de sector Zorg en WJK is de ontwikkeling van de uitstroom uit het Voortgezet Onderwijs van groot belang. Velen die later in de sector komen werken kiezen op dat moment voor een beroepsopleiding die toegang geeft tot functies in de sector.

Sinds 1997 schommelt het jaarlijks aantal leerlingen dat een diploma VMBO, Havo of VWO haalt tussen de 140.000 en 150.000. Ook de komende jaren zal het aantal rond de 145.000 schommelen (Referentieraming 2009, OCW). Wel is er sprake van een verschuiving (Zie Figuur 3.1). Het aantal VMBO-ers neemt af, terwijl het aantal Havisten en VWO-ers stabiel blijft of licht groeit. Aangezien veel functies in Zorg en WJK op MBO-niveau liggen (zie Tabel 2.1), is deze daling ongunstig. Omdat de belangstelling van deze scholieren voor de zorgsector al niet zo groot is (Blauw, 2008), worden de effecten van deze daling in de sector Zorg en WJK sterker gevoeld.

**Figuur 3.1 Het geraamde aantal gediplomeerden in het voortgezet onderwijs (x 1.000)**

Bron: OC&amp;W

### Participatiegraad

De sector Zorg en WJK kon de afgelopen jaren sterk groeien doordat de participatiegraad van vrouwen toenam. Driekwart van de groei kon op deze wijze gerealiseerd worden (Van der Velde en Van der Windt 2009). Een kwart is tot stand gekomen door een groeiend aandeel binnen de totale beroepsbevolking. Aangezien de participatiegraad onder vrouwen nauwelijks meer toeneemt (CPB, 2009) zal de groei moeten komen uit een toenemend aandeel van werkenden in Zorg en WJK in de beroepsbevolking.

### Aanbod uren deeltijders

De sector Zorg en WJK was een van de eerste bedrijfstakken waar op grote schaal in deeltijd gewerkt werd. Jarenlang daalde de deeltijdfactor. Inmiddels is deze daling vrijwel tot stand gekomen (zie Tabel 2.1). Gezien het krimpende arbeidsaanbod in de toekomst (Commissie Bakker, 2008) is het van belang om na te gaan of werknemers bereid zijn om hun aantal uren uit te breiden. Als autonome ontwikkeling is er nog sprake van een lichte daling (CPB, 2009 raming arbeidsaanbod). Recent onderzoek van het SCP (2009) laat zien dat de meeste vrouwen tevreden zijn met het aantal uren dat men werkt. Slechts twee op de tien zou wel meer uren willen werken: gemiddeld gaat men dan van 18 naar 20 uur per week.

In veel sectoren zijn werkgevers gewend aan het feit dat vrouwen in deeltijd werken (SCP, 2009). Men ziet het als privé-beslissing, waarmee men zich niet wil bemoeien. Werkgevers zien dan ook in meerderheid geen rol voor zichzelf bij het uitbreiden van de arbeidsduur van vrouwen.

### Vergroten aanbod door salarisverhoging

Een marktconforme ontwikkeling van de lonen wordt nagestreefd om als sector op de arbeidsmarkt concurrerend te blijven. Doorgaans blijft de sector in de pas bij andere bedrijfstakken (zie Tabel 2.1). Er is weinig bekend over de effecten van extra stijging van lonen op het aanbod, behalve een Noors onderzoek (Askildsen e.a., 2002). Het betreft een grootscheeps onderzoek onder bijna 20.000 deelnemers gedurende vijf jaar. Men kwam na correcties voor de samenstelling van de onderzoeksgroep op een elasticiteit van het aanbod van 0,21. Dit betekent dat bij een stijging van het loon met 1%,

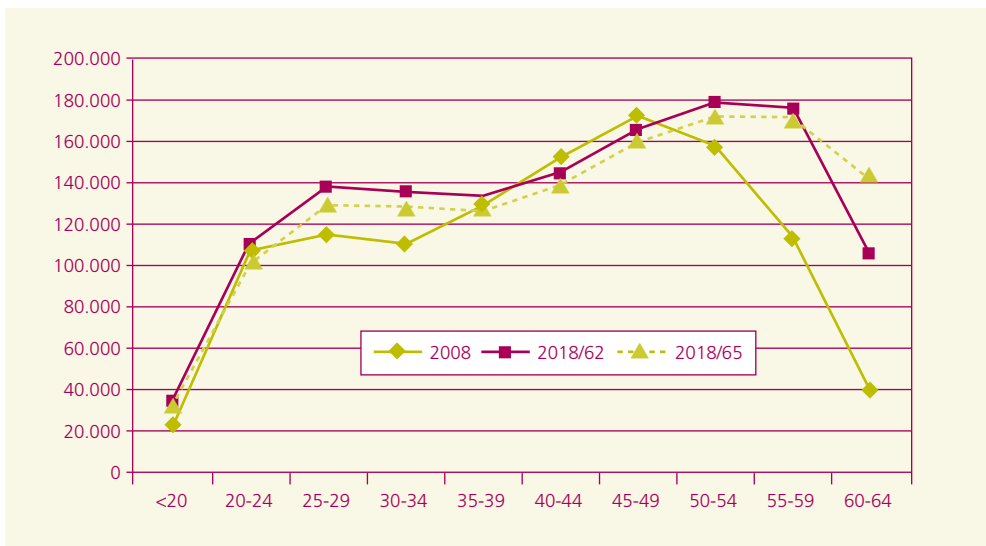
### Stand van zaken en vooruitblik

het aanbod toeneemt met 0,21%. Dit is volgens de schrijvers hoger dan wat men elders in andere studies vindt omdat zij met behulp van de correcties rekening konden houden met zaken als onregelmatig werk en de extra verdiensten die dat met zich meebrengt.

### De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in de sector Zorg en WJK is al langere tijd aan het vergrijzen. Figuur 3.2 laat zien hoe de leeftijdsopbouw momenteel (2008) is en hoe deze er in 2018 mogelijk uit zal zien. Er zijn voor 2018 twee scenario's ontwikkeld. Eén waarbij wordt uitgegaan van een gemiddelde uit-tredeleeftijd vanwege pensioen van 62 jaar. Dit is gebaseerd op de vervanging van de OBU door het flexpensioen. Het tweede scenario gaat uit van een uit-tredeleeftijd bij pensioen van 65 jaar. Daarbij staat het streven van doorwerken tot de huidige AOW-leeftijd centraal. Deze wordt de komende jaren verder opgetrokken, maar daarbij gaan uitzonderingen gelden voor zogenaamde 'zware beroepen'. Op welke beroepen dit van toepassing is en hoe de beleidsveranderingen vervolgens geëffectueerd worden is vooralsnog onduidelijk.

**Figuur 3.2 De leeftijdsopbouw van werknemers in Zorg en WJK in 2008 en in 2018 bij gemiddeld vertrek pensioen bij 62 en 65 jaar**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

In beide gevallen (uit-tredeleeftijd 62 jaar en 65 jaar) is verder verondersteld dat de groei van de werkgelegenheid conform de verwachting in RegioMarge (1,8%) is. Mocht de groei lager uitvallen, dan neemt het aantal ouderen niet af, maar wel de instroom van jongeren. Dat betekent dat de relatieve aandelen van ouderen nog hoger zullen worden dan nu is berekend in tabel 3.1.

**Tabel 3.1 Het aandeel en het absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand in de sector Zorg en WJK**

	2008	2018/62	2018/65
aandeel 50-plussers	27,9%	34,9%	38,0%
aantal 50-plussers	312.675	460.933	501.991

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

In 2008 bedraagt het aandeel 50-plussers 27,9% van alle werknemers. Wanneer de gemiddelde uittredeleeftijd op 62 komt te liggen (flexpensioen) zal in 2018 het aandeel 50-plussers opgelopen zijn tot 34,9% (tabel 3.1). Verschuift de uittredeleeftijd naar 65 jaar dan wordt het aandeel 50-plussers 38,0%. Dit wordt nog hoger wanneer de werkgelegenheid in de sector minder hard groeit dan de 1,8% zoals hiervoor genoemd. Het absolute aantal 50-plussers neemt in het 65 jaar scenario in tien jaar tijd toe met 61%!

#### De toekomstige werknemer

De werknemer in 2025 is een andere dan de huidige werknemer. Onderzoek van Prismant/Motivaction (Van der Kwartel e.a., 2009) laat zien dat de beroepsbevolking in 2025 een andere oriëntatie in waarden en normen heeft. Prismant/Motivaction baseren zich op wensen, behoeften en verwachtingen van mensen ten aanzien van werk in het algemeen en van het werken in de gezondheidszorg in het bijzonder. Het zichtbaar maken hiervan in een complexe en snel veranderende samenleving gebeurt op basis van Mentality, een onderzoeksmodel dat mensen per generatie groepeerd naar sociale milieus die ieder een bepaalde levensinstelling en persoonlijke waarden weerspiegelen. In het Mentality-model worden acht van dergelijke sociale milieus onderscheiden (zie kader 3.1). De percentages geven aan hoe de acht sociale milieus zijn vertegenwoordigd in 2008 (onder 15-80 jarigen).

#### Kader 3.1 Sociale milieus in Nederland en hun verdeling onder 15- tot 80-jarigen

##### Acht sociale milieus (Van der Kwartel e.a., 2009)

- traditionele burgerij (16%): de moralistische, plichtsgetrouwe en op de status-quo gerichte burgerij die vasthoudt aan tradities en materiële bezittingen;
- moderne burgerij (22%): de conformistische, statusgevoelige burgerij die het evenwicht zoekt tussen traditie en moderne waarden als consumeren en genieten;
- gemaksgoerienteerden (10%): de impulsieve en passieve consument die in de eerste plaats streeft naar een onbezorgd, plezierig en comfortabel leven;
- opwaarts mobilen (13%): de carrièregerichte individualisten met een uitgesproken fascinatie voor sociale status, nieuwe technologie, risico en spanning;
- nieuwe conservatieven (8%): de liberaal-conservatieve maatschappelijke bovenlaag die alle ruimte wil geven aan technologische ontwikkeling, maar zich verzet tegen sociale en culturele vernieuwing;
- kosmopolieten (10%): de open en kritische wereldburgers die postmoderne waarden als ontplooiën en beleven integreren met moderne waarden als maatschappelijk succes, materialisme en genieten;
- postmaterialisten (10%): de maatschappijkritische idealisten die zichzelf willen ontplooiën, zich verzetten tegen sociaal onrecht en opkomen voor het milieu;
- postmoderne hedonisten (11%): de pioniers van de beleveniscultuur, waarin experiment en het breken met morele en sociale conventies doelen op zichzelf zijn geworden.

Bron: Motivaction

In iedere generatie zijn deze acht sociale milieus vertegenwoordigd, maar in opeenvolgende generaties verandert de samenstelling van deze vertegenwoordiging. Enkele voorbeelden van verschuivingen in waardenoriëntaties zijn dat er een afname plaatsvindt van het aandeel traditionele burgers en dat in de jongste generatie (geboren na 1981) het aandeel moderne burgerij afneemt zo'n 15%, waar het in eerdere generaties zo'n 25% kende.

#### Stand van zaken en vooruitblik

Er vanuit gaande dat Mentality-milieus stabiel zijn over de jaren heen (dus dat mensen in hetzelfde mentality-milieu blijven), kunnen we een blik werpen op de verdeling van de beroepsbevolking in 2025. Hierbij kunnen we alleen een voorspelling doen van de beroepsbevolking in de leeftijd van 34 tot 70 jaar. Van de toekomstige jongere beroepsbevolking weten we immers niet hoe de Mentality-milieus verdeeld zullen zijn.

**Tabel 3.2 Voorspelling van de verdeling van Mentality-milieus onder de potentiële beroepsbevolking in de leeftijd van 34 t/m 69 jaar in 2025 en samenstelling van zorg en welzijn in 2009 in %**

Mentality-milieu	Zorg en WJK 2009	Beroepsbevolking 2025	2025 tm 43 jaar	2025 44-54 jaar	2025 55-69 jaar
Moderne burgerij	21	22	16	23	25
Opwaarts mobilen	7	15	28	15	9
Postmaterialisten	20	9	3	8	13
Nieuwe conservatieven	6	7	4	7	9
Traditionele burgerij	17	11	3	11	14
Kosmopolieten	11	11	13	13	8
Postmoderne hedonisten	11	13	13	13	13
Gemaksgeoriënteerden	7	12	20	12	9
Totaal	100	100	100	100	100

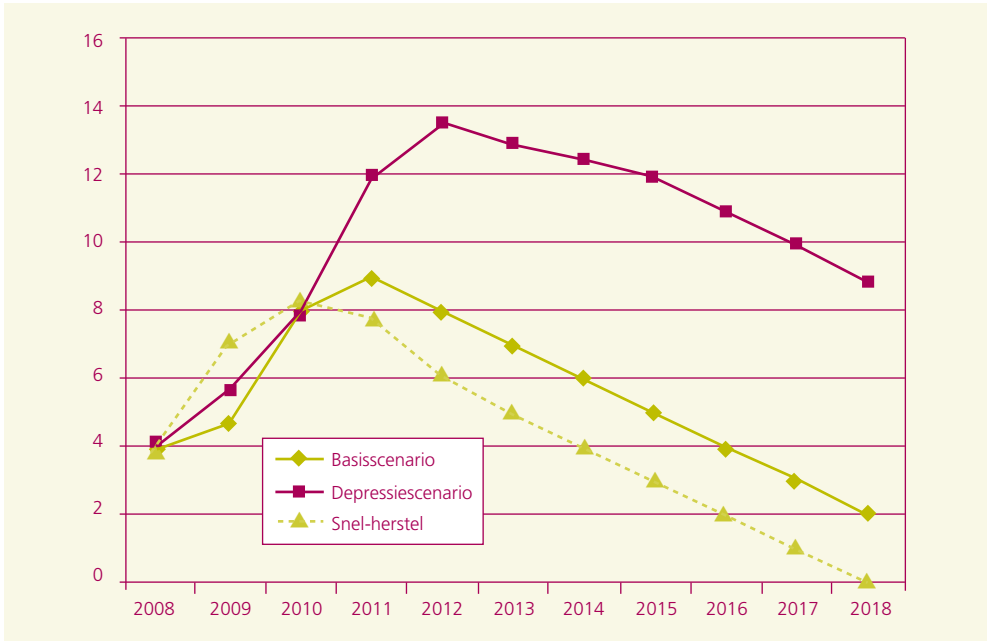
Bron: Motivaction/Prismant

Wanneer we kijken naar de verschuivingen door de generaties heen, dan zijn opwaarts mobilen en gemaksgeoriënteerden de sterkst groeiende milieus onder jongere generaties. Als deze trend doorzet, dan kunnen we onder de totale potentiële beroepsbevolking een groter aandeel van deze twee milieus verwachten (Tabel 3.2). Onder de huidige werknemers in Zorg en Welzijn komen juist veel meer postmaterialisten en traditionele burgers voor. De opwaarts mobilen en gemaksgeoriënteerden zijn hier juist ondervertegenwoordigd. De sector zal zich er op moeten beraden hoe ook deze categorieën aan te trekken zijn; anders beperkt men zich tot een (te) klein deel van het aanbod op de arbeidsmarkt.

### Ontwikkeling werkloosheid

In het rapport Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn 2008 werd voor dit onderwerp vooral aandacht besteed aan de analyse en adviezen van de Commissie Bakker. De inkt van dat rapport was echter nog niet droog of de huidige crisis brak uit. Heeft dit gevolgen voor de analyse van deze commissie? De Beer (2009) schetst een aantal mogelijke scenario's rond de ontwikkeling van de crisis. Hij kijkt daarbij naar crises in het verleden en hoe de economie zich daarna ontwikkelde. Hij gaat uit van een drietal mogelijke scenario's. Dat van de depressie in de jaren dertig van de vorige eeuw, dat van begin jaren tachtig van de vorige eeuw, dat hij het basisscenario noemt en een scenario op grond van huidige inschatting van het CPB (Snelherstel). Voor deze scenario's is vooral van belang hoe de werkloosheid zich ontwikkelt. Voor een goed beeld hebben we de werkloosheidsgegevens uit zijn artikel op een rijtje gezet. Alleen in het meest optimistische scenario bedraagt de werkloosheid in 2014 weer de 4% waarvan voor de crisis ook sprake was (zie Figuur 3.3).

**Figuur 3.3** De ontwikkeling van de werkloosheid tot 2018 bij een drietal scenario's (percentages)



Bron: Bewerking de Beer

Gevoegd bij het feit dat zich de afgelopen veertig jaar zes conjunctuurcycli hebben voorgedaan<sup>5</sup> plaatst De Beer in zijn scenariostudie vraagtekens bij de verwachte krapte op de arbeidsmarkt waar de Commissie Bakker van uitging. Zijn conclusie luidt: de economische crisis heeft het vooruitzicht op een tekort aan arbeidskrachten, waarvoor de commissie Bakker een jaar geleden waarschuwde, jaren vooruitgeschoven. Het is zelfs de vraag of er ooit sprake zal zijn van structurele schaarste aan personeel. Bestrijding van de werkloosheid zou in zijn ogen grotere prioriteit moeten hebben dan het verhogen van de participatiegraad.

Voor de sector Zorg en WJK zijn er wellicht mogelijkheden om meer werklozen aan te trekken. Daarbij dient wel bedacht te worden dat lager geschoolden onder de werklozen oververtegenwoordigd zijn. Scholingstrajecten zullen vaak nodig zijn om te kunnen passen in een functie in de sector Zorg en WJK.

### 3.3 Vraag en aanbod: naar een nieuw evenwicht?

#### Een nieuw evenwicht?

De vraag naar personeel voor de sector Zorg en WJK zal ook de komende jaren omvangrijk zijn. Ook al slaagt men er in om de uitbreidingsvraag door "slimmer werken" te beperken, de totale vraag blijft in vergelijking tot de afgelopen jaren groot vanwege de vervangingsvraag die hoe dan ook aanzienlijk gaat toenemen.

Het aandeel van de beroepsbevolking dat in de sector zorg en welzijn werkt, zal omhoog moeten gaan. Het tempo waarin hangt af van de mate van groei van de sector zelf en het succes van beleidsmaatregelen zoals het doorwerkbeleid.

<sup>5</sup> De volgende zou niet veel later dan 2017 komen

De omstandigheden waarbinnen deze toename zal moeten plaatsvinden zijn nog onduidelijk. Schetste de Commissie Bakker nog een ernstig tekortschietend aanbod op de arbeidsmarkt, de huidige recessie maakt dat wat onzeker: wellicht krijgen we gedurende langere tijd te maken een relatief grote werkloosheid, zoals De Beer voorspelt.

Een en ander zou betekenen dat we vele jaren met een andere dan verwachte arbeidsmarktsituatie te maken hebben. Wat betekent dit voor de sector Zorg en Welzijn? Vermoedelijk neemt de vraag naar personeel minder toe dan de afgelopen jaren. In plaats van zo veel mogelijk mensen aantrekken zou de aandacht dan komen te liggen op scholing: vooral voldoende opgeleide medewerkers zijn dan van belang. Doorwerkbeleid verliest de aandacht. Een bijdrage aan de bestrijding van de (jeugd)werkloosheid wordt maatschappelijk van grotere betekenis geacht.

De vraag naar beroepskrachten zal in de sector Zorg en WJK hoe dan ook groeien. Aangezien het aantal schoolverlaters stabiel blijft (en de voor de sector relevante uitstroom zelfs daalt) zal er ook op omscholing gemikt moeten worden. Scholingstrajecten voor werklozen liggen dan voor de hand, mits men het gewenste startniveau heeft.

### De werknemer van de toekomst

De onderzoeken naar de huidige en gewenste cultuur van de gezondheidszorg (zie 2.4) en naar de waardenoriëntaties van toekomstige werknemers (zie paragraaf 3.2) roepen een aantal voor het personeels- en arbeidsmarktbeleid belangrijke vragen op.

Het onderzoek naar de cultuur van de gezondheidszorg (Bremer et al, 2008) suggereert een potentieel conflict tussen wat 'het beleid' wil en wat de werkers in de gezondheidszorg willen. Het beleid voor de gezondheidszorg is gericht op de invoering van (gereguleerde) marktwerking. De door de medewerkers in de gezondheidszorg gewenste cultuur gaat veel meer in de richting van (nog) meer familiecultuur en adhocratie, juist ten koste van de marktcultuur. Bremer et al (2008) zeggen hierover:

*"In dit waardenconflict schuilt een risico voor de zorgsector op lange termijn. Mensen die niet in overeenstemming met hun waarden kunnen werken, kunnen daarop op langere termijn 'leeglopen'. Zij raken ontevreden en/of oververmoeid. Het resultaat kan bestaan uit ziekteverzuim en uitstroom uit de zorg naar andere sectoren. Gezien het dreigend personeelstekort is dit een ongewenste ontwikkeling." (Bremer, et al, 2008, pag. 59)*

Het is echter de vraag hoe de bevindingen uit dit onderzoek geïnterpreteerd moeten worden. Het onderzoek is uitgevoerd onder mensen die nu werkzaam zijn in de gezondheidszorg en dus al beïnvloed zijn door de bestaande cultuur. Misschien wensen nieuwe generaties een andere cultuur die meer marktgericht is. Het onderzoek naar de waardenoriëntaties van toekomstige werknemers (Van der Kwartel et al, 2009) laat zien dat de waardenoriëntaties van de jongste generatie (geboren ná 1981) anders zijn dan die van de voorgaande generaties. Meer mensen voor wie het streven naar een onbezorgd, plezierig en comfortabel leven belangrijk is en (veel) meer carrièregerichte mensen met een fascinatie voor sociale status, nieuwe technologie, risico en spanning. Deze waardenoriëntaties zullen voor de jongere generaties belangrijk zijn en het zal voor de gezondheidszorg de uitdaging zijn om jonge mensen met deze waardenoriëntaties aan zich te binden. Als dat lukt zal binnen het personeelsbestand een tegenstelling tussen generaties kunnen ontstaan die een extra aandachtspunt voor het HRM-beleid zal vormen. Oudere generaties met 'familie-achtige' waardenoriëntaties en jongere generaties met materialistische en op de carrière gerichte waardenoriëntaties. Met als extra complicerende factor dat de leidinggevenden vooral zullen bestaan uit de oudere generaties. Is het denkbaar dat deze oudere generaties een cultuuromslag kunnen bewerkstelligen die tegemoet komt aan de waardenoriëntaties van de nieuwe generaties? Hier ligt een uitdaging voor het HRM-beleid in de gezondheidszorg.



Naast de bovenstaande redenering kan nog een andere worden geplaatst. Mensen die in het verleden voor de zorg hebben gekozen, hebben dit wellicht juist gedaan vanwege de daar heersende 'familiecultuur'. Wanneer de cultuur van de gezondheidszorg verandert naar een marktcultuur, kan het zijn dat deze groep zich niet meer aangetrokken voelt tot de gezondheidszorg en zich tot andere sectoren wendt. Deze redenering kan binnen de gezondheidszorg wellicht worden genuanceerd naar de verschillende deelsectoren, bijvoorbeeld cure en care. Hoe dan ook kan zo'n ontwikkeling leiden tot veranderingen in het keuzegedrag van schoolverlaters.

Zorgaanbieders staan in hun arbeidsmarktbeleid dus voor de volgende twee vraagstukken die elkaar weliswaar niet uitsluiten, maar waar toch wel enige spanning tussen lijkt te zitten:

1. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat we aantrekkelijk blijven voor de groep schoolverlaters die in het verleden voor de zorg kozen vanwege de traditionele 'zorgcultuur'?
2. Hoe kunnen wij een aantrekkelijke sector worden voor de groeiende groep jonge mensen die een waardenoriëntatie heeft dat veel meer materialistisch en carrièregericht is?

Bremer et al (2008) komen tot de conclusie:

*"De succesvolle zorginstellingen van de komende jaren zijn de organisaties die markt- en adhocratiecultuur weten te versterken én te integreren met de vertrouwde mensgerichte familiecultuur, waaraan men nog steeds hecht (...)." (Bremer, et al, 2008)*

In deze conclusie valt overigens op dat het in gang gezette beleid naar geregleerde marktwerking in de gezondheidszorg niet ter discussie wordt gesteld. De conclusie zou ook kunnen zijn dat een nuancering van het in gang gezette beleid wenselijk is. Als het waar is dat de werkers in de gezondheidszorg in grote mate afkerig staan van een marktcultuur, vraagt dat om nog meer zorgvuldigheid bij de invoering van marktwerking, waarbij het personeelsaspect wellicht een belangrijker aandachtspunt zou moeten vormen dan het tot nu toe lijkt te zijn geweest. Misschien verdient het aanbeveling om onderzoek te doen naar de mogelijke effecten van de invoering van geregleerde marktwerking op het HRM- en arbeidsmarktbeleid in de gezondheidszorg als vervolg op de beide eerder besproken onderzoeken naar cultuur en waardenoriëntaties.

Bij het in opdracht van de Stuurgroep uit te voeren onderzoek naar arbeidsmarkteffecten van voorgenomen beleid zal ook aandacht worden geschonken aan deze cultuuraspecten.

#### 3.4 Samenvatting

Onzekerheid over beschikbare middelen en de mogelijke bezuinigingen van de overheid zullen naar verwachting de vraag naar personeel temperen bij de organisaties in Zorg en WJK. Op de korte termijn zijn er dan ook geen grote tekorten aan personeel te verwachten. Op onderdelen zijn er wel fricties, vooral voor specifieke kwalificatieniveaus en voor een aantal regio's. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit is gewenst bij verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen op niveau 4. Daarnaast is het van belang dat de arbeidsmarkt regionaal gemonitord wordt.

In het landelijk beleid speelt in deze periode vooral een dilemma tussen het bieden van voldoende stageplaatsen en het opnemen van schoolverlaters versus het implementeren en effectueren van doorwerkbeleid.

Op de lange termijn blijft de vraag naar zorg- en welzijnsdiensten stijgen. Ook al slaagt men erin om de uitbreidingsvraag te beperken door doelmatiger te werken, de totale vraag blijft groot door de vervangingsvraag. Prognoses wijzen op een toename tussen de 0,6% en 3,5% per jaar (gemiddeld bijna 2%), bij een dalend aanbod van personeel. Het aantal VMBO-ers neemt af, en daarmee het

aantal MBO-ers. Daar komt bij dat de belangstelling van deze scholieren voor de zorgsector niet zo groot is. In het verleden heeft de zorg en WJK geprofiteerd van de toenemende participatiegraad onder vrouwen, maar deze stabiliseert. Groei van het personeelsbestand zal daarom moeten komen uit een toenemend aandeel van werkenden in Zorg en WJK in de beroepsbevolking.

Hoewel het van belang is om na te gaan of werknemers bereid zijn om hun aantal uren uit te breiden lijken werkgevers in meerderheid geen rol voor zichzelf te zien bij het uitbreiden van de arbeidsduur van vrouwen. De vergrijzing maakt duidelijk dat het vormgeven van doorwerkbeleid voor de langere termijn een serieuze uitdaging is voor de sector. Daarnaast zullen het aantrekken van werklozen en interne scholingstrajecten een belangrijke rol gaan spelen.

Onderzoek van Prismant/Motivaction laat zien dat de werknemer anno 2025 een andere is dan de huidige werknemer. Per generatie vindt een verschuiving plaats in de waardenoriëntaties van de werknemers. De sector zal zich erop moeten beraden hoe zij ook nieuwe categorieën werknemers op de arbeidsmarkt kan aantrekken, anders beperkt zij zich tot een (te) klein deel van het aanbod op de arbeidsmarkt. Zorgaanbieders staan daarom voor het vraagstuk hoe zij zowel aantrekkelijk blijven voor de huidige schoolverlaters, die voor de zorg hebben gekozen vanwege de traditionele zorgcultuur, als voor de groeiende groep toekomstige schoolverlaters die steeds vaker een meer materialistische en carrièregerichte waardenoriëntatie zullen hebben.



## **4. De effecten van de kredietcrisis op de arbeidsmarkt in de zorg**



## 4. De effecten van de kredietcrisis op de arbeidsmarkt in de zorg

### 4.1 Inleiding

De wereld van arbeid in de zorg is voortdurend in beweging, maar de laatste jaren zijn wel zeer turbulent. Technologische, economische en sociale ontwikkelingen veroorzaken bij voortduring zowel geleidelijke veranderingen als plotselinge breukvlakken in arbeidsmarkt en arbeidsorganisaties in de zorg.

Waar in 2008 nog massaal regionale mobiliteitscentra ontstonden om het boventalig personeel uit de profit sector onder andere voor te bereiden op een loopbaan in de zorg, kunnen de effecten van de huidige kredietcrisis wel eens tot een kanteling van de arbeidsmarkt binnen de zorg leiden. Daar waar we in hoofdstuk drie nog spreken over een groei van de arbeidsmarkt in de zorg kan het resultaat van de kredietcrisis wel eens een kanteling betekenen. De gedachte hierbij is dat op korte termijn de vraagmarkt van arbeid in de zorg kan omslaan in een aanbodmarkt van arbeid. Wetende dat op middellange termijn de vraag naar arbeid in de zorg zal blijven groeien, mede veroorzaakt door de dubbele vergrijzing van patiënten en medewerkers.

De arbeidsorganisaties in de zorg reageren snel op de veranderingen in de arbeidsmarkt, maar vooral op de beperkte financiële middelen. Wisselingen op Raad van Bestuurniveau en directieniveau komen nogal eens in de openbaarheid; herstructureringen van zorginstellingen zijn aan de orde van de dag. Verrassend hierbij is de rol van Human Resources (HR) afdelingen. Op de meeste plekken zijn HR managers bezig om de zojuist ingezette strategische HR oriëntatie weer om te bouwen naar een beheersperspectief. De personeel- en salarisadministratie zijn immers toch de kerntaken? HR managers lijken wel op de kapitein op een schip die met zwaar weer wordt belast met het verdelen van de paraplu's en de regenjassen.

In dit hoofdstuk proberen we de vragen omtrent de mogelijke effecten van de kredietcrisis op de arbeidsmarkt, de arbeidsorganisatie en de HR functie verder uit te diepen. Uitgangspunt hierbij is dat het kabinet Balkenende besluit tot aanvullende ombuigingsoperaties in de zorg op advies van de ambtelijke werkgroepen die met voorstellen zullen komen om (een gedeelte van) de taakstellende 20 % bezuinigingsoperatie (als gevolg van de kredietcrisis) door te voeren.

Op de arbeidsmarkt spelen hierbij de volgende factoren:

- Te verwachten bezuinigingen betekenen vanuit werkgeversperspectief minder te honoreren vraag naar arbeid of in een gunstig geval een verhoging van de arbeidsproductiviteit; de vraag naar personeel zal in beide gevallen minder hard groeien of misschien afnemen.
- Bezuinigingen van de overheid betreffen de collectieve uitgaven aan zorg, maar er zal door de crises ook vraagtival bij particulieren zijn.

Voor de arbeidsorganisaties kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- Wat is de reactie van zorginstellingen op de veranderende arbeidsmarkt als effect van de kredietcrisis? Wat zijn hun strategische keuzen?
- Welke verschuivingen in functieopbouw kunnen optreden door deze strategische keuzen?

Voor de HR functie is de vraag hoe deze zal reageren op deze veranderingen?

De onderstaande bevindingen zijn gebaseerd op beelden die zijn opgedaan in "what-if" gesprekken met tien bestuurders in de zorg (care en cure). Gesproken is met voorzitters en/of leden van

Raden van Bestuur van tien zorginstellingen: twee (academische) ziekenhuizen, een revalidatiecentrum, een ggz-instelling, een gehandicapteninstelling, drie verpleeg- en verzorgingstehuizen, een thuiszorgorganisatie en een eerstelijns gezondheidscentrum.

De instellingen kennen een redelijke geografische spreiding over het land (Noord Holland, Zuid Holland, Groningen, Overijssel, Noord-Brabant en Limburg).

## 4.2 De effecten van de kredietcrisis

De tien geïnterviewden hebben uiteenlopende reacties op de veranderingen op de arbeidsmarkt en de arbeidsorganisatie. De eerste standaardreactie is dat de veranderingen als gevolg van de kredietcrisis wel niet zo'n vaart zullen lopen. Men kan zich eenvoudigweg niet voorstellen dat in een rijk land als Nederland deze kaalslag zal plaatsvinden. De democratische beginselen zullen ervoor zorg dragen dat het zo'n vaart niet zal lopen.

In tweede instantie vindt meestentijds een heroverweging plaats op het eerst ingenomen standpunt. Opmerkelijk is hierbij het onderscheid van reacties in de care en de cure.

### Care

In de care is de reactie tweeledig, gekoppeld aan te nemen strategische keuzen op instellingsniveau. De eerste categorie reacties heeft betrekking op een intensivering van een reeds ingeslagen weg. De WMO en de Zorgzwaartebekostiging hebben recent geleid tot een duidelijke heroriëntatie op de arbeidsmarkt bij de zorginstellingen. Zo heeft bijvoorbeeld bij het zorgverlenend personeel, aansluitend bij de zorgzwaartepakketten, een verschuiving plaatsgevonden van voorheen een accent op verpleegkundigen niveau 3 en 4 naar helpenden en verzorgenden op niveau 2 en soms zelfs op niveau 1, met name in de thuiszorg. Dit beleid kan nog verder geïntensiveerd worden.

Tot nu toe hebben deze instellingen geen problemen op de arbeidsmarkt. Het brede scala aan functies kan adequaat worden vervuld. De vraag naar personeel wordt gemakkelijk vervuld, van arts tot helpenden/verzorgenden, van logistiek medewerker tot financieel medewerkers.

Verzakelijking en het toenemend bedrijfsmatig werken leiden tot een verdere 'overheadreductie': een kwalitatieve en kwantitatieve afname van ondersteunende stafdiensten zoals financiën, personeel en organisatie, kwaliteit en facilitair bedrijf. Ook outsourcing kan hierbij helpen.

Wel is het zó dat, mocht de verhoging van de AOW leeftijd doorgaan, de mogelijkheden om een beroep te doen op de mantelzorg zullen afnemen. Het leger van vrijwilligers waar zorginstellingen dagelijks een beroep op doen, bestaat grotendeels uit gepensioneerde ouderen. Die groep zal in de toekomst langer moeten doorwerken. De AOW-leeftijd gaat in 2020 naar 66 jaar en vervolgens naar 67 jaar.

Mochten de ombuigingen daadwerkelijk worden doorgezet dan is in de ogen van deze bestuurders een heroriëntatie op de zorg in Nederland aan de orde. Solidariteitsprincipes, standaarden van zorg en privaat - publieke financiering kunnen onderwerpen binnen zo'n heroriëntatie zijn.

De tweede categorie van reacties van bestuurders in de care concentreert zich op een strategische keuze, die veelal eerder is ingezet. Feitelijk keren deze bestuurders zich af van de WMO en de zorgzwaartepakketten. Indien gemeentelijke overheden zo weinig over hebben voor een kwalitatief hoogwaardige verpleging en verzorging kan de instelling daar de verantwoordelijkheid niet voor nemen.

Vanzelfsprekend zullen deze instellingen op korte termijn wel voldoen aan de prijsstelling binnen de WMO en hebben ze op korte termijn een adequate reactie op de invoering van de zorgzwaartepak-

ketten. Maar als strategisch perspectief achten ze deze insteek op langere termijn niet houdbaar. Deze instellingen gaan zich langzaam maar zeker meer richten op een niche in de zorgmarkt en doen vooral een toenemend beroep op private financiering. Hierbij zouden ze over kunnen gaan op het afstoten van de bejaardenzorg en zich langzaam maar zeker toeleggen op de zorg voor somatische patiënten, waarvoor op dit moment een enorme wachtlijst bestaat. Hiervoor is wel een strategische accentverschuiving noodzakelijk. Gedacht wordt onder andere aan poli's voor geriatrisch patiënten en zware somatische zorg.

De arbeidsmarkt voor deze categorie instellingen verschuift nadrukkelijk naar hoger opgeleid personeel: meer verpleegkundigen op niveau 4 en 5 en een behoefte aan meer artsen en internationaal georiënteerde fysio- en ergotherapeuten.

### Cure

Na de eerste aarzeling dat het zo'n vaart niet zal lopen vindt bij de bestuurders in de Cure snel een omslag plaats naar een "handen uit de mouwen" aanpak. Een mogelijk effect van de kredietcrisis wordt door de bestuurders vertaald in een verandering van houding: hardheid en verzakelijking zullen, nog meer dan nu, hun intrede doen in de zorg. Daarnaast wordt verwacht dat de scherpste in financiering die dan zal ontstaan, ook zal leiden tot reacties bij verzekeraars, banken en andere geldschietters.

Als mogelijke bijdragen aan een adequate reactie op de effecten van de kredietcrisis worden verder genoemd het optimaliseren van zorglogistieke processen, herontwerp van de organisatiezorg, personele ombuigingen, robotica en telemedicine. Al deze maatregelen leiden tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit.

### Zorglogistiek

Een eerste oriëntatie op een handelingsrepertoire richt zich op het verder doorvoeren van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), in combinatie met het optimaliseren van zorglogistieke processen.

Een vertaalslag naar de interne organisatie behoort te worden gemaakt. In toenemende mate zullen cure instellingen resultaatverantwoordelijke teams (RVT's) ontwikkelen. Een RVT is samengesteld uit geneeskundigen, verpleegkundigen en paramedici die zich richten op een specifieke zorglijn voor een bepaalde patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld patiënten met hartfalen. Een RVT zal dan als opdracht krijgen om een groep patiënten met een soortgelijke DBC met behoud van kwaliteit zo doelmatig mogelijk door een zorglijn te laten bewegen. Principes als 'one stop shopping' en 'Business Process Reëngineering' zullen nog belangrijker worden dan ze al zijn. Dit beïnvloedt de wijze waarop medewerkers functioneren.

Werken in een RVT vraagt in de zorg om relatief nieuwe competenties zoals resultaatgerichtheid, klantgerichtheid, samenwerken en organisatiesensitiviteit.

Waarschijnlijk leidt een toenemend werken met RVT's in de zorg ook tot een kwantitatieve verandering in de vraag naar arbeid. Logistieke procesoptimalisering leidt in de "profit" tot verbetering van de efficiëntie. Óf er wordt met minder mensen hetzelfde of meer bereikt, óf er wordt meer bereikt met dezelfde mensen. Zorglogistieke procesoptimalisering zal op termijn een positief effect op de arbeidsproductiviteit kunnen hebben: zowel voor artsen, verpleegkundigen als voor paramedici en laboranten.

Vooraf 'evidence based werken' kan bij het optimaliseren van zorglogistieke processen een goede bijdrage leveren. We kunnen van elkaar leren door 'best practices'. Ook het inschakelen van ervaringsdeskundigen kan in de begeleiding een goed hulpmiddel zijn om het hoofd te bieden aan



verdere bezuinigingen. Daarnaast wordt het loslaten van kantoortijden overwogen. Verlenging van bedrijfstijden, wat overigens aansluit bij de behoeften van de werkende patiënt, gekoppeld aan een verandering van de arbeidstijden zal de arbeidsproductiviteit doen toenemen.

#### *Herontwerp van de organisatie*

Een tweede heroriëntatie richt zich op het ontwerp van de organisatie. Indien de Cure geprikkeld wordt door de mogelijke effecten van de kredietcrisis zal de resultaatverantwoordelijkheid als doel van organisatorische eenheden nog verder stijgen. De kaasschaaf methode zal bij een bezuiniging van 20 % niet adequaat werken. Een daadwerkelijke herbezinning op de structuur van de organisatie is aan de orde. Continu zullen instellingen bij de (her)inrichting van hun organisatie zich moeten afvragen of het niet anders en slimmer kan. Slimmer werken leidt tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit.

Wellicht kan men door eenheden samen te voegen met minder managers en minder ondersteuning toe. Overheadreductie zal zeker aan de orde zijn. Bijvoorbeeld Financiën en Personeel en Organisatie samenvoegen in een Service afdeling kan 'mean and lean' leiden tot het leveren van dezelfde kwaliteit met minder management en/of medewerkers. Ook het veranderen van de focus op kwaliteit naar een focus op 'Performance' – in de Verenigde Staten al lang gemeengoed – kan aanzienlijke kwalitatieve en kwantitatieve effectiviteit- en efficiëntieverbeteringen met zich mee brengen.

Bij de eventueel voorgenomen reorganisaties worden enkele malen Amerikaanse concepten genoemd. Het "Plane Tree" concept is hierbij het meest favoriet. Dit concept is gebaseerd op "putting patients first": de organisatie van de zorg vindt niet plaats rondom de aanbieder van zorg (medicus en/of verpleegkundigen) maar rondom de patiënt. De patiënt bezoekt niet de arts, maar de arts bezoekt de patiënt. Klantbejegening, "empathy", multi-disciplinaire samenwerking en resultaat oriëntatie vanuit klantenperspectief staan hierbij voorop. Als voorbeeld wordt enkele malen het Orbis ziekenhuis in Sittard genoemd.

Binnen het herontwerp van de organisatie is substitutie van medisch handelen ook een belangrijk onderwerp. Een toenemend aantal "physician assistants" en "nurse practitioners" nemen daadwerkelijk eenvoudige taken van artsen over.

Hierbij is het niet te verwachten dat de medici de dans van de extra bezuinigingen zullen ontspringen. In verschillende instellingen zijn vergelijkingen gemaakt tussen de productiviteit van (groepen van) medici. Deze varieert nogal binnen en tussen disciplines. Het is moeilijk uit te leggen dat de ene medicus bijvoorbeeld 600 uur op jaarbasis patiëntencontacten heeft en een ander 1250 uur.

Medici kunnen hierbij van elkaar leren. Het "Sharp Healthcare System" in San Diego heeft een mooie methodiek ontwikkeld om dat proces op gang te brengen. Ze meten de kwaliteit (patiëntenbeleving) en de kosten van een behandeling bij diverse artsen. Daar zijn grote verschillen tussen. Meestal gaan lage kosten (minder consulten, snelle diagnose en efficiënte en effectieve ingrepen) samen met een hoge patiënttevredenheid. Ook blijken groepen van artsen van elkaar te willen leren. Een flexibel beloningssysteem complementeert de aanpak.

Bij het herontwerp van organisaties kan op termijn ook een verschuiving plaatsvinden in de behandeling van chronisch zieken van de tweede naar de eerste lijn. In sommige gezondheidscentra zien we langzaam maar zeker een overname van activiteiten van de tweede lijn betreffende een aantal categorieën chronisch patiënten, zoals diabetes, astma, Parkinson en MS.

*Personele ombuigingen*

Deze term is een eufemisme voor het “afstoten van personeel”. Bestuurders in de Cure melden onomwonden dat een omvangrijke bezuiniging niet tegemoet kan worden getreden zonder daadwerkelijk over te gaan tot afscheid nemen van grote groepen personeel. Gesproken wordt van personele ombuigingen van € 10 tot € 40 miljoen op instellingsniveau. Drie instellingen hebben de afgelopen jaren al een ombuiging van 10% doorgevoerd (variërend van € 10 tot € 20 miljoen). Het doorvoeren van een vacaturestop, het inventariseren van op te heffen functies, het “inregelen” van mobiliteitscentra en, indien niet te voorkomen, “gedwongen ontslagen” behoren dan tot het handelingrepertoire.

Een vacaturestop alleen is niet voldoende. Bij de geïnterviewde Cure instellingen is een gemiddeld verloop van 8 %. Dat is onvoldoende om op korte termijn grote verschuivingen op de arbeidsmarkt op te vangen.

Verschillende regio's kennen goedwerkende regionale Transferbureaus die ondersteunend kunnen zijn bij grote bewegingen op de arbeidsmarkt. De bureaus werken nu al bij het optimaliseren van het uitwisselen van (boventallig) personeel.

*Robotica en telemedicine*

Inschakeling van robots, maar ook van intelligente digitale systemen kan leiden tot kostenreductie.

Zo is in de ggz op basis van de Wet Bopz voor specifieke groepen van patiënten sprake van een dwang- en drangbeleid. Cliënten worden gedwongen opgenomen om hun omgeving en zichzelf te beschermen. Dit leidde tot voor kort tot het bouwen van dure separeercellen en specifiek opgeleid (meerkosten!) personeel. In samenwerking met Philips en TNO is een instelling nu bezig met het ontwikkelen van digitale “early warning systems”. Hierdoor zijn op termijn de separeercellen niet meer nodig. De instelling zal “High Care Facilities” organiseren waarbinnen snel gereageerd kan worden op de (gemoeds)toestand van cliënten. Ondersteuning met behulp van kunstmatige intelligentie maakt dit mogelijk. Daarnaast leidt snel reageren tot spoedig herstel van de cliënt.

In de revalidatie is de relatie tussen behandelaar en patiënt vaak één op één. Bij verdergaande financiële beperkingen zullen we dat behoren te veranderen. Dit geldt zowel voor de medici als voor de fysiotherapeuten, de ergotherapeuten en de psychologen. De ontwikkelingen van robotica kunnen die één op één relatie tussen behandelaar en patiënt opheffen. Zo zijn er loopmobielen in ontwikkeling, maar ook apparatuur die het genezingsproces van bijvoorbeeld arm-schouder problematiek, veelal het gevolg van een CVA, kan versnellen.

Een toename van zorg op afstand is te voorzien door ontwikkelingen op het gebied van de telemedicine. Zo is het bijvoorbeeld in Amerika al mogelijk bij de supermarkt een ECG apparaat te kopen dat op de PC kan worden aangesloten. Vervolgens kun je aan elke willekeurige arts via het internet om een diagnose vragen. De verwachting is dat dit soort activiteiten tot een verschuiving van nu nog hoofdzakelijk behandeling naar straks vooral adviestaken zal leiden. Zorginstellingen worden zo een echt kenniscentrum. Behandelen en advies op afstand leidt tot een hogere arbeidsproductiviteit. Minder reistijd en snel achter elkaar adviseren vanachter de PC zijn hierbij de belangrijkste ontwikkelingen.

Door de inschakeling van robotica en telemedicine zullen we uiteindelijk met minder personeel hetzelfde of meer kunnen doen. De arbeidsproductiviteit zal er door toenemen.

### 4.3 De effecten van de kredietcrisis op de HR functie in de zorg

De vraag die we hebben gesteld is in hoeverre de HR functie betrokken is bij de veranderingen die gaande zijn in de zorg, onder andere als gevolg van de kredietcrisis. We hebben gevraagd naar inhoudelijke bemoeienis van de HR functie en de wijze waarop die bemoeienis plaatsvindt.

#### 4.3.1 Inhoudelijke bijdrage HR functie

Het doel van de HRM-functie in de zorg is een grotere betrokkenheid op de markt en op de werkomgeving. Een goede HR-adviseur kent niet alleen zijn vak, maar verstaat de taal van de instelling waar hij/zij werkt, kent de zorgmarkt en weet intern een daadwerkelijk bijdrage te leveren aan bijvoorbeeld de afstemming tussen de medische en de verpleegkundige zorg.

Een succesvolle HR bijdrage aan een organisatieverandering onderscheidt zich door samenhangende effectieve interventies op drie niveaus (zie schema).

**Figuur 4.1 Interventieniveaus HR-functie**

	Management	Ontwerp	Doel
Structuur			
Processen			
Individu			

Bron: Rummler en Brache, 1995

De HR-functionaris kan een bijdrage leveren aan de benoeming van de doelen, het ontwerp van de structuur, de (zorglogistieke) processen en (competenties van) individuen. Daarnaast behoren de drie niveaus gemanaged te worden. Een adequaat functionerende HR-adviseur kan zo een maximale bijdrage leveren aan het “invullen” van bovenstaande matrix.

In de praktijk constateren de geïnterviewde bestuurders (op één na) dat de personeelsafdeling in hun instelling zich voornamelijk oriënteert op de onderste regel van de matrix. Meestal wordt vanuit een beheersmatig perspectief vanuit de HR-functie ondersteuning verleend bij het maken van de formatiebezettingsstaten, de functieformatieplannen en de personeelsplannen. Vraagstukken gelieerd aan salarisadministratie, functiewaardering, competentie management, juridische advisering en arbeidsomstandigheden worden hierbij opgepakt. Veelal ontbreekt hierbij een ontwikkelingsperspectief. Vaak heeft de bestuurder daar overigens ook niet om gevraagd. Ondersteuning van organisatiebeleid met organisatieanalyse, personeelsanalyse en businessanalyse vindt bijna niet plaats in de bezochte instellingen. Dit geldt ook voor de bijdrage van HR-afdelingen aan het verbeteren van (zorglogistieke) processen. Zelden wordt een bijdrage geleverd aan het formuleren van procesdoelen, het analyseren en evalueren van het proces en ‘procesmapping’: het verbeteren van patiëntlogistieke processen. Op individueel niveau begint op een enkele plaats een ontwikkelingsperspectief te ontstaan bij de uitwerking van arbeidsmarkt-, talent- en opvolgingsmanagement, prestatie- en kennismanagement.

#### 4.3.2 Wijze van bijdrage van de HR functie

De rol van HR wordt versterkt door aan te sluiten bij de strategie van de organisatie. Dan ontstaan kansen voor HR om de strategie in de organisatie te implementeren naar de werkvloer, daar waar de meetbare prestaties gerealiseerd dienen te worden. Hiervoor is het wel nodig om als HR de rol van een resultaatgerichte, strategische business partner van het management te kiezen. Dat is nog geen vanzelfsprekendheid als de dagelijkse praktijk van HR in veel organisaties wordt gelegd naast

de vier ontwikkelingsperspectieven, beschreven door Becker, Huselid, Ulrich (2001):

- Het personele perspectief; het voorzien in en betalen van personeel is belangrijker dan het ontwikkelen van best presterende medewerkers.
- Het beloningsperspectief; de organisatie benut bonussen om een onderscheid te maken tussen goed en best presterende medewerkers. Dit is een eerste stap om medewerkers te zien als bron van concurrentievoordeel, maar daarmee wordt nog onvoldoende recht gedaan aan de voordelen van HR als strategische waarde.
- Het verbindingsperspectief; het (top)management beschouwt medewerkers als een strategische waarde, maar er wordt onvoldoende geïnvesteerd in HR om dit strategische voordeel te benutten. Vandaar dat het HR-systeem voor het management nog niet de hefboom is naar betere prestaties.
- Het high performance perspectief; HR en het (top)management zien HR als een systeem binnen het grotere systeem van het implementeren van de strategie van de organisatie. De organisatie stuurt en meet op de relatie tussen deze twee systemen en de prestatie van de organisatie.

Aan ieder perspectief kan de rol van HR in organisaties worden verbonden (zie onderstaande tabel). In de praktijk blijkt dat 'de handlanger' en 'de dienstverlener' weinig tot geen directe verbinding met de strategische waarde van de organisatie hebben. Die wordt voor hen wel door het management gemaakt, of niet. Metingen en toegevoegde waarde spelen vooral een rol bij de adviseur en de business partner.

**Tabel 4.1 Perspectief HR verbonden met de rol HR in organisaties**

Perspectief HR	Rol HR
Personele perspectief	Handlanger
Beloningsperspectief	Dienstverlener
Verbindingsperspectief	Adviseur
High performance perspectief	Business partner

Bron: Becker et al., 2001

Alle ondervraagde bestuurders (op één na) in dit kwalitatief onderzoek onderkennen dat in hun instelling HR vooral werkt vanuit een personeel- en beloningsperspectief. De HR rollen begeven zich veelal op dat van handlanger en dienstverlener. Enkele bestuurders vragen zich hardop af of er meer gewenst wordt van de HR-afdeling.

Linksom of rechtsom, duidelijk is dat bijvoorbeeld in vergelijking met personeelsafdelingen in de profit sector er nog veel missiewerk te verrichten is (zie ook hoofdstuk 5). Slechts in één organisatie komt de HR als verbindingsperspectief naar voren en wordt de rol van hoogwaardig adviseur ingenomen.

In tijden van verandering mag geconstateerd worden dat naar opvatting van de bestuurders de HR bijdrage aan de ondersteuning van dit veranderingsproces tot een minimum beperkt zal blijven. Veelal wordt bij grootschalige veranderingstrajecten een beroep op externe ondersteuning gedaan (interim management en advies). De functie in de instelling die een adequate bijdrage zou kunnen (moeten?) leveren aan veranderingsprocessen staat veelal buitenspel.

#### 4.4 Samenvatting

Middels interviews met tien bestuurders van zorginstellingen, variërend over branches en geografie, is de vermoedelijke reactie van zorginstellingen op de effecten van de kredietcrisis onderzocht.

Vooraf belicht zijn de reacties op de arbeidsmarkt, de arbeidsorganisatie en de rol van de HR afdeling hierbij.

Hoewel de reacties uiteenliepen, bleek het mogelijk onderscheid te maken tussen reacties uit de cure en uit de care.

In de care bestaan twee groepen van reacties. Enerzijds zal een aantal instellingen hun bestaande beleid voortzetten. Op de arbeidsmarkt betekent dat een toenemend beroep op verzorgenden, helpenden en zorgverleners/assisterenden. Deze instellingen zullen hun reactie op de uitvoering van de WMO en zorgzwaartepakketten intensiveren. Het beroep op vrijwilligers en familie zal toenemen en de overhead zal nog verder worden gereduceerd. Feitelijk ziet men geen kans om (nogmaals) te reageren op grootschalige financiële beperkingen en entameert men een landelijke discussie over een heroriëntatie op de zorg met onderwerpen als 'het solidariteitsprincipe', 'de zorgstandaard' en 'privaat - publieke financiering'.

Een tweede groep zorginstellingen in de care keert zich af van de WMO en de zorgzwaarte pakketten. Ze kiezen strategisch voor een andere lijn waarbinnen ze steeds meer voor private financiering opteren. Hierbij komen ze in concurrentie met zorginstellingen in de omgeving door bijvoorbeeld een polikliniek geriatrie in te richten. Op de arbeidsmarkt doen deze instellingen een toenemend beroep op hoger opgeleiden, zoals artsen en verpleegkundigen niveau 4 en 5.

In de cure reageert men op de veranderingen door een scala van handelingen. Vooral het verder optimaliseren van zorglogistiek processen, herontwerp van de organisatie, personele ombuigingen en het toepassen van robotica en telemedicine worden genoemd.

De ondersteuning vanuit de HR-functies laat te wensen over. Overigens stellen enkele bestuurders de vraag of die ondersteuning wel gewenst behoort te worden. Inhoudelijk dragen personeelsafdelingen vooral bij aan het beheer van het personeel. De personeel- en salarisadministratie worden gezien als de kernactiviteiten van de afdeling. Ondersteuning van de ontwikkeling van personeel in de vorm van talent-, prestatie- of kennismanagement vindt weinig plaats. Bijna nooit vindt ondersteuning vanuit personeelsafdelingen plaats bij het veranderen van het ontwerp van de organisatiestructuur of het optimaliseren van (zorg)logistieke processen. De wijze van ondersteunen wordt vooral geboden vanuit een personeel en beloningsperspectief. Van een adviesrelatie of HR als businesspartner is nimmer sprake (behalve in één instelling). De rol van de HR-adviseur is veelal die van 'handlanger' en 'dienstverlener'.

## **5. HR-beleid in Zorg- en WJK**



## 5. HR-beleid in Zorg en WJK

### 5.1 Inleiding

Een van de zegeningen van de moderne tijd is dat de mensen in Nederland niet alleen ouder worden, maar ook dat ze meer gezonde levensjaren hebben. Daar staat tegenover dat mede door de vergrijzing het aantal mensen met een chronische ziekte de komende 20 jaar met meer dan 40 procent toeneemt. Verbeterde diagnostiek en succesvolle therapieën zorgen ervoor dat aandoeningen eerder zijn op te sporen en beter te behandelen. De populatie zorggebruikers verandert daardoor sterk. Meer mensen zullen langer gebruik maken van verpleging, verzorging en lokale WMO-arrangementen. Een multidisciplinaire aanpak van de zorg wordt steeds belangrijker. Lange termijnramingen voorspellen dat de zorgvraag in 15 jaar met ongeveer 50 procent zal toenemen. Tegelijkertijd neemt de groei van het aantal mensen dat geboren wordt af. Dit betekent dat de samenstelling van de bevolking verandert. Enerzijds komen er meer 65-plussers en anderzijds minder jongeren. Door de afnemende groei van de beroepsbevolking wordt het draagvlak voor het in stand houden van de collectieve arrangementen kleiner. Niet alleen voor het financiële draagvlak, maar ook voor het verlenen van zorg zullen er, omdat er meer en andere zorg nodig is dan nu, in verhouding minder mensen beschikbaar zijn<sup>6</sup>.

De uitdaging waar de zorg en welzijnssector voor staat is: *hoe kunnen we meer doen met minder mensen en middelen?* In de voorgaande hoofdstukken zijn de arbeidsmarktontwikkelingen op korte en lange termijn geschetst. De scenario's voor de langere termijn laten, ondanks onzekerheden, zien dat de vraag naar zorg en daarmee de vraag naar arbeid blijft groeien. Als gevolg van de kredietcrisis is de arbeidsmarkt op dit moment weliswaar ontspannen, maar schijn bedriegt. Deze effecten zijn slechts voor de korte termijn (de komende twee à drie jaar). Door de huidige werkloosheid worden de verwachte tekorten naar achteren geschoven.

In dit hoofdstuk kijken wij over een langere horizon, voorbij de effecten van de kredietcrisis. Daarbij doen wij een eerste poging om de uitdagingen waar de sector voor staat (zoals het aantrekken en behoud van personeel en slimmer werken) te koppelen aan de HR-praktijk. De hamvraag is welke bijdrage HR kan leveren bij het aanpakken van deze vraagstukken en uitdagingen. Allereerst onderzoeken wij of een goed en intensief HR-beleid überhaupt effect heeft op de prestaties van een organisatie. Vervolgens kijken wij naar de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op het HR-beleid, welke HR-activiteiten op dit moment daadwerkelijk worden ontwikkeld en waar nog ontwikkelmogelijkheden liggen. Het is een eerste voorzichtige poging om binnen de complexiteit van de vraagstukken verbanden te leggen tussen ervaren knelpunten, ondernomen acties en resultaten.

<sup>6</sup> Bron: Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg en vervolgbrief 2008



## 5.2 Leidt een goed HR-beleid ook tot betere prestaties van de organisatie?

In dit hoofdstuk zijn we op zoek naar het antwoord op de vraag welke bijdrage HR kan leveren bij vraagstukken op het gebied van het aantrekken en behoud van personeel en het slimmer werken binnen de Zorg en WJK. Voordat we naar de praktijk gaan, is het goed om deze vraag in een theoretisch perspectief te plaatsen.

De centrale gedachte is dat mensen van fundamenteel belang zijn voor het succes van organisaties. Een betere benutting van de capaciteiten van medewerkers leidt tot een verbetering van het prestatievermogen van organisaties. HR-beleid kan daarom van essentieel belang zijn voor organisaties. Volgens Gründemann (2003) is er veel onderzoek verricht naar dit verband (Pauwe, Boselie, Verburg, Biemans, e.a.) maar dit heeft nog geen eenduidig antwoord opgeleverd. Veel theorieën richten zich op deelgebieden van het HR-veld en niet op het complexere geheel. Ook zijn er methodologische haken en ogen. Met name de vraag welke aspecten nu wel of niet tot het onderzoeksterrein behoren. Leijten (1991) heeft daarentegen wel een breed onderzoek naar de effectiviteit van stimulerend HR-beleid verricht. Zijn onderzoek toont aan dat stimulerend HR-beleid samenhangt met een hoge mate van betrokkenheid, hoog opleidingsniveau, laag verzuim en evenwichtige leeftijdsopbouw. Verder blijkt uit zijn onderzoek dat stimulerend HR-beleid bijdraagt aan de (financiële) effectiviteit van de organisatie.

Gründemann komt uiteindelijk ook tot de conclusie dat de onderzoeken naar het verband tussen personeelsmanagement en de uitkomsten voor werknemers, de werkorganisatie en de financiële resultaten laten zien dat in het algemeen organisaties met een goed ontwikkeld en toegepast HR-beleid beter presteren dan organisaties die minder doen op dit gebied.

Voor ons was het interessant om deze stelling te toetsen in de praktijk van de sector Zorg en WJK. Wij hebben de gegevens uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording gekoppeld aan de uitkomsten van onze werkgeversenquête 2009. Omdat in de bestanden niet alle data compleet en/of beschikbaar waren hebben wij ons gericht op enerzijds de relatie tussen vacature-invulling, verzuim en verloop en anderzijds de maatregelen en HR-instrumenten die hier actief op worden ingezet. Het gaat dan om de volgende maatregelen en instrumenten:

- een actieve rol van de organisatie op de lokale arbeidsmarkt,
- het hanteren van heldere procedures voor werving en selectie,
- maatregelen voor beheersing van de werkdruk,
- zorg voor het juiste kwalificatieniveau van de medewerkers en een evenwichtige leeftijdsopbouw van het personeelsbestand,
- actieve aandacht voor arbeidsconflicten en spanningen in de organisatie.

Wij hebben gezocht naar een verband tussen inspanning en resultaat. Anders gezegd: Levert gerichte inspanning op bijvoorbeeld verzuim ook daadwerkelijk een lager of een minder problematisch verzuim op?

Ondanks het gegeven dat een causaal verband tussen HR-beleid en organisatie-effectiviteit vanwege de complexiteit moeilijk is aan te tonen, wagen wij ons hier wel aan enige voorzichtige conclusies. Uit ons onderzoek blijkt dat instellingen gemakkelijker aan personeel kunnen komen (m.a.w. minder moeilijk vervulbare vacatures), een lager verloop hebben, een lager verzuim en/of WAO-instroom kennen, wanneer zij gericht en actief deze maatregelen en/of instrumenten inzetten. Kortom uit dit praktijkonderzoek mag voorzichtig worden geconcludeerd dat een intensiever HR-beleid een positieve invloed heeft op werknemers, de werkorganisatie en de effectiviteit van de organisatie.

### 5.3 Welke factoren beïnvloeden de organisatievraagstukken?

Om te weten waar HR zijn aandacht de komende jaren op moet richten is het zaak stil te staan bij de ontwikkelingen en factoren die van invloed zijn op de organisatievraagstukken werven, behoud en slimmer werken.

#### 5.3.1 ontwikkelingen

Er zijn veel studies voorhanden die een ons een blik gunnen op de ontwikkelingen rond arbeid, de arbeidsmarkt, wet- en regelgeving en maatschappelijke normen en waarden. Uit die gegevens komen veel factoren naar voren die van invloed kunnen zijn op het beleid van organisaties, zoals: demografische ontwikkelingen, de 24-uurs economie, individualisering, het stelsel van sociale zekerheid, technologische innovaties, Europese eenwording, maatschappelijke onrust, economische crisis, multiculturele samenleving en de druk van inspectie en overheid. Deze hoeveelheid aan factoren en ontwikkelingen kunnen onmogelijk in het kader van dit rapport allemaal worden uitgewerkt. Daarom beperken wij ons tot de (in onze ogen) meest essentiële ontwikkelingen. Hierbij maken wij dankbaar gebruik van het onderzoek "HRM in de toekomst" van Gründemann e.a. (2003). Zij baseren hun onderzoek op een zevental uitgebreide toekomstverkenningen en hebben daaruit een lijst samengesteld met de meest relevante ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zijn weliswaar geschikt voor alle sectoren en branches, maar wij zijn van mening dat ze een goed vertrekpunt vormen voor ons onderzoek binnen de sector Zorg en WJK. Daar waar nodig zijn kanttekeningen of toevoegingen geplaatst wanneer dat relevant is voor deze sector.

#### *Verandering in de samenstelling van de beroepsbevolking*

De pluriformiteit van de werkzame beroepsbevolking zal de komende jaren verder toenemen. Er komen meer vrouwen, meer allochtonen, meer mensen met een arbeidshandicap, meer ouderen en minder jongeren op de arbeidsmarkt. Ieder met zijn of haar eigen behoeften en verwachtingen ten aanzien van het werk. Doelgroepenbeleid biedt geen uitkomst, omdat volgens Gründemann behoeften en verwachtingen persoonsgebonden zijn en niet zo zeer groeps- of cultuurgebonden. Tegelijkertijd zullen over een aantal jaren (ondanks de verhoging van de AOW leeftijd) de oudere medewerkers de zorg massaal verlaten. Met het vertrek van oudere medewerkers verdwijnt ook veel kennis en expertise. Aangezien het beschikbare aantal nieuwe medewerkers afneemt, stagneert de toestroom van nieuwe kennis. Ook overdracht van kennis tussen mensen en borging van kennis in organisaties is een punt van zorg.

#### *Veranderingen in het centraal stellen van betaald werk*

Andere levensdomeinen (vrije tijd, tijd voor gezin of studie) winnen aan belang. Met betrekking tot betaald werk heeft iedere medewerker verwachtingen die samenhangen met de persoonlijke levensomstandigheden. Er ontstaat meer behoefte aan levenslooparrangementen (werk gecombineerd met zorgtaken, studie, sport en hobby's). Medewerkers worden steeds zelfbewuster en stellen hun persoonlijke doelen gelijk aan de organisatiedoelen. Werknemers letten dan ook meer op de balans tussen geven en nemen.

#### *Flexibilisering van arbeidsrelaties*

Nieuwe flexibele contractvormen leiden tot marktachtige arbeidsrelaties (detachering of free agent/associé). Hierbij is de werknemer in dienst van een organisatie maar staat met één been in een andere organisatie. Het huidige organisatiedenken gaat echter nog steeds uit van een (grote) kern vaste medewerkers, zoals ook te zien is in tabel 5.2 Hieruit blijkt dat op dit moment gemiddeld 86% van de medewerkers binnen de zorg een vast dienstverband heeft. Naast het feit dat er in de nabije toekomst meer flexibele arbeidsrelaties zullen ontstaan zal ook de pluriformiteit van

die relaties toenemen (naast detachering en uitzendkracht bijvoorbeeld ook associërschap, samenwerkingsovereenkomsten, ZZP-ers e.d.). Hiermee heeft de werknemer meer ruimte voor zijn/haar combinatie werk/privé.

**Tabel 5.1 Percentage flexibel personeel binnen de verschillende branches van Zorg en WJK**

	Vaste dienst	Tijdelijk	Oproepkracht	ZZP	Alfahulp	Uitzendkracht	Totaal
Ziekenhuizen	90,1	5,2	3,6	0,1	0,0	0,9	100
GGZ	95,4	3,2	1,0	0,1	0,0	0,3	100
VVT	82,5	5,6	7,3	0,3	3,6	0,7	100
Gehandicaptenzorg	88,7	4,9	6,1	0,1	0,0	0,3	100
WMD	85,2	9,1	2,1	1,9	0,3	1,4	100
Jeugdzorg	81,7	9,8	7,7	0,2	0,0	0,6	100
Kinderopvang	72,9	17,2	8,3	0,9	0,0	0,8	100
Totaal	86,0	6,0	5,4	0,3	1,5	0,7	100

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

Ook voor werkgevers is het plezierig om naar gelang de behoefte aan arbeid, medewerkers te kunnen inzetten of juist niet op te roepen. Zo beweegt het (arbeids)aanbod met het wisselen van de zorgvraag mee.

#### *Ontwikkeling rondom ICT en arbeid*

ICT zal nog meer dan voorheen invloed krijgen op de aard van het werk en de kennisintensivering van de diensteneconomie. De gevolgen voor arbeid liggen onder andere op het vlak van de organisatie van het werk (zoals: logistieke processen, administratieve processen en informatie- & communicatievoorzieningen). Er ontstaat meer en meer een ontkoppeling van het werk met tijd en ruimte (telewerken en thuiswerken). Voor de zorg ligt dit beeld genuanceerder. De directe patiëntenzorg is locatiegebonden en minder onderhevig aan deze ontwikkeling, alhoewel er ook steeds meer sprake is van zorg op afstand. Zoals in hoofdstuk vier is aangegeven hebben ontwikkelingen rond robotica en telemedicine een duidelijk effect op de aard en inhoud van zorg en op de arbeidsproductiviteit.

#### *Samenwerken in de keten*

Volgens Kluijtmans (2008) worden organisaties en organisatievraagstukken steeds dynamischer. Er ontstaan ketens/netwerken van zorgverleners. Binnen de zorg is een duidelijke ontwikkeling te zien naar het verlenen van kleinschalige zorg vanuit grootschalige organisaties. Er komen steeds meer zorgcombinaties, bijvoorbeeld bestaande uit een ziekenhuis, verschillende verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en andere omringende zorgverlenende instanties. Ieder organisatieonderdeel kent van oudsher haar eigen dynamiek, structuur, wet- en regelgeving (CAO's) en worden op een abstracter niveau samengevoegd. Deze samenvoeging naar groot organiseren en klein werken zal onmiskenbaar invloed hebben op het huidige HR-beleid.

### 5.3.2 HR thema's

De hiervoor beschreven ontwikkelingen hebben effect op alle beleidsterreinen van HR, of het nu gaat om werving, selectie, personeelsplanning, inhoud en organisatie van het werk of arbeidsvoorwaarden en beloning. Wij hebben de effecten gesorteerd naar de verschillende HR terreinen: van werving en selectie tot en met arbeidsomstandigheden en gezondheid. Daarnaast hebben wij nog een aantal thema's geduid onder de noemer 'integratie van HR-beleid'.

#### 1. Werving, selectie en personeelsplanning

De veranderende samenstelling van de beroepsbevolking betekent ook dat er kansen liggen voor werkgevers om zich te richten op ouderen, arbeidsgehandicapten en allochtonen. De werkgever kan hier een actiever beleid in voeren zowel naar de eigen organisatie als de doelgroepen. Vanuit de gedachte van profilerend HR-beleid zal arbeidsmarktcommunicatie logischerwijs meer samenvallen met PR en marketing. Daarnaast is het van belang een lange termijn strategische personeelsplanning te ontwikkelen. Nu vindt planning veelal plaats op basis van kwantitatieve gegevens (formatie, aantal functies nu en straks). Medewerkers beschikken echter over specifieke kennis en deskundigheid. Deze kennis, kwaliteit en competenties vormen een sleutelrol bij het realiseren van organisatie-resultaten. Daarbij komt dat de kennis met het vertrek van de oudere medewerker verdwijnt. Vroegtijdig inspelen op deze ontwikkelingen zorgt ervoor dat er geen kwalitatieve problemen ontstaan binnen instellingen.

#### 2. Arbeidsvoorwaarden en beloning

De verschuiving in het belang van het werk naast andere levensdoelen en bezigheden vraagt om een gedifferentieerd HRM-beleid waarin individuele levenslooparrangementen en flexibele arbeidsvoorwaarden worden afgestemd op verschillende behoeften en verwachtingen per levensfase van de medewerker. Daarbij komt dat de hoeveelheid flexibele arbeidsrelaties toeneemt waarbij ook de vorm van deze relaties veelzijdiger wordt. Door het ontwikkelen van nieuwe contractvormen voor deze arbeidsrelaties (zoals netwerk, detachering, associéschap, ZZP, maar ook flexibiliteit binnen vaste overeenkomsten, e.d.) kunnen organisaties de medewerkers aan zich binden waarbij de medewerker ruimte houdt voor zijn/haar eigen invulling van levensterreinen. Daarbij komt dat de CAO steeds meer een brede basis CAO wordt waarin de kaders voor organisaties worden vastgelegd. Dat betekent dat er op instellingsniveau meer ruimte ontstaat voor invulling van de arbeidsvoorwaarden afgestemd op de eigen wensen en behoeften van de organisatie en haar medewerkers.

#### 3. Ontwikkeling, training en loopbanen

Medewerkers willen graag ruimte en mogelijkheden om zich te ontwikkelen. Daarnaast willen zij aangesproken worden op hun talenten. Anderzijds heeft de werkgever behoefte aan meer flexibiliteit in haar personeelsbestand. Daarbij komt dat met het vertrek van oudere medewerkers en de geringe instroom van nieuwe medewerkers kennis verloren dreigt te gaan. Voor werkgevers is het van belang vormen te vinden waarmee ten eerste sleutelkennis in kaart wordt gebracht en vervolgens kennis (tijdig) wordt overgedragen waardoor kennis zodoende binnen de organisaties gewaarborgd blijft. Het ontwikkelen van loopbaanpaden en het actief bevorderen van mobiliteit en inzet van talenten helpt beiden om een stap verder te komen.

#### 4. Arbeidsomstandigheden en gezondheid

De technologische veranderingen, maar ook de samenstelling van de beroepsbevolking, de vergrijzing en ontgroening vragen misschien nog wel meer dan voorheen aandacht voor een actief en preventief gezondheidsbeleid. Vraagstukken als fysieke en psychische belasting, verzuim en reïntegratie blijven hoog op de agenda staan.

### 5. Integratie HR-beleid

De fusies en samenwerkingsverbanden blijven groeien. Dat betekent grootschalige organisaties met een pluriform karakter. Een van de uitdagingen is om een weg vinden in een samenhangend, geïntegreerd beleid voor de totale organisatie die ruimte laat voor de eigenheid van de delen.

#### 5.4 Stand van zaken in de sector Zorg en WJK

Nu we het speelveld en de thema's voor de komende jaren hebben verkend, kijken we naar de huidige praktijk binnen de Zorg en WJK. Waar staan de instellingen nu, welke uitdagingen zien zij, welke thema's worden opgepakt en op welke wijze worden die thema's opgepakt? Voor dit onderdeel putten wij uit de Prismant werkgeversenquête 2009. Deze enquête is een monitor van knelpunten waar werkgevers tegen aan lopen en van de wijzen waarop zij die knelpunten oplossen. Bovendien geeft het rapport inzicht in het gevoerde beleid van organisaties in Zorg en WJK. Daarnaast hebben wij informatie gehaald uit het Prismant Werknemersonderzoek 2009. De resultaten laten een aantal opmerkelijke bevindingen zien. Opvallend is dat deze bevindingen voor de meeste sectoren binnen de sector Zorg en WJK gelijk zijn, met uitzondering van de sectoren Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening en de Kinderopvang. Daarin liggen de accenten verschillend van de overige sectoren, hetgeen verklaarbaar is door de gemiddelde omvang van de instellingen. (kleiner dan in de andere sectoren.)

##### 5.4.1 Ervaren knelpunten

In tabel 5.2 is een top-5 aan knelpunten weergegeven waarbij werkgevers moeilijkheden ervaren bij de uitvoering van het HR-beleid.

Van de werkgevers binnen de zorg geeft het merendeel (63,9%) aan het aantrekken van personeel als knelpunt te ervaren. Dit geldt voor een bijna even groot deel met betrekking tot de beheersing van de werkdruk (61,1%). Wanneer een vergelijking wordt gemaakt met de uitkomsten van 2007, dan is bovendien te zien dat deze knelpunten door werkgevers nu vaker worden genoemd. Andere knelpunten zijn de vergrijzing van het personeel, onvoldoende beschikbaarheid als gevolg van verlof of vakanties en de inzetbaarheid van het personeel.

Ook in de sector WJK worden het aantrekken van personeel (39,4%) en de beheersing van de werkdruk (44,6%) relatief het meest genoemd. Ten opzichte van 2007 wordt de beheersing van de werkdruk vaker als knelpunt ervaren, terwijl het aantrekken van personeel door een vergelijkbaar aantal werkgevers wordt genoemd. Een ander knelpunt dat relatief vaker wordt genoemd betreft de loonkosten. Dit was in 2007 23,3% en is nu door ruim 30% van de instellingen genoemd.

In de sectoren Zorg en WJK worden in de top-5 knelpunten veelal dezelfde punten genoemd. Wel is binnen WJK relatief een kleiner aantal werkgevers die deze punten noemt in vergelijking met werkgevers in de zorg en de volgorde in de top-5 van knelpunten verschilt. Wanneer men kijkt naar de afzonderlijke branches, zijn er verschillen te zien met betrekking tot het type knelpunten en het aantal werkgevers dat de betreffende knelpunten ervaart.

**Tabel 5.2 Top-5 knelpunten in 2007 en 2009 voor de sectoren zorg en welzijn**

Knelpunten	2007	2009
<b>Zorg</b>		
1. Het aantrekken van nieuw personeel	59,4%	63,9%
2. Beheersing van de werkdruk	52,2%	61,1%
3. Vergrijzing van het personeel	45,8%	59,4%
4. Onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/vakanties	44,5%	54,0%
5. Inzetbaarheid van het personeel	33,6%	45,5%
<b>WJK</b>		
1. Beheersing van de werkdruk	36,3%	44,6%
2. Het aantrekken van (nieuw) personeel	41,6%	39,4%
3. Onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/vakanties	31,6%	37,3%
4. Loonkosten	23,3%	30,3%
5. Vergrijzing van het personeel	25,1%	26,3%

Bron: Werkgeversenquête 2007 en 2009, Prismant

Uit het werknemersonderzoek blijkt dat ook voor de medewerkers het aantrekken van nieuwe medewerkers en de werkdruk als knelpunten worden ervaren. Daarnaast zijn zij gematigd positief over de leidinggevenden en de mate van zelfstandigheid in het werk. Wel zijn de medewerkers tevreden over de inhoud van het werk en de werkomstandigheden. De medewerkers ervaren weinig organisatiesteun en de betrokkenheid bij de organisatie is laag. Wanneer we kijken naar het organisatiebeleid valt op dat ongeveer driekwart van de medewerkers aangeeft op de hoogte te zijn van het organisatiebeleid, maar dat iets minder dan de helft van de medewerkers tevreden is met het gevoerde HR-beleid. Hier worden onder andere zaken genoemd als scholingsmogelijkheden, door-groei mogelijkheden, arbeidsomstandighedenbeleid en verzuimbeleid. Ondanks de ontevredenheid geeft bijna 82% van de medewerkers aan bij de werkgever te blijven en niet op zoek te zijn naar een andere baan. Van degene die wel op zoek zijn naar een andere baan is geen duidelijke reden gelegen in het gevoerde beleid binnen de organisatie. Men geeft aan toe te zijn aan iets anders.

Medewerkers hechten aan heldere regels en procedures en actuele en duidelijke informatie over het HR-beleid en de HR-regels en -instrumenten. Ook zijn steun van de leidinggevende en ontwikkelmogelijkheden (gebruik van eigen capaciteit) belangrijk voor hen. Werknemers hebben (ondanks de flexibiliseringstendens) nog steeds behoefte aan zekerheid. Wat verder duidelijk wijzigt is het gezagsaspect. Medewerkers willen meer invloed en betrokkenheid bij het werk en de inrichting van hun werk. Arbeidsomstandigheden, zoals werktijden, roosters en fysieke en psychische belasting blijken eveneens nog vaak op de lijst van aandachtspunten te staan.

De knelpunten die de werkgevers benoemen zijn abstracter dan de knelpunten die werknemers noemen. Daarnaast is duidelijk dat de genoemde knelpunten door zowel werkgevers als werknemers in het hier en nu liggen en er geen of nauwelijks oog is voor toekomstige ontwikkelingen.

#### 5.4.2 Maatregelen die worden genomen

Zowel in de zorg als in de WJK zijn, evenals voorgaande jaren, de beheersing van de werkdruk en het aantrekken van (nieuw) personeel de voornaamste knelpunten. Ten aanzien van het aantrekken van personeel worden vaak extra wervingsactiviteiten ingezet of wordt het zittend personeel door de instellingen zelf opgeleid. Andere knelpunten die regelmatig naar voren komen, zijn de vergrijzing van het personeel en onvoldoende beschikbaarheid van het personeel. In het eerste geval

bestaan maatregelen onder andere uit het extra aantrekken van jong personeel en het invoeren van levensfasegericht personeelsbeleid. Ten aanzien van de onvoldoende beschikbaarheid van het personeel worden vaak uitzendkrachten ingezet of worden roosters aangepast. Ten slotte is te zien dat ten opzichte van 2007 meer werkgevers met deze knelpunten te maken hebben. Wel zijn tussen branches verschillen te zien in zowel het type als het gewicht van de knelpunten. Opvallend is dat de ziekenhuizen de meeste knelpunten ervaren en de kinderopvang het minst. Ook het soort knelpunten verschilt tussen de branches. De meeste ziekenhuizen hebben problemen met het aantrekken van personeel, waarbij het waarschijnlijk om specifieke categorieën gaat. Opvallend is verder dat de momenteel sterkst vergrijzde branches, ggz en WMD, de vergrijzing niet het meest als probleem ervaren GGZ en Jeugd zorg worstelen met productiviteit en caseload per medewerker.

## Sector Zorg

**Tabel.5.3 Top-5 knelpunten en maatregelen in 2009 (tussen haakjes gegevens 2007)**

Knelpunten en maatregelen	% werkgevers
<b>1. het aantrekken van (nieuw) personeel</b>	<b>63,9% (59,4%)</b>
werving via andere wervingskanalen	49,8%
geen maatregelen genomen	45,8%
extra werving via het gebruikelijke wervingskanaal	41,8%
zelf opleiden van (nieuw) personeel	14,4%
aanpassen van arbeidsvoorwaarden	7,1%
<b>2. beheersing van de werkdruk</b>	<b>61,1% (52,2%)</b>
<b>3. vergrijzing van het personeel</b>	<b>59,4% (45,8%)</b>
geen maatregelen genomen	74,5%
extra aantrekken van jong personeel	18,1%
invoering levensfasegericht personeelsbeleid	16,7%
aanpassing takenpakket oudere medewerkers	13,6%
anders	4,0%
<b>4. onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/vakanties</b>	<b>54% (44,5%)</b>
geen maatregelen genomen	78,8%
inzetten uitzendkrachten	20,2%
aanpassing van roosters	11,3%
aanpassing individuele afspraken met medewerkers	8,4%
pool opgezet	3,7%
<b>5. inzetbaarheid van het personeel</b>	<b>45,5% (33,6%)</b>
geen maatregelen genomen	92,2%
herinrichting van het zorgproces	7,8%
aantrekken breder inzetbaar personeel	5,6%
anders	5,3%
bijscholing	4,7%

Bron: Werkgeversenquête 2007 en 2009, Prismant

## Sector WJK

Tabel.5.4 Top-5 knelpunten en maatregelen in 2009 (tussen haakjes gegevens 2007)

	% werkgevers
<b>1. beheersing van de werkdruk</b>	<b>44,6% (36,3%)</b>
2. het aantrekken van (nieuw) personeel	39,4% (41,6%)
geen maatregelen genomen	56,0%
extra werving via het gebruikelijke wervingskanaal	41,1%
werving via andere wervingskanalen	41,1%
aanpassen van arbeidsvoorwaarden	5,4%
anders	4,2%
<b>3. onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/vakanties</b>	<b>37,3% (31,6%)</b>
geen maatregelen genomen	66,0%
inzetten uitzendkrachten	26,4%
aanpassing individuele afspraken met medewerkers	13,2%
aanpassing van roosters	10,1%
pool opgezet	3,8%
<b>4. loonkosten</b>	<b>30,3% (23,3%)</b>
geen maatregelen genomen	93,8%
subsidie aanvragen	8,5%
anders	7,8%
extra aandacht voor het personeel	3,1%
roosterbeleid aanpassen	3,1%
<b>5. vergrijzing van het personeel</b>	<b>26,3% (25,1%)</b>
geen maatregelen genomen	80,4%
extra aantrekken van jong personeel	17,9%
invoering levensfasegericht personeelsbeleid	7,1%
anders	6,3%
aanpassing takenpakket oudere medewerkers	5,4%

Bron: Werkgeversenquête 2007 en 2009, Prismant

De kennis van de lokale arbeidsmarkt is over het algemeen goed. Men heeft het gevoel deze niet alleen te kennen maar ook redelijk goed te kunnen hanteren. Maar ten aanzien van ideeën over werving en selectie en de inzet van instrumenten in deze (competenties), is over het algemeen nog weinig ontwikkeld en toegepast. Dit is opmerkelijk, omdat juist hiervoor in de literatuur veel aandacht is.

Ook is gekeken naar de activiteiten die HR ontwikkeld heeft. Zo wordt in veel gevallen melding gemaakt van toepassing van functioneringsgesprekken in een duidelijke jaarlijkse beoordelingscyclus. Daarbij wordt goed gebruik gemaakt van functiebeschrijvingen en ander ondersteunend materiaal. Maar het verband tussen beoordelings- en beloningsbeleid wordt nog slechts weinig concreet toegepast. Dit is opmerkelijk, omdat dit in de huidige literatuur wel vaak wordt aangehaald. Opleidingen krijgt als onderwerp veel aandacht. Ook ziet men in dat de afdeling P&O daarin een taak heeft te vervullen. Dit sluit goed aan bij de huidige discussie die wordt gevoerd rond de inrichting van een leerhuis. In de praktijk zien we steeds meer dat P&O daarin wordt betrokken. Medewerkerstevredenheidsonderzoeken worden relatief veel gedaan. Ook wordt aangegeven dat de afdeling P&O betrokken wordt bij een eventueel traject dat na de resultaten daarvan volgt. Daarin wordt gepoogd 'iets met de uitkomsten te doen'. In de sectoren Welzijn & Maatschappelijke



Dienstverlening en Kinderopvang ligt het accent meer op de jaarlijkse functionerings- en beoordelingscyclus, op het arbo-beleid en op de interne doorstroom van personeel (vacaturebeleid) en minder op zaken als management development en leeftijdsbewust personeelsbeleid. Dit is verklaarbaar, gezien de geringere omvang van de instellingen die tot deze sectoren behoren.

Uit bovenstaande komt het beeld naar voren dat werkgevers wel degelijk knelpunten ervaren op het gebied van arbeidsmarkt en HR-beleid (zoals hierboven genoemd), maar behoudens werving en selectie er feitelijk nog weinig wordt gedaan om deze vraagstukken aan te pakken. Gemiddeld geeft zo'n 70 tot 80% van de instellingen aan nog geen instrumenten te hebben ontwikkeld en/of maatregelen te hebben genomen om bijvoorbeeld vraagstukken als werkdruk, vergrijzing of personeelsplanning aan te pakken.

### 5.5 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is over een langere horizon gekeken, voorbij de effecten van de kredietcrisis. Daarbij hebben wij een poging gedaan om de uitdagingen waar de zorgsector voor staat (zoals het aantrekken en behoud van personeel en slimmer werken) te koppelen aan de HR-praktijk. De hamvraag was welke bijdrage HR kan leveren bij het aanpakken van deze vraagstukken en uitdagingen.

Allereerst hebben wij onderzocht of een goed en intensief HR-beleid überhaupt effect heeft op de prestaties van een organisatie. Verschillende onderzoeken laten zien dat in het algemeen organisaties met een goed ontwikkeld en toegepast HR-beleid beter presteren dan organisaties die minder doen op dit gebied. Ook ons eigen praktijkonderzoek toont aan dat een intensief HR-beleid een positieve invloed heeft op werknemers, de werkorganisatie en de effectiviteit van de organisatie.

Vervolgens hebben we gekeken naar de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op organisaties en het te voeren het HR-beleid. Op basis van diverse uitgebreide toekomstverkenningen is een lijst samengesteld met de meest relevante ontwikkelingen voor HRM. Deze ontwikkelingen zoals de veranderende beroeps populatie, de betekenis van werk ten opzichte van andere levensinvullingen, de technologische ontwikkelingen, flexibilisering van arbeidsrelaties, de ketensamenwerking en de CAO-ontwikkelingen hebben invloed op de HR-agenda van de toekomst. Uit deze ontwikkelingen hebben wij een aantal thema's van werving, selectie tot integratie van het HR-beleid beschreven. Zo verschuift werving en selectie meer in de richting van marketing en PR en wordt imago op de arbeidsmarkt belangrijk. De nieuwe arbeidsrelaties vragen om flexibelere contractvormen en arbeidsvoorwaarden. De toename van het belang van andere levensinvullingen (zoals gezin, studie, hobby's) in plaats van werk, vraagt om meer maatregelen die afgestemd zijn op de individuele behoeften (zoals levenslooparrangementen). Bij ontwikkeling en opleiden speelt kennismanagement en talentmanagement een steeds grotere rol. De technologie zorgt voor nieuwe mogelijkheden zoals logistieke procesverbeteringen, informatie en communicatieverbetering, zorg op afstand en productiviteitsverhoging. Gezondheidsbeleid neemt (zeker door de nieuwe doelgroepen) meer dan voorheen een cruciale plek binnen het HR-beleid in. Door de decentralisatie van de CAO wordt de sociale dialoog binnen de organisatiemuren getrokken en geeft ruimte voor instellingseigen beleid en regels.

Tenslotte hebben we gekeken naar de stand van zaken binnen de zorgsector zelf. Uit de werkgeversenquête 2009 komt naar voren dat werkgevers wel degelijk knelpunten ervaren op het gebied van HR-beleid (zoals het aantrekken van personeel en de werkdruk). Maar behoudens werving en selectie zijn er feitelijk nog weinig maatregelen genomen om vraagstukken als werkdruk, vergrijzing of personeelsvoorziening aan te pakken. Bij de maatregelen die wel zijn genomen moet men den-

ken aan extra werving via het gebruikelijke wervingskanaal en het inzetten van uitzendkrachten. Er is geen strategisch lange termijn beleid rond deze vraagstukken. De conclusie is dat zorginstellingen de problemen wel zien maar er feitelijk weinig aan doen. Alle genoemde knelpunten door zowel werkgevers als werknemers uit de zorg liggen in het hier en nu. Er is niet of nauwelijks oog voor toekomstige ontwikkelingen.

De geschetste vergezichten en HR-instrumenten in 6.3 vormen de uitdagingen voor de HR-afdelingen om een wezenlijke bijdrage te kunnen leveren bij de vraagstukken waar de zorg en welzijnsinstellingen de komende jaren voor staan.



## **6. Verschillen in regionale vraag naar en aanbod van personeel**



## 6. Verschillen in regionale vraag naar en aanbod van personeel

### 6.1 Inleiding

De arbeidsmarkt kent een regionale dimensie: vraag naar en aanbod van arbeid ontmoeten elkaar in een bepaald geografisch gebied. Over het algemeen geldt, hoe hoger het opleidingsniveau is, hoe groter dit geografisch gebied. Er is dus geen sprake van eenduidig afgebakende regionale arbeidsmarkten. Omdat de vraag naar en aanbod van arbeid worden beïnvloed door een complex van factoren, kunnen regionale arbeidsmarkten sterk van elkaar verschillen. Ook de regionale verscheidenheid op de arbeidsmarkt van zorg en welzijn is groot. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op verschillende factoren die deze regionale verscheidenheid beïnvloeden.

We kijken naar arbeidsmarktvereenkomsten (en –verschillen) tussen de regio's en gaan in op de factoren die voor de regionale verscheidenheid in de arbeidsmarkt van Zorg en WJK zorgen. We gaan eerst in op de vraag wanneer er sprake is van een regionale arbeidsmarkt. Daarna gaan we in op de achterliggende factoren: factoren die de regionale vraag beïnvloeden en factoren die het aanbod van arbeid beïnvloeden. Op grond van de beschikbare informatie komen we tot een clustering van (overeenkomstige) regio's. Dit levert een indeling op van de mate van vraag enerzijds en de mate van arbeidsaanbod anderzijds. Vervolgens kijken we naar de verwachtingen voor de toekomstige ontwikkelingen in deze clusters en regio's. Zijn er regionale verschillen bij ontwikkelingen in vraag en aanbod van personeel in Zorg en Welzijn op de langere termijn?

### 6.2 Regionale arbeidsmarkt

De meest gebruikelijke methode om arbeidsmarkten te definiëren is om uit te gaan van pendelstromen en migratie. Regio's worden dan zó afgebakend dat er minimale pendelstromen zijn. Een probleem is wel dat een en ander afhankelijk is van de doelgroep: hoe hoger opgeleid, hoe groter de arbeidsmarkt is. Ook geldt: hoe meer arbeidstijd, hoe groter de afstand waarover men bereid is te reizen en hoe groter het geografische gebied van de arbeidsmarkt is. Het regionale belang van de arbeidsmarkt is relatief groot voor vrouwen, jongeren en lager opgeleiden, die allen minder mobiel zijn. Indien regionaal arbeidsmarktbeleid gewenst is, zou het dus efficiënt zijn om dit beleid te richten op deze groepen. We concluderen hiermee dat als het om personeelsvoorziening in zorg en welzijn gaat, er sprake is van regionale arbeidsmarkten, maar dat de (geografische) omvang van dergelijke arbeidsmarkten kan verschillen, afhankelijk van de groep die in het geding is. Voor dit hoofdstuk hanteren we een regio-indeling die gebaseerd is op de samenwerkingsverbanden van zorginstellingen die in het verleden ontstaan zijn. Deze regio-indeling is geënt op de RBA indeling van de toenmalige Arbeidsvoorzieningsorganisatie.

### 6.3 Achterliggende factoren

De vraag naar en het aanbod van arbeid in Zorg en WJK worden door een complex van factoren beïnvloed. Hoewel de factoren niet altijd precies zijn te kwantificeren, is het voor regio's wel van belang om deze factoren te duiden. Ze geven namelijk zicht op de achterliggende oorzaken van een hoge of lage vraag naar arbeid in Zorg of WJK, of op een hoog of laag aanbod van arbeid. Dit kan zicht bieden op de toekomstige ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van arbeid in zorg en WJK en kan aanknopingspunten bieden voor regionaal beleid. We zetten daarom een aantal belangrijke factoren op een rij.

#### 6.3.1 Factoren die de vraag naar arbeid beïnvloeden

De vraag naar arbeid in Zorg en WJK wordt in hoge mate beïnvloed door de vraag naar zorg en diensten op het gebied van WJK.

### *De achtergrond bij de vraag naar Zorg en WJK*

Of iemand al dan niet gebruik maakt van de gezondheidszorg, wordt vooral bepaald door de gezondheidstoestand (zie onder andere Boelema, Groothoff en Post, 1994; Kooijker en Mootz, 1996). Deze gezondheidstoestand wordt onder andere beïnvloed door demografische factoren. Hoe ouder, hoe groter de kans dat de gezondheidstoestand verslechtert. Verder is er een verband tussen een lage sociaaleconomische status (SES) en een minder goede gezondheid (van der Meer e.a., 1993; Lindert et al., 2004; Schrier e.a., 2005). Dit geldt ook voor stedelijkheid: niet-stedelingen leven over het algemeen gezonder dan stedelingen (Lindert et al., 2004). Bij de jeugdzorg ligt het hebben van opgroei- of opvoedproblemen aan de basis van de vraag. Het SCP benoemt een vijftal risicofactoren die de kans dat iemand in aanraking komt met jeugdzorg, vergroten: het kind is een jongen; het kind is laag opgeleid; het gezin is niet-westers allochtoon; het gezin heeft één ouder; het gezin heeft een laag inkomen (SCP, 2007). De behoefte aan kinderopvang is sterk gerelateerd aan de participatiegraad van vrouwen. Deze participatiegraad en het gebruik van kinderopvang hangen sterk samen met opvattingen van moeders over werken en zorg voor kinderen en met de normen en waarden van de omgeving. Daarnaast is er een verband met het potentiële uurloon en opleidingsniveau (Ooms et al., 2007).

Gezien de diversiteit van de branche welzijn & maatschappelijke dienstverlening, is het lastig om de achterliggende factoren te benoemen die de vraag naar welzijn en maatschappelijke dienstverlening beïnvloeden.

### *Van behoefte naar vraag en gebruik*

Gezondheidsklachten, problemen bij de opvoeding of behoefte aan kinderopvang, hoeven niet te leiden tot een gearticuleerde vraag. En een vraag die wel geuit wordt, hoeft niet te leiden tot hetzelfde gebruik van zorg of welzijn. Naast individuele factoren zoals aard van de vraag en de mogelijkheden die iemand heeft, spelen hierbij ook externe factoren mee. Dit zijn onder andere de beschikbaarheid van zorg- of welzijnsdiensten, de organisatie van zorg en welzijn, de financiering, maar ook de opvattingen over en kennis van de sociale omgeving en de maatschappij als geheel (Kleinmeulman, 1997).

### *Achtergrond van regionale verschillen in de vraag naar zorg en welzijn*

Daar waar de hier genoemde factoren een regionale component hebben, kunnen ze bijdragen aan het verklaren van regionale verschillen in de vraag naar Zorg en WJK en de daarmee gepaard gaande vraag naar arbeid. Daar kan nog een factor aan worden toegevoegd: de spreiding van zorginstellingen over het land. Deze houdt lang niet altijd verband met de vraag naar zorg van de bevolking van die regio. Denk hierbij aan instellingen voor verstandelijk gehandicapten en academische ziekenhuizen. Deze instellingen genereren echter wel vraag naar arbeid. Daarnaast is nog een aantal kanttekeningen te plaatsen: de invloed van de genoemde factoren is lang niet altijd te kwantificeren en consistente regionale gegevens over deze factoren ontbreken vaak. Verschillende factoren liggen bovendien in elkaars verlengde. Zo is er overlap tussen SES en factoren als eenoudergezin en gezinnen met een laag inkomen. Andere factoren werken juist tegengesteld in de vraag naar zorg of welzijn. Bijvoorbeeld: in regio's met veel ouderen is de zorgvraag waarschijnlijk hoger, terwijl de vraag naar kinderopvang lager zal zijn. Verder is de regionale gezondheidstoestand van de bevolking meer bepalend voor de totale vraag naar arbeid in de sector zorg en welzijn dan de risicofactoren die de kans beïnvloeden dat iemand in aanraking komt met jeugdzorg.

## **6.3.2 Factoren die het aanbod van arbeid beïnvloeden**

Ook bij het aanbod van arbeid is een groot aantal factoren in het geding die de omvang beïnvloeden. Deze aanbodfactoren zijn al regelmatig in diverse RegioMarge publicaties aan de orde geweest

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

(RegioMarge 2007, 2008 en 2009). De leeftijdsopbouw in een regio is een belangrijke factor. Veel inwoners tussen 15 en 65 jaar betekenen een grote potentiële beroepsbevolking. Daarnaast spelen verschillen in de participatiegraad van vrouwen een belangrijke rol (Van Dijk e.a.). De aanwezigheid van veel werkgelegenheid lokt vaak ook arbeidsaanbod uit. In dit verband speelt de ligging ten opzichte van de belangrijkste economische centra in ons land een rol: UWV Werkbedrijf (2009) maakt in zijn arbeidsmarkt-analyses onderscheid naar ligging ten opzichte van de Randstad. Andersom is het echter ook zo dat een groot arbeidsaanbod werkgelegenheid aantrekt (Verkade et al., 2007). Dit zal voor het werk in Zorg en WJK minder spelen (de vestigingsplaats van een peuterspeelzaal wordt eerder bepaald door vraag naar kinderopvang dan door het aanbod van pedagogisch medewerkers). Wel is het zó dat in een regio waar veel werkgelegenheid buiten Zorg en WJK is, de sector meer zal moeten concurreren om arbeidskrachten dan in een regio waar minder werkgelegenheid buiten Zorg en WJK is. Andere factoren die het aanbod van arbeid in de sector Zorg en WJK beïnvloeden, worden in hoofdstuk 3 benoemd. Dit zijn onder andere de deeltijdfactor en de aantrekkingskracht van de sector.

#### **6.4 Clustering van regio's op basis van vraag naar en aanbod van arbeid**

Zoals in het voorafgaande besproken, zijn er veel indelingscriteria voor regio's mogelijk. Twee basale criteria zijn of er sprake is van veel of weinig vraag naar Zorg en WJK en of er sprake is van een ruim of krap arbeidsaanbod op de arbeidsmarkt. De vraag naar Zorg en WJK in een regio is moeilijk in één getal te vangen. Een mooie operationalisatie zouden de uitgaven aan Zorg en WJK per hoofd van de bevolking zijn. Helaas bevatten de Zorgrekeningen van het CBS geen regionale component en geen gegevens over WJK. Daarom hebben we er hier voor gekozen om de omvang van de vraag naar Zorg en WJK uit te drukken in fte's werkzaam in de sector. Dit gegeven relateren we vervolgens aan de omvang van de bevolking. In Nederland is er gemiddeld sprake van 4,1 fte in Zorg en WJK per 100 inwoners. Regionaal loopt dit uiteen van 5,2 in Midden IJssel tot 2,3 in Flevoland, dat voor veel voorzieningen op het omliggende vasteland is aangewezen en bovendien een jonge bevolking heeft (zie Tabel 6.1).

De ruimte op de arbeidsmarkt hebben we gedefinieerd aan de hand van de participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt. Hoe hoger de participatiegraad, hoe geringer de mogelijkheden om het aanbod te laten toenemen. We kiezen voor vrouwen omdat de overgrote meerderheid van werkenden in de sector vrouw is. De participatiegraad loopt uiteen van 53,6% in Zuid Limburg tot 62,6% in Amsterdam en omgeving (zie Tabel 6.1).



**Tabel 6.1 Het aantal fte's in Zorg en WJK per 100 inwoners, de participatiegraad van vrouwen (procenten) en het aandeel werkenden in Zorg en Welzijn (procenten)**

	Aantal fte Zorg en Welzijn per 100 inwoners	Participatiegraad van vrouwen in %	% werkenden in Zorg en Welzijn t.o.v. totale werkgelegenheid
Groningen	4,4	54,8	19,1
Friesland	3,6	57,5	17,3
Drenthe	4,3	56,9	17,3
IJssel-Vecht	4,2	58,4	15,8
Twente	3,7	58,4	14,9
Midden-IJssel	4,8	58,6	16,1
Veluwe	4,0	56,1	15,5
Arnhem/Oost-Gelderland	3,8	59,0	14,6
Nijmegen/Rivierenland	5,1	59,5	19,4
Flevoland	2,3	59,4	11,8
Utrecht	4,9	62,5	14,4
Het Gooi en Vechtstreek	3,7	59,5	13,7
Noord-Holland Noord	3,3	60,2	14,4
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	4,7	62,6	11,8
Kennemer-/Amstel- en Meerlanden	4,0	62,6	11,8
Rijnstreek	3,9	60,8	16,8
Haaglanden	4,3	59,9	12,4
Drechtsteden	4,1	57,4	14,5
Rijnmond	4,4	57,4	14,5
Zeeland	3,6	54,9	16,7
West-Brabant	3,8	60,8	14,0
Midden-Brabant	3,8	60,1	13,1
Noordoost Brabant	4,0	60,0	13,2
Zuidoost Brabant	4,1	58,4	12,6
Noord- en Midden-Limburg	4,1	57,3	14,0
Zuid-Limburg	4,6	53,6	17,0
Nederland	4,1	59,1	14,5

Bron: CBS

Tussen de omvang van de vraag naar Zorg en WJK en de participatiegraad van vrouwen bestaat geen verband. Verhoudingsgewijs veel zorgvraag in een regio leidt dus niet tot een grotere participatiegraad van vrouwen. Verder leidt veel zorgvraag in de praktijk ook niet tot een groot aandeel werkenden in Zorg en Welzijn op de regionale arbeidsmarkt. Dit komt omdat er zowel regio's met veel arbeidsaanbod als met weinig arbeidsaanbod zijn die een grote zorgvraag kennen.

In onderstaand schema zijn de regio's op het aspect hoge/lage zorgvraag en veel/weinig potentieel 'onbenut' arbeidsmarktaanbod (op basis van huidige participatiegraad van vrouwen) geordend. Veel zorgvraag en consumptie, en een krappe potentiële arbeidsmarkt vinden we in drie grootstedelijke regio's: Amsterdam, Haaglanden en Utrecht. Het verklaart waarom zich hier het snelst tekorten voordoen wanneer de arbeidsmarkt krappere wordt. Opmerkelijk is dat Rijnmond buiten deze groep valt. De zorgvraag per 100 inwoners ligt daar zelfs iets onder het landelijk gemiddelde. De andere regio's hebben te maken met een ruimer potentieel aanbod (een lagere participatiegraad) en/of de

zorgvraag is minder omvangrijk, waardoor het krapper worden van de arbeidsmarkt minder snel gevoeld wordt dan in de drie grootstedelijke regio's.

Veel zorgconsumptie in een ruime potentiële arbeidsmarkt vinden we in regio's waar zich vroeger veel ggz- en gehandicapteninstellingen vestigden ("zandgronden"): Nijmegen ("Health city"), Zuid-Limburg, Drenthe en Groningen. Dit zijn dan ook regio's met een groot beslag door Zorg en WJK op de regionale arbeidsmarkt: het aandeel werkenden in Zorg en WJK is daar groot. Een relatief lage zorgvraag en een krap potentieel arbeidsaanbod kennen Kennemerland en Noordoost- en Zuidoost Brabant. Een lage zorgvraag in een arbeidsmarkt met een ruim potentieel arbeidsaanbod komen we tegen in de periferie: Noord Holland Noord, Zeeland, Friesland Rijnstreek en Flevoland.

De overige, niet genoemde regio's scoren min of meer gemiddeld. Het toedelen aan een bepaald segment zou ten onrechte de indruk wekken dat ze een afwijkende zorgvraag of arbeidsaanbod kennen.

**Figuur 6.1 Regio's naar mate van zorgvraag en potentieel 'onbenut' personeelsaanbod**

	Krapper potentieel arbeidsaanbod	Ruim potentieel arbeidsaanbod
Grote zorgvraag	Utrecht Amsterdam Haaglanden	Nijmegen/Rivierenland, Zuid-Limburg Drenthe Groningen
Geringe zorgvraag	Noord Holland Noord, Kennemerland, NO Brabant, Midden Brabant	Zeeland, Friesland, Flevoland

#### *Unieke regio's*

In de voorgaande paragraaf zijn factoren beschreven die van invloed zijn op de vraag naar zorg en welzijnsdiensten. De regio's in het bovenstaande schema kunnen op verschillende factoren met elkaar vergeleken worden. Uit die vergelijking blijkt dat verschillende factoren gezamenlijk bepalen of een regio een grote of een geringe zorgvraag kent en ook dat de regio's duidelijk van elkaar verschillen op dit terrein.

#### *Regio's met een hoge zorgvraag*

Om te beginnen met een aantal regio's met een hoge zorgvraag: in de regio Utrecht werkt een relatief groot aandeel van de werkenden (uitgedrukt in fte's) in de sector Zorg en WJK. De vraag is in hoeverre dit verklaard kan worden door een minder goede gezondheid van de bevolking in deze regio (met behulp van factoren als gezondheidstoestand, demografische variabelen, ses en stedelijkheid). In de stad Utrecht rapporteren meer mensen een minder goede ervaren gezondheid dan landelijk gemiddeld, in het ommeland juist minder. Ditzelfde geldt voor de lichamelijke beperkingen (bij de bevolking van 12 jaar en ouder, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht). De regio heeft in vergelijking met andere regio's geen hoger aandeel ouderen en scoort vrij gemiddeld wat betreft ses (hier achter ligt wel weer een verschil tussen stad en ommeland). Een minder goede gezondheid lijkt dus niet de enige verklaring te zijn voor de hoge zorgvraag. In de regio Utrecht zijn echter meerdere ziekenhuizen met een bovenregionale functie gevestigd, hetgeen een hogere vraag naar arbeid in de zorg veroorzaakt.

Twee geheel andere regio's zijn Groningen en Zuid-Limburg. Factoren die bij kunnen dragen aan het hoge zorggebruik in deze regio's zijn het relatief hoge aandeel mensen die een minder goede gezondheid ervaren en (in samenhang daarmee) het relatief hoge aandeel mensen met lichamelijke beperkingen. De ses in Groningen is lager dan landelijk gemiddeld, terwijl in Zuid-Limburg de ver-

grijzing verder is gevorderd dan landelijk. Daarnaast is in beide regio's een academisch ziekenhuis met een bovenregionale functie gevestigd.

Tot slot nog de regio Nijmegen/Rivierland: er lijkt hier geen sprake te zijn van een minder goede gezondheidstoestand van de bevolking. In vergelijking met landelijk zijn er in deze regio minder mensen die een minder goede ervaren gezondheid rapporteren. De vergrijzing is niet noemenswaardig hoog en ook wat betreft de ses springt de regio er niet uit. In een deel van de regio zijn er wel relatief veel mensen met een lichamelijke beperking. Dit hangt samen met een relatief hoog aantal plaatsen voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking in deze regio, hetgeen met de historische spreiding van deze instellingen in Nederland te maken heeft. Dit heeft invloed op de vraag naar arbeid in de zorg.

#### *Regio's met een lage zorgvraag*

In de provincie Brabant zijn drie regio's te vinden die een lage zorgvraag kennen (i.c. waar het aantal fte in Zorg en WJK, laag is ten opzichte van de totale bevolking). Deze drie regio's scoren bovengemiddeld wat betreft de ervaren gezondheid, hetgeen tot deze lagere zorgvraag kan leiden. De vergrijzing is niet ver gevorderd en de ses is gemiddeld. Wel zijn er in Noordoost- en Midden-Brabant relatief veel instellingen voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking gevestigd, hetgeen ook blijkt uit het hogere aandeel mensen met een lichamelijke beperking in deze twee regio's. De regio Flevoland heeft een geringe zorgvraag. Desondanks scoort deze regio wat betreft de ervaren gezondheid iets onder het gemiddelde en wonen er meer mensen met een lichamelijke beperking. Daar staat tegenover dat de vergrijzing minder ver is gevorderd. De ses verschilt sterk binnen de regio. In deze regio zijn echter relatief weinig voorzieningen gevestigd, hetgeen bijdraagt aan een lagere vraag naar arbeid in de zorg. Tot slot de regio Friesland. De zorgvraag is er laag (althans, het aantal fte in Zorg en WJK). Op de ervaren gezondheid scoort de regio wat boven het gemiddelde, terwijl er juist minder mensen met lichamelijke beperkingen wonen dan gemiddeld. De vergrijzing daarentegen is in sommige delen van de regio vrij ver gevorderd, terwijl de regio ook wat betreft ses gemiddeld lager scoort dan landelijk.

#### *Samenvattend*

Hoewel er een typologie van de regio's is te maken naar zorgvraag en potentieel arbeidsaanbod, bestaan er verschillen in de achterliggende factoren die de zorgvraag en het zorgaanbod beïnvloeden. Deze achterliggende factoren kunnen iets zeggen over de ontwikkelingen die te verwachten zijn en invloed hebben op regionaal beleid. Daarbij is een belangrijke vraag of de gepresenteerde typering ook voor de toekomst relevant is. Hoe ontwikkelt de beroepsbevolking en de vraag naar zorg zich de komende jaren in de verschillende regio's?

### **6.5 Hoe ziet de toekomst er uit?**

Verschillende factoren beïnvloeden de vraag naar Zorg en WJK. Demografie is voor de vraag naar zorg wellicht de belangrijkste. Bovendien zijn veel meer kwantitatieve gegevens aanwezig over het gebruik van zorg naar leeftijd en geslacht, dan naar ses of stedelijkheid. Kwantitatieve gegevens over het gebruik van welzijnsdiensten (inclusief jeugdzorg en kinderopvang) naar bijvoorbeeld demografische factoren, risicofactoren om in aanraking te komen met jeugdzorg of gebruik van kinderopvang zijn niet voorhanden. In deze paragraaf wordt de verwachte toekomstige vraag naar arbeid in Zorg en WJK daarom benaderd aan de hand van ontwikkelingen in de vraag naar zorg op basis van demografische factoren. De verwachte ontwikkeling van de zorgvraag in een regio kunnen we indiceren door na te gaan wat voor demografische ontwikkeling er geprognosticeerd wordt. Veronderstellen we een gelijkblijvende consumptie naar leeftijd en geslacht, dan kunnen we op grond van de ontwikkeling in de demografie de toekomstige zorgvraag berekenen. Naast demo-

grafie spelen ook intensivering van de zorg en trendmatige ontwikkelingen een rol. Doorgaans heeft de helft van de groei een demografische achtergrond (GiT, 2001).

Tussen 2008 en 2025 neemt de zorgvraag landelijk met 21,6% toe, alleen al op grond van demografische ontwikkelingen (zie tabel 6.2). Regionaal zijn er aanzienlijke verschillen: in het ontwikkelende Zuid-Limburg neemt deze met 8,7% toe tot een groei van 30% in Midden Brabant en Noord Holland Noord en 80% in het qua omvang sterk groeiende Flevoland. Voor de arbeidsmarkt is van belang hoe het arbeidsaanbod zich de komende jaren ontwikkelt. Tabel 6.2 laat zien dat tegenover 16,6% krimp in Zuid Limburg in de periode 2008-2025 een groei van 14,8% in Flevoland staat. Landelijk is er sprake van een krimp van 2,4%<sup>8</sup>.

De gevonden clusters (zie het schema in paragraaf 6.4) zijn in hun toekomstperspectief lang niet altijd homogeen. Vrijwel alle clusters kennen regio's waarin de beroepsbevolking sneller daalt en de zorgvraag sneller stijgt dan gemiddeld in Nederland of juist andersom. Door de groei in de zorgvraag te delen door de groei in de beroepsbevolking, is een index te berekenen<sup>9</sup>. In het cluster 'grote zorgvraag' en 'krap potentieel arbeidsaanbod' (de drie grootstedelijke gebieden) kennen alle drie de regio's een gematigde uitkomst op deze index. Regio's met een nu geringe zorgvraag laten vaak een hogere uitkomst zien op de index, ongeacht of men een groot of beperkt arbeidsaanbod kent. Er lijkt derhalve sprake van een nivellerende tendens als alleen demografische factoren een rol spelen.

<sup>8</sup> Het CPB komt bij haar onlangs gepresenteerde raming op een stabilisering. Helaas bevat deze raming geen regionale component. Daarom gebruiken we de oudere raming van Derks cs.

<sup>9</sup> Index omvang zorgvraag 2025 (2008=100)/index omvang beroepsbevolking 2025 (2008=100) – 1. Een positieve uitkomst geeft aan dat de zorgvraag harder stijgt dan de beroepsbevolking.

**Tabel 6.2 De ratio index zorgvraag 2025/ index arbeidsaanbod 2025 en het aandeel MBO-ers dat momenteel voor een zorg of welzijnsopleiding kiest.**

	Index toekomst zorgvraag in 2025 (2008=100)	Index toekomst beroepsbevolking 2025 (2008=100)	Ratio toekomst zorgvraag/ toekomst arbeidsaanbod	% Onderwijs ZW
Flevoland	180,0	114,8	0,57	23,9
Noord- en Midden-Limburg	125,2	85,7	0,46	25,3
Noord-Holland Noord	130,0	92,5	0,41	23,9
Noordoost-Brabant	125,7	91,9	0,37	21,1
Drenthe	120,9	89,3	0,35	24,6
Zuidoost-Brabant	129,3	95,8	0,35	21,8
Midden-Brabant	130,0	97,0	0,34	20,6
Rijnstreek	123,9	92,9	0,33	24,2
West-Brabant	121,9	92,4	0,32	20,9
Zuid-Limburg	108,7	83,4	0,30	26,4
Het Gooi en Vechtstreek	109,4	85,0	0,29	22,1
Zeeland	117,9	91,3	0,29	23,9
Nijmegen/Rivierenland	124,9	97,7	0,28	23,0
Arnhem/Oost-Gelderland	118,2	95,6	0,24	22,6
Friesland	115,6	93,1	0,24	24,9
Twente	119,4	96,9	0,23	25,5
Midden-IJssel	120,3	98,6	0,22	24,8
Utrecht	128,6	105,2	0,22	22,6
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	129,5	106,9	0,21	23,2
Drechtsteden	117,9	98,4	0,20	23,6
IJssel-Vecht	123,3	103,2	0,20	26,0
Kennemer-/Amstel- en Meerlanden	118,0	99,3	0,19	20,6
Veluwe	117,0	98,2	0,19	24,4
Haaglanden	122,5	104,3	0,17	23,1
Groningen	113,1	98,4	0,15	25,2
Rijnmond	112,2	100,2	0,12	24,7
Nederland	121,6	97,6	0,25	23,6

Bron: CBS, Cfi en Prismant

## 6.6 Inspelen op de ontwikkelingen: mogelijkheden voor regionaal beleid

De regionale ontwikkelingen in vraag naar en aanbod van arbeid verschillen per regio. Analyse van zowel de vraag- als de aanbodkant levert informatie op over deze ontwikkelingen. Hierboven is naar de vraagkant gekeken op basis van de demografie. Deze factor is wellicht de belangrijkste als het gaat om ontwikkelingen in de zorgvraag. Een verdere detaillering zou plaats kunnen vinden door ook te kijken naar de factoren die de vraag naar welzijn, kinderopvang en jeugdzorg beïnvloeden (hoewel de vraag naar arbeid in de sector WJK geringer is dan in de sector zorg en de totale vraag naar arbeid in zorg en WJK dus sterker beïnvloed wordt door ontwikkelingen in de zorg). Ontwikkelingen in de aanbodkant zijn benaderd met behulp van ontwikkelingen in de beroepsbevolking. Een verdere analyse van de factoren die het aanbod van arbeid beïnvloeden, geeft meer inzicht in de regionale mogelijkheden om de aanbodkant te beïnvloeden. Een belangrijk aspect hierin is de participatiegraad van vrouwen (zie ook paragraaf 6.4). Als deze participatiegraad laag is, kan geprobeerd worden deze te verhogen, hetgeen tot extra aanbod kan leiden van arbeid voor Zorg en WJK. Als het aandeel werkenden dat in Zorg en WJK werkt laag is, kan gedacht worden aan het aantrekken en omscholen van werkenden uit andere bedrijfstakken (beroepsveranderaars). Bij werkloosheid in de regio speelt de vraag of het mogelijk is om werklozen aan te trekken die na scholing een bijdrage kunnen leveren. De zorg heeft ruime ervaring met scholing en de verwachte werkloosheid (op korte termijn) onder laaggeschoolden is volgens het UWV Werkbedrijf groot. Er kan ook naar andere doelgroepen gekeken worden: hoe is het aandeel van allochtonen op de regionale arbeidsmarkt en hoe zit het met de vertegenwoordiging van deze groepen op de arbeidsmarkt in Zorg en WJK? Verder kan gekeken worden naar de extra arbeid die doorwerkbeleid op kan leveren.

Een belangrijke vraag is ook hoe de toenemende vraag naar zorg zich verhoudt met de belangstelling van bewoners om in de zorg te gaan werken. We kunnen hier een indicatie voor krijgen aan de hand van de belangstelling voor beroepsopleidingen in een regio. We beperken ons hier tot het MBO, waar de "bulk" van de werknemers vandaan moet komen. We zien dat regio's met een groot potentieel aan groei van de zorgvraag op dit moment soms veel meer dan gemiddeld, maar soms ook beduidend minder dan gemiddeld belangstelling voor beroepsopleidingen in Zorg en WJK laten zien (tabel 6.2). Met name de vier Brabantse regio's vallen in dit verband op: een veel harder dan gemiddeld groeiende zorgvraag ten opzichte van de beroepsbevolking en een veel minder dan gemiddelde belangstelling voor Zorg en WJK opleidingen op MBO-niveau. Drie van deze regio's kennen een ruim arbeidsaanbod. Blijft staan dat er meer belangstelling moet komen, hetzij van scholieren, hetzij van mensen die van beroep willen veranderen om in de toekomstige vraag naar arbeid te voorzien.

Het vraagt een strategische keuze om voor één of meer opties te kiezen. Wat een goede keuze is, is afhankelijk van de zorg en welzijnsdiensten die men wil leveren, het beroep waar het om gaat en de specifieke regionale mogelijkheden. Het gaat er vooral om dát men een bewuste keuze maakt.

## 6.7 Samenvatting

De arbeidsmarkt in Zorg en WJK kent een regionale component. De problematiek van deze regionale arbeidsmarkt verschilt per beroepsgroep. In dit hoofdstuk hebben we de bestuurlijke regio's in de zorg als uitgangspunt genomen. Het hoofdstuk richt zich op de factoren die de vraag naar en het aanbod van arbeid op regionaal niveau beïnvloeden en gaat in op de regionale confrontatie van vraag en aanbod nu en in de toekomst.

De belangrijkste factor die het gebruik van zorg beïnvloedt, is iemands gezondheid. Gezondheid vertoont weer verbanden met leeftijd en geslacht, sociaaleconomische status en stedelijkheid. Bij de jeugdzorg liggen opgroei- en opvoedproblemen aan de basis van de vraag, terwijl bij de kinderopvang de vraag gerelateerd is aan de participatiegraad van vrouwen en aan de opvattingen van moeders over het combineren van werken en zorg voor kinderen. Voor welzijn is het, gezien de diversiteit van de branche, lastiger om te duiden welke factoren de vraag beïnvloeden. Aan de aanbodkant is de participatiegraad van vrouwen een belangrijke factor. Daarnaast kunnen de leeftijdsopbouw van de bevolking en de aanwezigheid van werkgelegenheid in een regio genoemd worden. Een kwantificering van de invloed van de factoren die de vraag naar en aanbod van arbeid in Zorg en WJK beïnvloeden, ontbreekt deels. Het is voor regionaal beleid echter wel van belang om deze factoren te duiden.

Op basis van de relatieve vraag naar Zorg en WJK (indicator fte Zorg en WJK per 100 inwoners) en krapte op de arbeidsmarkt (hoogte van de participatiegraad van vrouwen) zijn de regio's te karakteriseren. Eén groep wordt gevormd door regio's met op dit moment verhoudingsgewijs veel vraag naar zorg en welzijn en een krap potentieel arbeidsaanbod (Utrecht, Amsterdam en Haaglanden). De andere regio's hebben te maken met een ruimer potentieel aanbod (een lagere participatiegraad) en/of de zorgvraag is minder omvangrijk, waardoor het krappere worden van de arbeidsmarkt minder snel gevoeld wordt dan in de drie grootstedelijke regio's. Regio's met een beperkte vraag naar Zorg en WJK en een relatief ruim potentieel arbeidsaanbod (Zeeland, Friesland en Flevoland) zullen de minste problemen kennen.

Op dit moment zijn er weinig problemen bij vraag en aanbod op de arbeidsmarkt, behoudens bij een paar specifieke beroepsgroepen. De vraag is wat de vooruitzichten zijn op de langere termijn. Een indicatie van spanning op de arbeidsmarkt van Zorg en WJK op de lange termijn verkrijgen we door na te gaan in welke mate de vraag naar zorg (op demografische gronden) harder groeit dan de beroepsbevolking in een regio. We hanteren als tijdshorizon het jaar 2025. De discrepantie is het grootst in Flevoland, Noord- en Midden Limburg, Noord Holland Noord, Noordoost Brabant, Drenthe, Zuidoost Brabant, Midden Brabant, Rijnstreek en West Brabant. De voornoemde drie grootstedelijke regio's steken in dit lange termijn perspectief juist gunstig af. Als alleen demografische factoren een rol spelen zal de situatie op de regionale arbeidsmarkten meer op elkaar gaan lijken.

Een verdere analyse van de factoren die de aanbodkant van de arbeidsmarkt beïnvloeden, kan aanknopingspunten bieden voor regionaal beleid. Bij een verwachte krappe arbeidsmarkt voor Zorg en WJK, kan gekeken worden naar onder andere de participatiegraad van vrouwen, de mogelijkheid om mensen uit andere sectoren aan te trekken, nieuwe doelgroepen te interesseren, de mogelijkheid om de interesse voor het werk in Zorg en WJK te vergroten. Regio's (de vier Brabantse) die nu een verhoudingsgewijs geringe belangstelling voor MBO-beroepsopleidingen in Zorg en WJK kennen zouden de instroom van schoolverlaters kunnen stimuleren én er naar kunnen streven om werklozen en werknemers uit andere bedrijfstakken te interesseren voor werk in de sector. Voor de andere regio's geldt dat ze zich voor extra aanbod vooral op de laatste optie moeten richten, zonder de huidige opleidingsinspanningen te verwaarlozen.

## 7. Branches





## 7. Branches

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

### 7.1 Een vergelijking tussen de branches

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

**Tabel 7.1 Een aantal arbeidsmarktkenmerken per branche in 2008**

	Ziekenhuizen	GGZ	Gehandicaptenzorg	VVT	Welzijn en MD	Jeugdzorg	Kinderopvang
Aantal banen van werkzame personen	283.600	90.600	167.300	473.300	.	.	.
Banen van werkzame personen - werknemers	262.900	84.800	156.000	383.500	66.900	28.200	74.000
Gem groei werknemers (2003-2008)	1,9%	5,4%	4,0%	1,1%	-1,3%	3,6%	8,0%
Aantal arbeidsjaren	200.800	67.500	103.800	228.600	.	.	.
Arbeidsjaren - werknemers	189.800	63.700	97.400	207.400	44.900	21.900	42.300
Gem groei werknemers (2003-2008)	2,1%	5,3%	3,2%	-0,4%	0,0%	5,2%	6,9%
Omvang gemiddelde werkweek	69,7%	75,1%	62,4%	54,1%	67,1%	77,7%	57,2%
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	41	42	39	42	43	38	35
Aandeel 50+	26,9%	31,6%	24,1%	31,0%	33,3%	23,0%	14,2%
Aandeel vrouw	81,4%	71,7%	83,1%	91,8%	71,9%	73,1%	96,3%
Duur dienstverband (in jaren)	9,9	.	.	.	.	.	.
Brutoverloop	7,9%	7,4%	8,7%	13,6%	12,1%	9,3%	10,8%
Nettoverloop	3,1%	3,0%	3,2%	6,0%	.	.	.
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	4,2%	4,7%	5,2%	5,8%	.	.	.

\* De werkgelegenheid in 2008 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM database

Bron: CBS, Vernet, LKG, GGZ Nederland, PGGM, Werkgeversenquêtes, Exit-interviews

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

## 7.2 Ziekenhuizen

### 7.2.1 Ontwikkelingen

#### *DBC's en prestatiebekostiging*

Middels (onder andere) prestatiebekostiging wordt gepoogd de marktwerking en daarmee ook de doelmatigheid in de ziekenhuiszorg te vergroten. De financiering van de ziekenhuiszorg gebeurt op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De prijs van een deel van deze DBC's ligt vast (het A-segment), over een kleiner deel wordt onderhandeld tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars (het B-segment). In 2009 is de omvang van dit B-segment uitgebreid tot ongeveer 34% van de totale ziekenhuiszorg. De DBC-systematiek leidde echter tot een aantal knelpunten: te veel DBC's, te weinig herkenbaar, het ontbreken van specialisme-overstijgende DBC's, geen aansluiting bij het internationale kwalificatiesysteem (VWS, 2009). VWS en de veldpartijen hebben daarom een verbeterplan opgesteld: DBC's Op weg naar Transparantie (DOT). Hiermee worden de ongeveer 30.000 DBC's vervangen door 3.000 DOT zorgproducten, die kosten- en werklathomogeen zijn. Voordelen hiervan zijn: het verbeterde DBC-systeem wordt vereenvoudigd, de administratieve processen worden eenvoudiger, de betrouwbaarheid en inzichtelijkheid van de declaraties nemen toe en de medische herkenbaarheid van de DBC's wordt groter. Op dit moment is men bezig DOT te implementeren. De DBC's die vóór 1 januari 2011 worden geopend, volgen de oude systematiek. Vanaf 1 januari 2011 kunnen ziekenhuizen alleen nog via de DOT-structuur declaraties indienen.

In het brancherapport algemene ziekenhuizen 2009 constateert de NVZ dat concurrentie tussen ziekenhuizen plaats vindt en dan met name in de Randstad. Verschuivingen in marktaandelen tussen ziekenhuizen zijn vooral te zien bij enkele specialismen met veel planbare zorg (NVZ, 2009). De NZa constateert een toenemende aandacht voor de kwaliteit van zorg tijdens de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Dit is onder meer zichtbaar in het gebruik van kwaliteits-indicatoren en zorgprofielen en de betrokkenheid van medisch adviseurs bij de onderhandelingen tussen deze partijen.

#### *Omzet, volumeontwikkelingen en productiviteit*

In 2008 is de omzet van de algemene ziekenhuizen gegroeid (gemiddeld 5,6%). Het gemiddelde resultaat is positief, echter de winstgevendheid en de solvabiliteit liggen vaak onder het streefniveau (NVZ, 2009). Het aantal ziekenhuizen dat verlies leed, is in 2008 afgenomen naar 12% (algemene en academische ziekenhuizen gezamenlijk; Collot d'Escury et al, 2009).

De productiviteit van de algemene ziekenhuizen is de afgelopen zes jaar steeds gegroeid, hoewel de groei in 2008 kleiner was dan in de periode daarvoor. Vooral de arbeidsproductiviteit is toegenomen (bijna 22% in de periode 2003-2008; NVZ, 2009). Zowel het aantal eerste polikliniekbezoeken, het aantal opnamen als het aantal dagopnamen is in 2008 gestegen, terwijl de gemiddelde ligduur en het aantal verpleegdagen zijn gedaald (NVZ, 2009).

#### *Tekorten aan specifieke beroepsbeoefenaren*

Ziekenhuizen hebben te maken met een tekort aan verschillende soorten beroepsbeoefenaren. Het betreft hier operatieassistenten, ic-verpleegkundigen, anesthesieassistenten en dialyseverpleegkundigen. Dit heeft er onder andere mee te maken dat het aantal opleidingsplaatsen is afgenomen. De NVZ heeft een oproep aan de minister van VWS gedaan om een opleidingsfonds voor de CZO-gerelateerde beroepen in te stellen (de beroepen waarvoor een ziekenhuisopleiding gevolgd dient te worden). Deze wijze van financiering leidt tot een opleidingsprikkel voor de ziekenhuizen.

### Stand van zaken en vooruitblik

De minister is in gesprek met de NFU, de NVZ en V&VN over een dergelijk opleidingsfonds en heeft een voorstel gedaan om dit fonds in 2010 van start te laten gaan (Kamerstuk, 20 oktober 2009).

#### *Herregistratie BIG-beroepen*

Voor verpleegkundigen, fysiotherapeuten en verloskundigen is de herregistratieperiode voor het BIG-register gestart. Zij hebben vanaf 1 januari 2009 tot 1 januari 2014 vijf jaar de tijd om aan de criteria voor herregistratie te voldoen. Dit zijn twee afzonderlijke criteria: de werkervaringseis en de scholingseis. Iemand moet aan één van beide criteria voldoen (als iemand gemiddeld minder dan een dag per week in het betreffende beroep heeft gewerkt, moet hij/zij zich laten bijscholen).

#### *Levensfasebudget*

Er is een nieuwe CAO afgesloten voor de ziekenhuizen (met uitzondering van de academische en psychiatrische ziekenhuizen). Een van de onderdelen hiervan is het levensfasebudget. Werknemers kunnen verlof sparen en kiezen in welke fase van hun leven ze dat verlof willen gebruiken. Met dit nieuwe beleid worden de ouderenverlofregelingen en ontsiemaatregelen stopgezet. Het uitgangspunt is dat ouderen niet langer zijn vrijgesteld van avond- en weekenddiensten, hetgeen betekent dat deze diensten niet meer voornamelijk door de jongere werknemers gedaan hoeven te worden. Werknemers vanaf 45 jaar komen onder voorwaarden in aanmerking voor een overgangsregeling. Voor het doen van nachtdiensten geldt de vrijstelling voor oudere werknemers nog wel.

### **7.2.2 Kernegegevens**

Net als in voorgaande jaren is de werkgelegenheid in de ziekenhuisbranche in 2008 toegenomen: zowel het aantal arbeidsjaren (fulltime-banen op jaarbasis) van werknemers als het aantal banen van werknemers is gestegen (tabel 7.2). Vanwege een wijziging in de definities zijn gegevens over het totale aantal banen en arbeidsjaren alleen beschikbaar vanaf 2006. Deze zullen echter dezelfde trend vertonen als de data van het aantal werknemers. De omvang van de gemiddelde werkweek is in de periode 2003-2008 vrijwel gelijk gebleven. De gemiddelde leeftijd (in gehele jaren) is vanaf 2005 gelijk gebleven, terwijl het aandeel 50-plussers een stijgende trend vertoont. Bijna 27% van de werknemers in de ziekenhuizen is 50 jaar of ouder. Het aandeel vrouwen is iets gestegen. Zowel het bruto- als het nettoverloop is gedaald, evenals het ziekteverzuim.

Tabel 7.2 Branchegegevens arbeidsmarkt Ziekenhuizen

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gem. groei per jaar 2003-2008
Aantal banen van werkzame personen	.	.	.	270.240	277.780	283.600	
- w.v. werknemers	239.400	240.510	244.685	250.920	257.470	262.900	1,9%
- w.v. in acad. ziekenhuizen	58.590	58.680	59.862	60.490	61.870	63.200	1,5%
- w.v. in alg/cat. zkh/rev. centra	180.810	181.830	184.823	190.430	195.600	199.700	2,0%
Aantal arbeidsjaren	.	.	.	193.960	196.710	200.800	
- waarvan werknemers	170.770	173.300	173.795	181.340	185.880	189.800	2,1%
- waarvan in acad. ziekenhuizen	45.330	46.570	46.311	47.900	49.600	50.600	2,2%
- w.v. in alg/cat. zkh/rev. centra	125.440	126.730	127.484	133.440	136.280	139.100	2,1%
Omvang gemiddelde werkweek	69,4%	69,7%	69,0%	70,1%	69,7%	69,7%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	40	40	41	41	41	41	
Aandeel 50+	18,8%	20,3%	22,1%	23,7%	25,4%	26,9%	
Aandeel vrouw	80,5%	80,6%	81,0%	80,5%	80,8%	81,4%	
Duur dienstverband (in jaren)	9,1	9,4	9,8	10,3	.	9,9	
Brutoverloop	10,4%	9,4%	9,4%	11,0%	9,7%	7,9%	
Nettoverloop	3,9%	3,8%	3,7%	4,7%	4,0%	3,1%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,1%	4,8%	4,7%	4,4%	4,3%	4,2%	

- Het aantal werknemers in 2003-2005 is geschat op basis van de verhouding werknemers 2006 EIJ versus CBS

- De werkgelegenheid in 2008 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM database

- Bron: CBS, PGGM, Vernet, LKG, Exit

### 7.2.3 Vraag en aanbod van personeel

Een groot deel van de ziekenhuizen ervaart problemen bij het aantrekken van (nieuw) personeel: in 2009 ging het om 80,9% van de ziekenhuizen (in 2007 was dit nog 62,2%). Dit heeft waarschijnlijk betrekking op specifieke functiegroepen, zoals de hierboven genoemde ondersteunende en gespecialiseerde verpleegkundige functies (operatieassistenten, ic-verpleegkundigen, anesthesieassistenten en dialyseverpleegkundigen). Hoewel het knelpunt door een groot deel van de ziekenhuizen wordt ervaren, gaat het om een klein deel van de vacatures.

Het grootste deel van de werknemers van de ziekenhuizen is in vaste dienst. Ten opzichte van voorgaande jaren is het aandeel van de werknemers met een tijdelijk contract en het aandeel oproepkrachten bij respectievelijk 29% en 36% van de werkgevers toegenomen (bij respectievelijk 5% en 9% is dit aandeel afgenomen). Bij Zelfstandigen Zonder Personeel (zzp'ers) is dit beeld meer gevarieerd: 20% van de werkgevers geeft aan dat hun aandeel is toegenomen, 13% dat het juist is afgenomen (WGE, meting op concernniveau, 2009). Uit een recent onderzoek naar de inzet van zelfstandig personeel blijkt dat in algemene en categorale ziekenhuizen naar schatting 520 zelfstandigen en commercieel gedetacheerden werkzaam zijn (ruim 400 gedetacheerden en bijna 100 zzp'ers; Houkes en Aerts, 2009). Dit betekent dat er gemiddeld iets meer dan 4 zelfstandigen plus commercieel gedetacheerden per ziekenhuis werkzaam zijn. Achter dit gemiddelde gaan echter grote verschillen schuil: in de meeste ziekenhuizen werken geen of slechts enkele gedetacheerden. In een klein aantal (grote) ziekenhuizen werken tien of meer gedetacheerden. Het gaat dan met name om ziekenhuizen in de Randstad (Houkes en Aerts, 2009). Ziekenhuizen

### Stand van zaken en vooruitblik

zetten zzp'ers en gedetacheerden in voor functies waarvoor ze geen personeel in loondienst kunnen vinden (het gaat bijna altijd om gespecialiseerde verpleegkundigen op de intensive care, op de spoedeisende hulp en op de dialyseafdeling en om chirurgieassistenten en anesthesieassistenten). Voor de werkgever zijn deze krachten duurder dan de werknemers in loondienst. Bovendien zijn zij vaak minder goed ingewerkt dan de vaste krachten en de interne flexibele krachten zoals oproepkrachten (Kok et al., 2009).

In RegioMarge 2009 is een hoog scenario en een laag scenario uitgewerkt met betrekking tot vraag en aanbod van personeel in de komende jaren (zie ook hoofdstuk 3). De vooruitzichten voor wat betreft vraag en aanbod van personeel zijn anders dan enkele jaren geleden. Gezien de onzekerheden die spelen, de recessie en mogelijke bezuinigen door de overheid, is de verwachting dat de vraag naar personeel getemperd wordt. In het lage scenario wordt hiermee rekening gehouden. Volgens dit scenario is voor de branche ziekenhuizen als geheel in 2013 een klein tekort aan personeel te verwachten (1%). Dit heeft vooral te maken met een tekort aan verpleegkundigen op niveau 4 (van der Windt et al., 2009).

#### 7.2.4 De leeftijdsopbouw

De gemiddelde leeftijd van de werknemers in de ziekenhuizen was in 2008 41 jaar. Deze gemiddelde leeftijd zal de komende jaren stijgen. In figuur 7.1 is te zien hoe de leeftijdsopbouw er in 2008 uit zag. Daarnaast zijn twee scenario's te zien voor de leeftijdsopbouw in 2018. Het eerste scenario gaat uit van een uittredeleeftijd van 62 jaar (gebaseerd op de vervanging van de OBU door het flexpensioen). Het tweede scenario gaat uit van een uittredeleeftijd van 65 jaar (indien mensen doorwerken tot de AOW-leeftijd). Op termijn zal de AOW-leeftijd nog verder worden opgetrokken (naar 67 jaar), echter het is nog niet duidelijk welke beroepen in de categorie 'zware beroepen' gaan vallen. Bovendien zal een verhoging van de AOW-leeftijd pas na 2018 duidelijk effecten opleveren, gezien de overgangsregelingen voor de huidige groep 55-plussers. In beide scenario's is uitgegaan van een jaarlijkse groei van de werkgelegenheid in de branche tussen de 0,6% en 1% (dit is conform de verwachting in RegioMarge 2009).

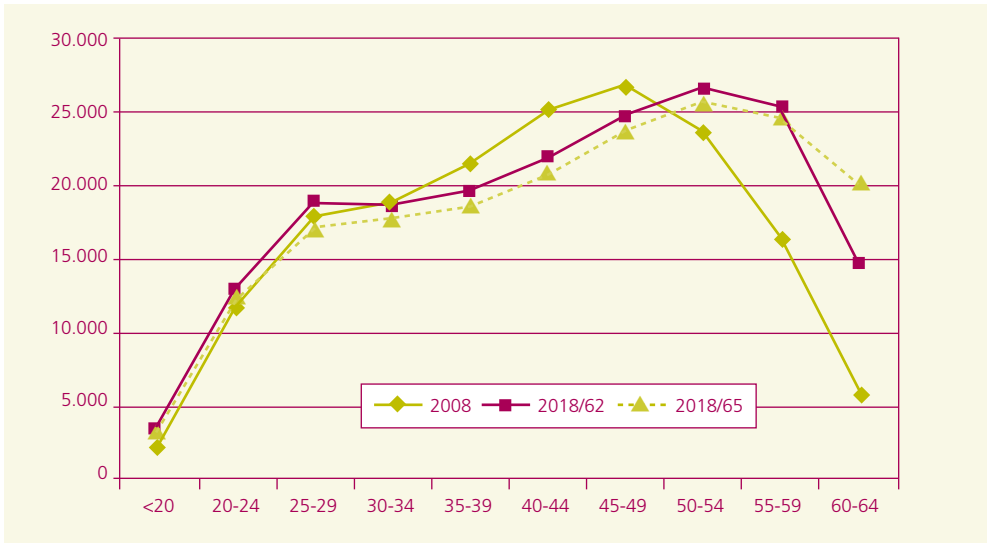
Het aandeel 50-plussers is nu bijna 27%. Indien de uittredeleeftijd op 62 jaar komt te liggen, zal dit aandeel stijgen naar bijna 36% (Tabel 7.3). Stijgt de uittredeleeftijd naar 65 jaar, dan neemt het verwachte aandeel 50-plussers in 2018 toe tot 39%. Als de groei van de werkgelegenheid lager uitvalt dan de genoemde 0,6% tot 1% per jaar, dan zal het aandeel ouderen nog hoger kunnen worden dan in de figuur en de tabel is weergegeven (aangezien het aantal ouderen niet af zal nemen maar de instroom van jongeren wel).

**Tabel 7.3 Het aandeel en het absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand in de Ziekenhuizen in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**

	2008	2018/62	2018/65
aandeel 50-plussers	26,9%	35,8%	39,0%
aantal 50-plussers	45.535	66.716	72.733

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

**Figuur 7.1 De leeftijdsopbouw van het personeel in de Ziekenhuizen in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

## 7.2.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

### Werkbeleving

Werknemers in de ziekenhuizen waren de afgelopen jaren vrij positief over hun werk (zie Tabel 7.4). De algemene werkbeleving scoort in 2009 3,5 op een vijfpuntsschaal. Dit geldt zowel voor het totale personeelsbestand als voor de groep VOV'ers. De VOV'ers in de ziekenhuizen wijken nauwelijks af van de VOV'ers in de sector Zorg en WJK als totaal (zie ook hoofdstuk 2). In vergelijking met 2000 is de gemiddelde score van VOV'ers op werkbeleving iets toegenomen.

**Tabel 7.4 De gemiddelde score op de werkbeleving door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief) in Ziekenhuizen en Zorg en Welzijn totaal**

	2000	2003	2005	2007	2009
Ziekenhuizen totaal personeel				3.5	3.5
Ziekenhuizen VOV personeel	3.3	3.4	3.5	3.5	3.5
Zorg en welzijn VOV personeel	3.4	3.5	3.5	3.5	3.6

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

Als vervolgens gekeken wordt naar de onderliggende factoren van die werkbeleving, dan blijkt het VOV-personeel het minst tevreden te zijn over de werkdruk. De score is hier 2,7 op een vijfpuntsschaal (Tabel 7.5). Werkevaluatie scoort daarentegen hoog, met een 4,1 (de factor 'werkevaluatie' is opgebouwd uit de aspecten inhoud van het werk, sfeer op de afdeling/in het team, loopbaanperspectieven, of men het werk als zinvol ervaart, ontwikkelingsmogelijkheden, afwisseling). Over de waardering door de leidinggevende en de werkautonomie is men vrij positief. De scores van het totale personeel wijken niet veel af van die van het VOV-personeel, met uitzondering van het aspect werkdruk. Die wordt door het totale personeel met een 2,9 iets hoger gewaardeerd (data 2009).

### Stand van zaken en vooruitblik

**Tabel 7.5 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

Ziekenhuizen	2000	2003	2005	2007	2009
Tevredenheid over werkdruk	2,4	2,7	2,9	2,8	2,7
Waardering van leidinggevende	3,4	3,5	3,5	3,6	3,6
Werkevaluatie	4,0	4,2	4,1	4,1	4,1
Werkautonomie	3,2	3,4	3,5	3,4	3,4
Algemene werkbeleving	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

Het personeel in de ziekenhuizen scoort wat lager op de ervaren organisatiesteun. Deze factor scoort een 3,1 bij het totale personeel en een 3,2 bij het VOV-personeel. Men voelt zich redelijk betrokken bij de organisatie: dit aspect scoort een 3,3 bij het totale personeel en een 3,4 bij het VOV-personeel in de ziekenhuizen.

**Tabel 7.6 De gemiddelde score op Ervaren Organisatiesteun & Betrokkenheid bij organisatie (1=meest negatief tot 5=meest positief) bij VOV-personeel.**

Ziekenhuizen	Ervaren Organisatiesteun	Betrokkenheid bij organisatie
Ziekenhuizen totaal personeel	3,1	3,3
Ziekenhuizen VOV personeel	3,2	3,4
Zorg en Welzijn VOV personeel	3,3	3,4

Bron: Werknemersonderzoek 2009, Prismant

### *Personeelsbeleid*

In de werkgeversenquête 2009 is gevraagd welke knelpunten in het personeelsbeleid worden ervaren. In Tabel 7.7 is te zien welke knelpunten het meest worden ervaren. Een aanzienlijk deel van de instellingen ervaart problemen met het aantrekken van nieuw personeel. Gezien de tekorten die de branche ervaart bij specifieke groepen specialistisch verpleegkundigen en assistenten is dit ook te verwachten. Het is waarschijnlijk dat bij het werven van algemeen verpleegkundig personeel geen of veel minder knelpunten worden ervaren. Maatregelen die worden genomen als men knelpunten ervaart bij het aantrekken van nieuw personeel, liggen vooral op het gebied van werving. Bijna driekwart van de werkgevers noemt problemen met de werkdruk en bijna tweederde vergrijzing van het personeel als knelpunten.

**Tabel 7.7 Top-5 Knelpunten en maatregelen in 2007 en 2009, percentage werkgevers**

Knelpunten en maatregelen	2007	2009
1. Het aantrekken van (nieuw) personeel	62,2	80,9
2. Beheersing van de werkdruk	53,3	72,1
3. Vergrijzing van het personeel	47,0	65,0
4. Onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/ vakanties	48,9	50,0
5. Inzetbaarheid van het personeel	35,6	47,1

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant



De mate waarin beleid is geformuleerd en geïmplementeerd met betrekking tot diverse HR-onderwerpen verschilt per onderwerp. Alle werkgevers hebben een intern voorkeursbeleid bij het vervullen van vacatures. Vrijwel alle werkgevers hebben ook een jaarlijkse cyclus van functionerings- of beoordelingsgesprekken geïmplementeerd, of zijn bezig met de implementatie daarvan. Ditzelfde geldt voor beleid op het gebied van gezondheidsmanagement en arbobeleid. Slechts een klein deel van de instellingen heeft een beleid op het gebied van strategische personeelsplanning, of koppelt de beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek aan elkaar. Ruim de helft is dat laatste niet van plan.

**Tabel 7.8 De mate waarin beleid bestaat mbt verschillende HR- onderwerpen in de Ziekenhuizen**

	geen beleid	plannen	beleid geschreven	implementatiefase	geïmplementeerd
Intern voorkeursbeleid bij vervullen vacatures	0%	0%	0%	0%	100%
Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken	0%	2%	7%	5%	86%
Gezondheidsmanagement	0%	0%	5%	14%	80%
ARBO-beleid	0%	2%	0%	20%	77%
Opleidingsbeleid	2%	7%	11%	20%	61%
Management Developmentprogramma	5%	14%	21%	21%	38%
Loopbaan- c.q. carrièrebeleid	9%	34%	20%	21%	16%
Leeftijdsbewust personeelsbeleid	9%	38%	23%	18%	13%
Strategische personeelsplanning	23%	29%	20%	21%	7%
Koppeling beoordelingsinstrumenten en beloningssystematiek	52%	23%	14%	4%	7%

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

## 7.3 Geestelijke Gezondheidszorg

### 7.3.1 Ontwikkelingen

De ontwikkelingen van de afgelopen decennia zijn samen te vatten in de termen regionalisering, schaalvergroting en meest recentelijk (het streven naar) vermaatschappelijking.

Regionalisering vond vooral vlak voor de eeuwwisseling plaats toen de ggz van een bonte lappendeken aan voorzieningen omgevormd werd tot een relatief homogene regionaal geordende sector. De ontwikkeling van de schaalvergroting heeft geresulteerd in grote, brede instellingen, die vaak een volledig aanbod aan geestelijke gezondheidszorg bieden.

Vermaatschappelijking is het streven om de zorg voor mensen met psychische problemen zó in te richten dat zij zo min mogelijk geïsoleerd raken. In dit kader is GGZ-Nederland op Prinsjesdag 2009 een imagocampagne gestart: 1opde4. De campagne biedt een platform voor mensen die informatie zoeken over de verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg, die ervaringen willen uitwisselen of die misschien wel willen werken in de ggz. GGZ-Nederland wil met het initiatief werken aan het doorbreken van het taboe op een psychische stoornis.

Herzieningen van het zorg- en het ggz-stelsel hebben recentelijk geleid tot de volgende drie financieringskaders:

- De AWBZ
- De zorgverzekeringswet
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

Tot en met 2007 werd ggz gefinancierd uit de AWBZ, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Met ingang van 1 januari 2008 is een belangrijk deel van de ggz overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Met deze overheveling vindt erkenning plaats dat een belangrijk deel van de ggz, namelijk zorg die op genezing van de cliënt is gericht, net als somatische zorg verzekeraar is. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning voorziet in financiering van de ggz-activiteiten op het gebied van collectieve preventie en OGGZ-activiteiten gericht op participatie. Het ministerie van VWS ziet als de belangrijkste doelen van de WMO het bevorderen van de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van burgers en het bevorderen van de sociale samenhang en actief burgerschap. Het is aan de gemeenten om dit nader gestalte te geven.

Met de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zorgverzekeringswet is ook de systematiek van bekostiging aangepast. Voor geneeskundige ggz is de 'Diagnose Behandelings Combinatie' (DBC)-systematiek van toepassing.

Sinds 2007 worden mensen die zorg of hulp nodig hebben bij (langdurige) ziekte, handicap of ouderdom geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket (ZZP). Als een cliënt recht heeft op verblijf, indiceert het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een zorgzwaartepakket (ZZP). Een zorgzwaartepakket is een totaalpakket waarin beschreven staat welke zorg de cliënt krijgt en voor hoeveel uur. Afhankelijk van de situatie en behoefte van de cliënt wordt een bepaald pakket toegewezen.

#### GGZ 2010

De begrote bedragen voor de ggz in de begroting van VWS voor 2010 liggen grosso modo op het niveau 2009 en daarmee wordt het opvangen van de groeiende zorgvraag in 2010 bijzonder lastig. De begroting van Justitie laat ruimte zien voor groei van de forensische ggz inclusief TBS, maar het groeipad is naar beneden bijgesteld vanwege een afgenomen vraag naar forensische zorgplaatsen.

Aan de ggz-sector wordt door het kabinet als onderdeel van een zorgbreed pakket van maatregelen een korting op de tarieven opgelegd van structureel 119 miljoen euro, ter beperking van de kosten van de zorg. Naar verwachting wordt de ontwikkeling van de ggz de komende jaren bepaald door concurrentieverhoudingen. Mogelijk leidt dit tot een grotere doelmatigheid en kwaliteit van de zorg. Wetgeving zal ggz-instellingen dwingen tot het leveren van verantwoorde zorg, het voeren van een kwaliteitsbeleid en het afleggen van maatschappelijke verantwoording daarover.

### 7.3.2 Kernegevens

Tabel 7.9 bevat een aantal kernegevens over de arbeidsmarkt in de ggz.

**Tabel 7.9 Branchegegevens arbeidsmarkt GGZ**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gem. groei per jaar 2003-2008
Aantal banen van werkzame personen	.	.	.	80.460	85.510	90.600	
- waarvan werknemers	65.280	70.520	74.000	75.860	80.010	84.800	5,4%
Aantal arbeidsjaren	.	.	.	60.280	63.670	67.500	
- waarvan werknemers	49.210	53.120	55.720	57.760	60.080	63.700	5,3%
Gemiddelde werkweek	75,4%	75,3%	75,3%	76,1%	75,1%	75,1%	
Gemiddelde leeftijd	41	41	42	42	42	42	
Aandeel 50+	24,5%	25,5%	27,7%	28,2%	30,6%	31,6%	
Aandeel vrouw	68,0%	68,3%	68,8%	69,3%	70,3%	71,7%	
Duur dienstverband	7,4	7,4	7,9	7,9	7,5	.	
Brutoverloop	13,2%	12,4%	12,0%	13,2%	10,9%	7,4%	
Nettoverloop	4,5%	5,2%	4,6%	5,2%	3,6%	3,0%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,3%	5,1%	5,0%	4,6%	4,7%	4,7%	

- De werkgelegenheid in 2008 is geschat obv de groei van het aantal werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM database

- De werkgelegenheid in 2003-2005 is geschat op basis van de verhouding werknemers 2006 CBS versus GGZ-Nederland

- Bron: CBS, PGGM, Vernet, GGZ Nederland, Exit

In deze gegevens vallen de volgende zaken op:

- De werkgelegenheid is de laatste jaren fors gestegen.
- De omvang van de werkweek is redelijk stabiel gebleven.
- De gemiddelde leeftijd ligt rond de 42 jaar.
- Het aandeel 50-plussers blijft stijgen en bedraagt inmiddels 31,6% van de werknemers.
- Het aandeel vrouwen neemt nog steeds toe.
- De duur van het dienstverband was gemiddeld 7,5 jaar in 2007.
- Zowel het bruto- als het nettoverloop daalt de laatste jaren.
- Het niveau van het ziekteverzuim stabiliseert zich.

Vanuit de Werkgeversenquête 2009 is ook voor deze sector een eerste inzicht verkregen over de omvang van het flexibel personeel. In Tabel 7.10 worden de gemiddelde aantallen van de ggz instellingen vergeleken met de aantallen zoals de gemiddeld in de gehele zorgsector voorkomen.

**Tabel 7.10 De omvang van het flexibel personeel in 2009**

Gemiddelde aantallen flexibel personeel	GGZ	Sector zorg
Tijdelijk personeel	52	36
Oproepkrachten	14	29
ZZP-ers	2	1
Alphahulpen	0	6
Uitzendkrachten	8	4

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

### 7.3.3 Vraag en aanbod van personeel

Door demografische ontwikkelingen -vergrijzing en ontgroening- neemt de komende jaren de omvang van de beroepsbevolking af. Hierdoor dreigt een groot tekort aan werknemers. Deze dreiging is vooral sterk in de ggz omdat de vraag naar zorg toeneemt en er daardoor steeds meer mensen nodig zijn.

Op basis van de berekeningen van RegioMarge zijn er voor de ggz in de toekomst tekorten te verwachten. Deze tekorten komen bij zowel het lage als het hoge scenario voor.

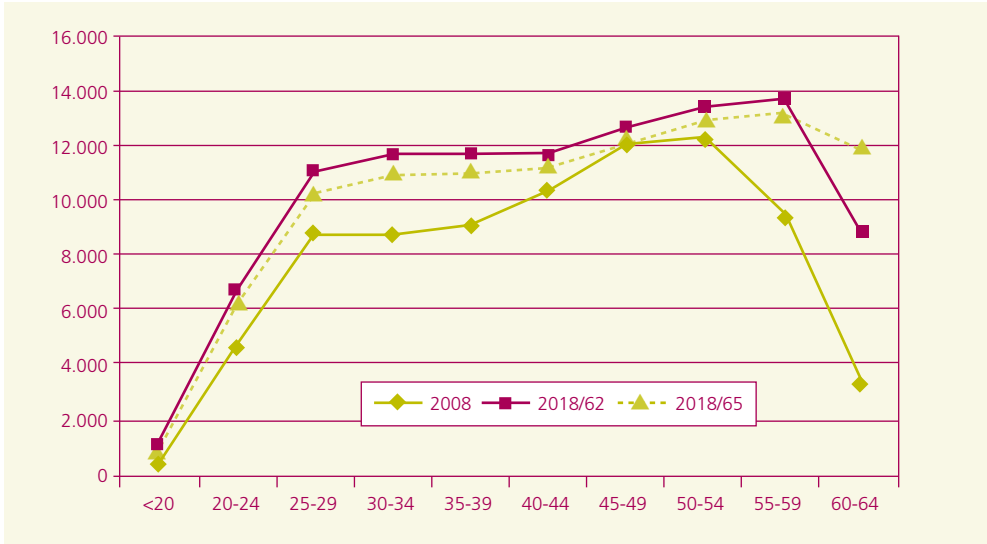
In 2013 zullen de tekorten volgens het lage scenario oplopen tot 0,6%, oftewel circa 300 personen. Voor het hoge scenario ligt dat op respectievelijk 2,3% en 1.100 personen.

Op basis van regionale analyses blijkt dat er lokaal grote verschillen zijn. Zo zijn er voor de ggz grote problemen te verwachten in de regio's Utrecht, Rijnstreek en Amsterdam/Zaanstreek/Waterland.

Steeds duidelijker wordt dat de huidige crisis ook voor de zorgsector vérgaande gevolgen zal hebben. In hoofdstuk 4 werd de verwachting geformuleerd dat vooral in 2011 bezuinigingen gevolgen zullen hebben voor de vraag naar personeel. In hoofdstuk 3 kwam aan de orde dat het krimpende arbeidsaanbod waaraan in het begin van deze paragraaf gerefereerd werd en dat voor de Commissie Bakker startpunt was voor haar advisering mogelijk minder scherpe gevolgen zal hebben dan tot nu toe voorzien. Althans, wanneer de werkloosheid economiebreed gedurende langere tijd op een hoger peil blijft dan in de achter ons liggende jaren.

### 7.3.4 De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in de ggz is al enige jaren aan het vergrijzen. Figuur 7.2 laat zien hoe de leeftijdsopbouw momenteel (2008) is en hoe deze er in 2018 mogelijk uit zal zien. Er zijn voor 2018 twee scenario's ontwikkeld. Eén waarbij wordt uitgegaan van een uittredeleeftijd van 62 jaar. Dit is gebaseerd op de vervanging van de OBU door het flexpensioen. Het tweede scenario gaat uit van een uittredeleeftijd van 65 jaar. Daarbij staat het streven om door te werken tot de AOW-leeftijd centraal. Deze wordt de komende jaren verder opgetrokken, maar momenteel is nog onduidelijk wat er met de zogenaamde zware beroepen gaat gebeuren. In beide gevallen is verder verondersteld dat de groei van de werkgelegenheid conform de verwachting in RegioMarge is (van 2,8% in 2009 tot 2,4% in de periode 2012-2018). Mocht de groei lager uitvallen dan neemt het aantal ouderen niet af, maar wel de instroom van jongeren. Dat betekent dat de relatieve aandelen van ouderen nog hoger zullen worden dan nu is berekend in tabel 7.11.

**Figuur 7.2 De leeftijdsopbouw van het personeel in de GGZ in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

In 2008 bedroeg het aandeel 50-plussers 31,6% van alle werknemers. Wanneer de gemiddelde uittredeleeftijd op 62 komt te liggen (flexpensioen) zal in 2018 het aandeel 50-plussers opgelopen zijn tot 35,3%. Verschuift de uittredeleeftijd naar 65 jaar dan wordt het aandeel 38,5% en hoger wanneer de branche minder hard groeit dan de 2,4% die hiervoor is genoemd.

Het absolute aantal 50-plussers neemt in het 65-jaar scenario in tien jaar tijd toe met 58%!

**Tabel 7.11 Het aandeel en het absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand in de GGZ in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**

	2008	2018 / 62	2018 / 65
aandeel 50-plussers	31,6%	35,3%	38,5%
aantal 50-plussers	24.920	35.976	39.299

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

### 7.3.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

Net als in 2007 laat de werkgeversenquête 2009 zien dat voor instellingen het grootste knelpunt in hun personeelsbeleid het aantrekken van (nieuw) personeel is. Ook de beheersing van de werkdruk en de vergrijzing van het personeelsbestand worden als knelpunten genoemd.

Slechts 28% van de ondervraagde instellingen geeft aan dat zij een cultureel diversiteitsbeleid voeren ten aanzien van hun allochtone medewerkers.

De mate waarin beleid is geformuleerd en geïmplementeerd met betrekking tot diverse HR-onderwerpen verschilt in de ggz per onderwerp. Vrijwel alle werkgevers hebben een intern voorkeursbeleid bij het vervullen van vacatures. De meeste werkgevers hebben ook een jaarlijkse cyclus van functionerings- of beoordelingsgesprekken geïmplementeerd, of zijn bezig met de implementatie daarvan. Ditzelfde geldt voor beleid op het gebied van gezondheidsmanagement en arbobeleid.

### Stand van zaken en vooruitblik

Slechts een klein deel van de instellingen heeft een beleid op het gebied van strategische personeelsplanning, of koppelt de beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek aan elkaar. Bijna de helft is dat laatste niet van plan.

Opvallend is het feit dat een meerderheid van de instellingen (nog) geen feitelijke beleid heeft inzake leeftijdsbewust personeelbeleid. Gezien de sterk veranderende leeftijdsopbouw zou men anders verwachten.

**Tabel 7.12 De mate waarin beleid bestaat m.b.t. verschillende HR- onderwerpen in de GGZ**

	geen beleid	plannen	beleid geschreven	implemen- tatiefase	geimple- menteerd
Intern voorkeursbeleid bij vervullen vacatures	4%	2%	0%	2%	92%
Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken	0%	2%	6%	17%	75%
Koppeling beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek	46%	19%	8%	13%	13%
Loopbaan- c.q. carrièrebeleid	17%	33%	21%	12%	17%
Management Development programma	19%	17%	15%	21%	25%
Leeftijdsbewust personeelsbeleid	27%	29%	19%	10%	15%
ARBO-beleid	0%	0%	6%	17%	77%
Opleidingsbeleid	4%	10%	12%	17%	58%
Strategische personeelsplanning	27%	21%	27%	17%	8%
Gezondheidsmanagement	0%	8%	10%	13%	67%

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

Uit de verschillende werknemersonderzoeken van de afgelopen jaren blijkt dat de werkbeleving van het VOV-personeel in de ggz vrij stabiel is. Het minst tevreden is men over de werkdruk.

**Tabel 7.13 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

GGZ	2000	2003	2005	2007	2009
Tevredenheid over werkdruk	2,7	2,8	3,0	2,8	2,8
Waardering van leidinggevende	3,3	3,4	3,5	3,5	3,6
Werkevaluatie	3,9	4,0	4,0	4,0	4,0
Werkautonomie	3,6	3,7	3,6	3,6	3,8
Algemene werkbeleving	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

## 7.4 Gehandicaptenzorg

### 7.4.1 Ontwikkelingen

#### *Algemeen*

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft een brancherapport uitgebracht waarin ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg transparant worden gemaakt (van der Kwartel, 2009). Uit dit rapport blijkt dat van 2002 tot en met 2007 het aantal cliënten in de gehandicaptenzorg is toegenomen met 30% (van 112.000 tot 146.000). De groei van de personeelsomvang in de gehandicaptenzorg blijft hierbij iets achter. Het aantal fte werknemers is gegroeid met 19% tot ruim 91.000, de arbeidsproductiviteit is licht toegenomen (van der Kwartel, 2009 en RegioMarge, 2009).

De VGN verwacht dat de groei van de zorgvraag de komende jaren in afgevlakte vorm doorzet. Vanaf 2004 zijn wat dit betreft twee trends te signaleren:

- een groeiende instroom van (licht) verstandelijk gehandicapte jongeren. Voor een belangrijk deel jeugdigen met gedragsstoornissen die in een semi- of intramurale omgeving worden opgenomen;
- toenemende verschuiving naar semi- en extramurale zorg. Dit laatste geldt vooral voor mensen met een lichamelijke of zintuiglijke beperking.

Verder zijn er aanwijzingen dat vooral allochtone bevolkingsgroepen momenteel (nog) een relatief beperkt beroep doen op formele zorg.

#### *Financiering*

Ook in de gehandicaptenzorg blijft de zorg over de effecten van pakketmaatregelen AWBZ voorsnog bestaan. De zorg spitst zich toe op de wijziging van de functie 'begeleiding' en het verdwijnen van de doelstelling 'participatie' uit de indicatie 'begeleiding'. Hierdoor kunnen sommige cliënten bij herindicatie hun begeleiding verliezen en bestaat de kans dat cliënten die nu met (veel) begeleiding zelfstandig kunnen leven, terugvallen naar de verblijfszorg ([www.vgn.org](http://www.vgn.org), 11-09-09). Onduidelijk is in welke mate gehandicapten inmiddels profiteren van specifieke voorzieningen en participatieprojecten vanuit de WMO. De VGN heeft samen met 40% van alle zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg een collectief bezwaarschrift ingediend tegen de budgetten voor 2009.

Uit de voortgangsrapportage over de zorgzwaartebekostiging (VWS, 2009) blijkt dat tweederde van de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg er op vooruit gaat. Eénderde gaat er op achteruit en levert vanaf 2009 budget in. Van deze 'afbouwers' heeft meer dan de helft te maken met een beperkte herallocatie. In totaal gaat naar schatting ruim 5% van de instellingen er meer dan 13% in budget op achteruit.

Voor een aantal specifieke cliëntgroepen is gebleken dat de ZZP's niet voldoende aansluiten bij hun zorgbehoefte. Dit geldt voor kinderen en jeugdigen, voor licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden met gedragsproblematiek en voor cliënten die structureel ademhalingsondersteuning nodig hebben. Het Ministerie van VWS heeft oog voor deze fricties en neemt deze mee bij de verdere ontwikkeling van de ZZP-tarieven.

Samenvattend verwacht de branche dat de invoering van de ZZP's zullen zorgen voor een verschuiving van personeel. Eventuele bezuinigingen zullen, als deze plaats vinden, wel ingrijpendere personele consequenties hebben voor de sector. Te verwachten is dan ook dat instellingen zeer terughoudend zullen zijn ten aanzien van personele groei.

### *Nieuwe technologie*

Eveneens van invloed op de toekomstige vraag naar arbeid, is de inzet van domotica. Het gaat dan om de inzet van sensoren, uitluistersystemen, toezichtcamera's, etc. Volgens recent onderzoek (IGZ, 2009) wordt domotica in de gehandicaptenzorg op grote schaal ingezet (in 64% van de locaties). Hoewel de inspectie het gebruik van domotica stimuleert, omdat dit meer stringente wijzen van vrijheidsbeperking terugdringt, wijst zij naar aanleiding van enkele incidenten ook op de risico's en op maatregelen om deze risico's te voorkomen. Vooral nog zijn weinig cijfers bekend over het arbeidsbesparend effect van domotica. Recent onderzoek van Jansen (2009) bij een beperkt aantal instellingen laat zien dat een besparing van 4,2% van de totale personele formatie kan worden bereikt met de inzet van domotica in de nachtzorg aan gehandicapten.

### *Opleiden*

De branche is al enkele jaren actief op het terrein van het 'opleiden'. In 2009 heeft de branche een lang traject succesvol afgerond. Herziening van de beroepskolom in de gehandicaptenzorg heeft geleid tot nieuwe competentieprofielen voor alle beroepen in het primaire proces. Verzorgende en verplegende competenties worden hierin gecombineerd met agogische, waarbij ook gerichte aandacht is geschonken aan de communicatie met gehandicapte cliënten en het kunnen herkennen van hun specifieke problematiek. De hieruit ontstane opleiding 'maatschappelijke zorg' wordt aangeboden door 32 ROC's.

De VGN heeft alle profielen verzameld in één competentiebox ([www.vgn.org](http://www.vgn.org)). De competentiebox bevat acht onderling samenhangende competentieprofielen: twee voor beroepskrachten op mbo- en hbo-niveau en daarnaast zes verdiepende competentieprofielen voor beroepskrachten die met een specifieke cliëntgroep werken<sup>8</sup>.

Uitwerking hiervan (op instellings-, en regionaal niveau) heeft geleid tot een herziening van de beroepsopleidingen, zodanig dat zij beter aansluiten op de vragen van het werkveld. Ook voor de beroepen op hbo-niveau vindt nu verdere uitwerking plaats, zowel naar de beroepspraktijk als naar de opleidingen.

Door de transparante competentieprofielen wint de Erkenning van Verworven Competenties (EVC) aan belang. Hierbij speelt ook een rol dat medewerkers kunnen worden aangetrokken vanuit verschillende opleidingen (V&V en sociaal agogische opleidingen). Een nieuw ontwikkelde EVC-procedure is gevalideerd in meerdere pilots en gedigitaliseerd. Er is een start gemaakt met een landelijke aanbiedingsstructuur.

### *HRM in de gehandicaptenzorg*

Naast opleidingsbeleid zijn er in 2009 vier andere speerpunten geweest ten aanzien van HRM-beleid: levensfasebeleid, diversiteitbeleid, arbobeleid en sociale innovatie.

Modernisering van het levensfasebeleid is een belangrijk element in de onlangs afgesloten CAO Gehandicaptenzorg 2009-2011. In deze CAO zijn generieke ontsiemaatregelen vervangen door een persoonlijk budget levensfase (PBL) dat ingaat in 2010. Doel hiervan is om de branche aantrekkelijker te maken en duurzame inzetbaarheid van werknemers tijdens alle levensfasen te bewerkstelligen. Elke werknemer ontvangt jaarlijks een aantal uren in zijn PBL, die in elke levensfase kunnen

<sup>8</sup> Dit zijn: cliënten met ernstig meervoudige beperkingen, cliënten met niet aangeboren hersenletsel, cliënten met een zintuiglijke handicap, kinderen van 0 tot 6 jaar met een ontwikkelingsachterstand, cliënten met een licht verstandelijke beperking met gedragsproblematiek en cliënten met autisme spectrum stoornissen.



worden opgenomen. Daarnaast kunnen vanaf 2010 alle werknemers worden ingeroosterd voor onregelmatige diensten (uitgezonderd nachtdiensten voor 57-plussers). Voor oudere medewerkers (45+) zijn overgangsrechten bepaald.

Verder zijn in 2009 bestaande good practices rond duurzame inzetbaarheid in de gehandicaptenzorg verzameld en verspreid onder de instellingen.

De VGN signaleert dat het aantal allochtone cliënten toeneemt en dat specifieke instellingen er soms zeer goed in slagen om allochtone cliënten en medewerkers te bereiken. Om de zorgaanbieders te ondersteunen in hun interculturele HRM-beleid, is de VGN het project 'Versterking interculturelisaie gehandicaptenzorg' gestart. Dit project heeft geleid tot een praktische handreiking met inspirerende voorbeelden van succesvolle werkwijzen, ervaringen en praktische handvatten (Sbiti, 2009) en tot een handreiking interculturele arbeidsmarktcommunicatie.

Partijen in de gehandicaptenzorg zijn actief op het terrein van arbobeleid. Eind 2009 wordt de arbocatalogus Profijt van Arbobeleid aangevuld. Naast de thema's fysieke belasting, werkdruk en agressie en veiligheid, zijn dan ook de onderwerpen bedrijfshulpverlening en biologische agentia opgenomen. De catalogus krijgt door de vele toevoegingen steeds meer het karakter van een oplossingenboek, waarmee instellingen (werkgevers en OR) hun eigen beleid op maat kunnen inrichten (zie [www.profijtvanarbobeleid.nl](http://www.profijtvanarbobeleid.nl)).

Tenslotte organiseert de VGN sinds twee jaar Praktijknetwerken Kennisbeleid & Sociale Innovatie. Deze netwerken zijn erop gericht om HRM-instrumenten op een andere, vernieuwende manier te ontwikkelen en in te zetten.

#### 7.4.2 Kernegegevens

Enkele kernegegevens over de branche staan in Tabel 7.14. De werkgelegenheid in de gehandicaptenzorg blijft groeien, het laatste jaar met ruim 5%. Binnen de zorgbranches is de gehandicaptenzorg samen met de ggz de grootste groeier. De gemiddelde duur van de werkweek is stabiel.

Uit de door Prismant uitgevoerde Werkgeversenquête (WGE, 2009) blijkt verder dat verreweg de meeste werknemers in de gehandicaptenzorg in vaste dienst zijn (89%). Het flexibele personeel bestaat bijna uitsluitend uit werknemers met een tijdelijk contract en oproepkrachten. Instellingen zijn ten opzichte van 2007 minder uitzendkrachten gaan inzetten en werken meer met oproepcontracten, doorgaans een goedkopere vorm van flexibel personeel. Het aandeel uitzendkrachten in de gehandicaptenzorg is hiermee het laagst in de Zorg en WJK (samen met de ggz, die ook een aandeel uitzendkrachten heeft van 0,3%).

Hoewel de gemiddelde leeftijd van de werknemers in de gehandicaptenzorg licht stijgt, is de gehandicaptenzorg binnen Zorg en WJK een middenmoter. Alleen bij de Jeugdzorg en de Kinderopvang is de gemiddelde leeftijd lager. Hetzelfde geldt voor het aandeel 50-plussers. Dit aandeel stijgt sinds 2003 met gemiddeld 7,8% per jaar. In 2008 is bijna een kwart van de werknemers in de gehandicaptenzorg 50-plusser.

De gehandicaptenzorg weet haar personeel steeds beter vast te houden. Zowel het bruto als het netto personeelsverloop vanuit de gehandicaptenzorg dalen sterk en zijn hiermee op het laagste niveau sinds 2003 gekomen. Dit geldt ook voor het ziekteverzuim. Actief beleid in de branche speelt hierbij mogelijk een rol (zie paragraaf 7.4.5).

**Tabel 7.14 Branchegegevens arbeidsmarkt Gehandicaptenzorg**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gem. groei per jaar 2003-2008
Aantal banen van werkzame personen	.	.	.	151.320	158.940	167.300	
- waarvan werknemers	128.298	135.831	140.614	141.730	148.250	156.000	4,0%
Aantal arbeidsjaren	.	.	.	92.920	98.570	103.800	
- waarvan werknemers	83.009	85.084	85.668	88.680	92.570	97.400	3,2%
Omvang gemiddelde werkweek	64,7%	62,6%	60,9%	62,6%	62,4%	62,4%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	38	38	39	39	39	39	
Aandeel 50+	16,6%	17,3%	19,2%	20,6%	22,7%	24,1%	
Aandeel vrouw	80,4%	81,1%	81,5%	81,8%	82,4%	83,1%	
Duur dienstverband (in jaren)	6,6	6,8	7,3	7,4	.	.	
Brutoverloop	12,9%	12,1%	11,2%	14,0%	12,8%	8,7%	
Nettoverloop	4,6%	5,2%	4,5%	5,8%	4,7%	3,2%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	6,5%	6,0%	5,7%	5,3%	5,4%	5,2%	

- De werkgelegenheid in 2008 is geschat obv de groei van het aantal werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM-database.

- Bron: CBS, PGGM, Vernet, Exit

### 7.4.3 Vraag en aanbod van personeel

Hoe gaat de werkgelegenheid in de gehandicaptenzorg zich ontwikkelen in de komende jaren? In RegioMarge 2009 (Van der Windt, et al., 2009) zijn hiervoor aan de hand van verschillende scenario's prognoses gemaakt. Ook hier wordt duidelijk dat door de recessie het aanbod aan arbeidskrachten toeneemt. In het lage scenario, het meest voor de hand liggend in de huidige conjunctuur met aangekondigde bezuinigingen, wordt de vraag naar personeel getemperd. In vergelijking met vorig jaar levert dit een verder verruimende arbeidsmarkt op. Dit betekent voor de gehandicaptenzorg dat tot 2013 geen grote tekorten aan personeel zijn te verwachten (overschot in 2013 van 0,2%, oftewel 200 personen).

Kanttekening hierbij is dat deze cijfers uitsluitend gaan over de kwantiteit van het benodigde personeel. Kijkend naar het kwalificatieniveau dient zich een andere werkelijkheid aan. In de gehandicaptenzorg zijn vooral de agogische opleidingen op niveau 3 en 4 van belang, en daarnaast de Zorg en Welzijn opleidingen op niveau 3 en 4. Uit RegioMarge blijkt dat alleen de sociaalagogen op niveau 3 in 2013 meer dan voldoende beschikbaar zal zijn. Het overaanbod bedraagt 3.480 personen. Bij de overige groepen is er sprake van een gezamenlijk tekort van 3,5% (10.860 personen).

Het ruime aanbod aan sociaalagogen op niveau 3 biedt mogelijk soelaas bij de tekorten op niveau 4. Echter, ook andere branches zullen een extra beroep willen doen op deze sociaalagogen. Dit geldt vooral voor de Jeugdzorg en de Kinderopvang. Verder is de inschatting dat in de branche een verschuiving in de personele behoefte zal optreden in de richting van hoger opgeleid personeel. Belangrijke redenen voor deze verschuiving zijn de toename van licht verstandelijke gehandicapten met gedragsproblemen en de extramuralisering waardoor medewerkers vaker alleen op de groep staan. Overigens is ook op kwalificatieniveau 5 (SPH5) sprake van een overaanbod.

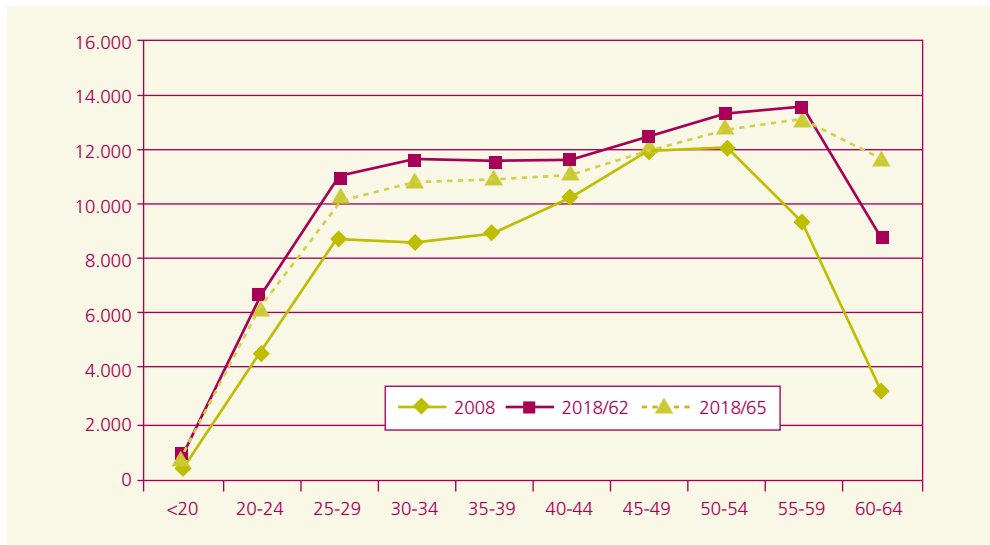
RegioMarge (2009) wijst op een aantal sturingsopties voor instellingen en branches om regie te voeren op de geschetste fricties tussen vraag en aanbod van personeel. Voor de gehandicaptenzorg lijken de volgende relevant:

- doorscholen van zowel zittende als instromende medewerkers van niveau 3 naar 4;
- aanbieden van een duale route voor doorstromers naar kwalificatieniveau 5;
- meer aanbod van werk op kwalificatieniveau 5. Ook taakherschikking in de medische zorg kan hierbij een optie zijn.

#### 7.4.4 De leeftijdsopbouw

De vergrijzing in Nederland is ook terug te zien in het personeelsbestand van de gehandicaptenzorg. Figuur 7.3 toont hoe de leeftijdsverdeling in 2008 is en hoe deze er in 2018 uit zal zien. Dit laatste zowel bij een uittredeleeftijd van 62 jaar als bij een uittredeleeftijd van 65 jaar. Hierbij is verondersteld dat de werkgelegenheid gemiddeld met 2% per jaar groeit (RegioMarge, 2009).

**Figuur 7.3 De leeftijdsopbouw van het personeel in de Gehandicaptenzorg in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw Prismant, PGGM-deelnemersbestand

Het aandeel 50-plussers stijgt van 24,1% in 2008 tot 31,2% (bij 62 jaar als uittredeleeftijd) of 34% (bij 65 jaar als uittredeleeftijd) in 2018. In figuur 7.3 is te zien dat het aantal 50-plussers in die periode toeneemt met bijna 8.000 personen of bijna 13.000.

Deze verschuiving onderstreept het belang van de nieuwe levensfaseregeling zoals afgesproken in de CAO 2009-2011, waarin generieke ontzietmaatregelen zijn vervangen door meer individueel gerichte instrumenten. Zonder deze nieuwe regeling zou de inroostering van onregelmatige diensten voor steeds grotere problemen gaan zorgen.

**Tabel 7.15 Het aandeel en het absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand van de Gehandicaptenzorg in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**

	2008	2018 / 62	2018 / 65
aandeel 50-plussers	24,1%	31,2%	34,0%
aantal 50-plussers	35.325	55.004	59.948

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw Prismant, PGGM-deelnemersbestand

#### 7.4.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

##### *Werkbeleving*

Begeleiders in de gehandicaptenzorg zijn redelijk positief over hun werk. Zij scoren een 3.5 op een schaal van 1 tot 5. De tevredenheid is stabiel over de jaren.

In Tabel 7.16 is te zien dat zij daarbij het meest positief zijn over hun werkevaluatie, met een score van 4.1. De factor 'werkevaluatie' is opgebouwd uit de aspecten inhoud van het werk, sfeer op de afdeling/in het team, loopbaanperspectieven, of men het werk als zinvol ervaart, ontwikkelingsmogelijkheden en afwisseling. Het minst positief zijn zij over de werkdruk.

Over de werkautonomie en de waardering door de leidinggevende is men vrij positief.

**Tabel 7.16 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

Gehandicaptenzorg	2000	2003	2005	2007	2009
Tevredenheid over werkdruk	2.5	2.8	3.0	2.8	2.8
Waardering van leidinggevende	3.5	3.6	3.5	3.6	3.6
Werkevaluatie	4.0	4.1	4.0	4.0	4.1
Werkautonomie	3.6	3.7	3.6	3.6	3.7
Algemene werkbeleving	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

##### *Personeelsbeleid*

In 2009 ervaren werkgevers vaker knelpunten bij het personeelsbeleid dan in 2007. Dit komt naar voren uit de Werkgeversenquête die in het voorjaar van 2009 heeft plaatsgevonden (Smeets e.a., 2009). 'Beheersing van de werkdruk' en 'Aantrekken van (nieuw) personeel' zijn de meest genoemde knelpunten. Bijna tweederde van de werkgevers ervaart deze problemen. In 2007 was dit minder dan de helft.

De helft van de instellingen die moeite hebben met het aantrekken van nieuw personeel hebben het afgelopen jaar specifieke acties in gang gezet. Meest genoemd zijn:

- werving via andere wervingskanalen (44%);
- extra werving via het gebruikelijke wervingskanaal (27%);
- zelf opleiden van (nieuw) personeel (12%).

Andere knelpunten die deel uitmaken van de top 5 zijn 'onder- of overkwalificatie van personeel', 'beperkingen als gevolg van de arbeidstijdenregeling' en 'onvoldoende beschikbaarheid van personeel als gevolg van verlof en vakanties'. Hoewel ook deze knelpunten steeds door bijna de helft van de instellingen worden genoemd, neemt slechts een beperkt aantal instellingen specifieke maatregelen. De meest genoemde maatregelen zijn respectievelijk 'het inzetten van extra scholing', 'het aanpassen van de dienstroosters' en 'inzetten van uitzendkrachten'.

'Onder- of overkwalificatie van personeel' en 'problemen met de arbeidstijdregeling' zijn problemen die specifiek zijn voor de gehandicaptenzorg.

Instellingen in de gehandicaptenzorg voeren een actief HR-beleid op verschillende terreinen. In Tabel 7.17 staat weergegeven op welke terreinen men vooral actief is.

**Tabel 7.17 De mate waarin beleid bestaat m.b.t. verschillende HR- onderwerpen in de Gehandicaptenzorg**

	geen beleid	plannen	beleid geschreven	implementatiefase	geïmplementeerd
Intern voorkeursbeleid bij vervullen van vacatures	6,3	1,6	4,8	7,9	79,4
ARBO-beleid	0,0	4,8	4,8	11,1	79,4
Opleidingsbeleid	1,6	3,2	9,5	12,7	73,0
Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken	0,0	1,6	9,5	17,5	71,4
Gezondheidsmanagement, waaronder ziekteverzuim	3,2	3,2	14,3	11,1	68,3
Loopbaan- c.q. carrièrebeleid	19,0	19,0	27,0	9,5	25,4
Management Developmentprogramma	28,6	14,3	19,0	12,7	25,4
Leeftijdswaardig personeelsbeleid	30,2	20,6	20,6	14,3	14,3
Koppeling functionerings- en/of beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek	73,0	9,5	4,8	3,2	9,5
Strategische personeelsplanning	25,4	31,7	19,0	15,9	7,9

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismat

In bijna 80% van de instellingen geldt bij vacatures een voorkeursbeleid voor interne kandidaten. Ook arbobeleid, opleidingsbeleid en gezondheidsmanagement zijn of worden op dit moment geïmplementeerd.

Vergrijzing wordt door éénderde van de instellingen als knelpunt ervaren. Dit betekent overigens niet dat al veel beleid wordt gevoerd op dit terrein (14,3%).

Meest genoemde maatregelen die de instellingen nemen zijn:

- invoeren van levensfasebewust personeelsbeleid (43%);
- extra aantrekken van jong personeel (29%);
- aanpassen takenpakket oudere medewerkers (29%).

De flexibilisering van het levensfasebeleid (CAO Gehandicaptenzorg 2009-2011) gaat ongetwijfeld stimulerend werken op de verdere ontwikkeling van instellingsbeleid op dit terrein.

Opmerkelijk, doch niet uitzonderlijk in de sector, is dat strategische personeelsplanning doorgaans ontbreekt. De 7,9% van de instellingen die wel dergelijk beleid voeren zijn te kenschetsen als voorlopers. Een kwart van de instellingen heeft geen plannen om een dergelijk beleid te ontwikkelen. Mogelijk dat toekomstige personeelstekorten op verschillende kwalificatieniveaus en de noodzaak tot interne sturing (scholing, bijscholing, omscholing) hier een stimulerende werking zullen hebben.

In de Werkgeversenquête is ook gevraagd naar de culturele diversiteit in de instellingen. De branche voert hiertoe immers een stimuleringsbeleid (zie paragraaf 7.4.1). De meting van de Werkgeversenquêtes kan daarbij als nulmeting gelden.

De instellingen in de gehandicaptenzorg hebben gemiddeld 3% allochtone medewerkers in dienst. Een kwart van de instellingen ontplooit activiteiten gericht op allochtone (kandidaat) medewerkers. Deze activiteiten zijn vooral gericht op instroom en behoud. Het gemiddelde aantal allochtone cliënten bedraagt 9%. Bijna één op de tien instellingen hebben acties ondernomen gericht op allochtone cliënten.

## 7.5 Verpleging & Verzorging en Thuiszorg (inclusief Kraamzorg)

### 7.5.1 Ontwikkelingen

#### *Financiële situatie*

Een kwart van de VVT instellingen geeft in de Continue Benchmark VVT (PWC, 2008) aan een negatief financieel resultaat te hebben. De financiële situatie van instellingen heeft grote invloed op hun investeringen, aannamebeleid, opleidingsbeleid en hun lopende activiteiten. Dit heeft tot gevolg dat instellingen voorzichtig zijn met het aantrekken van personeel. Ook uit Regiomarge 2009 blijkt dat zorgorganisaties een meer terughoudend aannamebeleid voeren dan voorgaande jaren (Van der Windt e.a., 2009). Dit hoeft niet te verbazen aangezien de personele kosten in VVT-instellingen gemiddeld 64% van de totale kosten bedragen (CBS statline, 2007).

Hoewel deze lagere vraag op korte termijn niet leidt tot problemen op de arbeidsmarkt, zijn de gevolgen op langere termijn ernstig te noemen. Uit RegioMarge 2009 blijkt immers dat er op langere termijn grote tekorten aan personeel zullen ontstaan. Wanneer het straks iets beter gaat met de economie zullen de tekorten daardoor nog sneller toenemen.

#### *Invoering van ZZP-financiering*

Vanaf 1 januari 2010 vindt de bekostiging voor verpleeg- en verzorgingshuizen plaats op basis van Zorgzwaartepakketten (ZZP). Voor elke cliënt wordt op basis van zijn behandeling/diagnose vastgesteld hoeveel geld de instelling krijgt. 'Zware' cliënten krijgen hierbij relatief meer budget. Door de invoering van de ZZP's vindt een herallocatie van middelen plaats.

In 2009 voeren instellingen naast hun huidige administratie een ZZP-administratie. Instellingen worden nog niet daadwerkelijk betaald naar ZZP's. De NZa heeft in haar voortgangsrapportage invoering ZZP's (NZa, 2009) geconstateerd dat door zorgzwaartebekostiging 81% van de verpleeg- en verzorgingshuizen meer geld tot hun beschikking krijgen.

Hoe zorgorganisaties omgaan met de komst van ZZP's is nog onduidelijk en daarmee ook wat de gevolgen zijn voor het personeel. Worden hierdoor andere strategische keuzen gemaakt? Vindt er een aanpassing van de personele formatie plaats in kwalitatieve of in kwantitatieve zin? Of gaan instellingen zich richten op cliëntgroepen die bij de personeelsformatie horen?

Een bijeffect dat in de huidige crisis voor instellingen tot een lastige situatie kan leiden is dat de financiering tot nu toe vooraf was en in de ZZP-financiering achteraf. Instellingen beschikken dus tijdelijk over minder geld.

#### *Wmo*

In 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) ingevoerd, waardoor de huishoudelijke hulp van de AWBZ naar de Wmo is overgeheveld. Dit heeft tot een aantal ongewenste effecten geleid (Van der Velde e.a., 2007). Zo lagen de tarieven van gemeenten voor de huishoudelijke hulp in 2008 gemiddeld 2 tot 4 euro onder de kostprijs (PWC, 2008). Het gevolg hiervan was dat van organisaties waarbij de huishoudelijke hulp meer dan 5% van de totale opbrengst bedroeg, de helft in 2007 in de rode cijfers is beland (CBS, 2009). Door de lagere Wmo-tarieven, is een verschuiving opgetreden van thuishulpen die in dienst zijn van de zorginstelling naar alphahulpen

die niet in dienst van een zorginstelling zijn. Het totaal aantal voltijdbanen (incl. Alphahulpen) in de ouderen- en thuiszorg is in 2007 wel bijna gelijk gebleven op 230.000 (CBS, 2009).

De publiciteit rondom de Wmo heeft gezorgd voor veel maatschappelijke onrust. In 2008 heeft staatssecretaris Bussemaker van VWS uitgesproken dat het onwenselijk is dat thuishulpen vervangen werden door alphahulp. Er moeten zoveel mogelijk mensen voor de zorg behouden worden. Daarom zijn meerdere maatregelen getroffen. Enerzijds is er 20 miljoen uitgetrokken voor op- en bijscholing, zodat thuishulpen kunnen doorgroeien binnen de zorginstellingen. Anderzijds heeft de staatssecretaris bepaald dat alphahulpen alleen ingezet mogen worden als de cliënt daarmee expliciet akkoord gaat. Omdat de inzet van alphahulpen een grotere administratieve last voor de cliënt oplevert zullen cliënten vaker kiezen voor een huishulp dan voor een alphahulp. De staatssecretaris heeft derhalve 40 miljoen euro beschikbaar gesteld voor organisaties die alphahulpen in dienst willen nemen of om de inzet van huishulpen A kostendekkend te maken. De alphahulpen zijn echter niet voornemens in loondienst te gaan bij een zorginstelling en zullen eerder de neiging hebben de branche te verlaten (Zorgvisie, 30-07-2008).

De hierboven genoemde onbedoelde effecten van de invoering van de Wmo kunnen leiden tot imago-schade in de branche. Negatieve publiciteit over de thuiszorg en over massale ontslagen maken het niet aantrekkelijk om in deze branche te werken. Bovendien keren mensen die ontslagen zijn de branche de rug toe.

Ook voor de interne organisatie heeft dit gevolgen. De doorstroom in de onderste lagen in het functiegebouw vermindert doordat er minder huishulpen zijn. Bovendien zijn de kansen voor zij-instromers zo ook minder groot. Een aantal thuiszorgorganisaties is inmiddels gestopt met het aanbieden van huishoudelijke hulp. Onderzoek onder de leden van Actiz laat zien dat 42% overweegt te stoppen met het aanbieden van huishoudelijk verzorging, 29% verwacht daarentegen uitbreiding (Mandour, 2008). In de huidige aanbestedingsronde dingen in sommige gemeenten nu ook schoonmaakbedrijven mee.

In de verpleeghuiszorg is er een tendens naar kleinschalige woonvormen die vooral in combinatie met nieuwbouw worden gerealiseerd. Kleinschalige woonvormen zullen vaker gerealiseerd worden in grootschalige voorzieningen, in verband met financiële haalbaarheid, beschikbaarheid van voldoende faciliteiten en de gewenste kwaliteit van zorg.

Vooraf bij kleinschalige woonvormen in de wijk kan het lastig zijn het juiste personeel in te zetten op de locatie. Er is in de kleinere woonvormen voor bepaalde functies eigenlijk te weinig werk en dus zou iemand meerdere taken voor zijn rekening moeten nemen. Deze taken zijn echter te verschillend om door één discipline te laten uitvoeren. Maar de taken zijn weer te minimaal voor verschillende disciplines. Toch zijn er in deze woonvormen in de wijk bepaalde functies continu nodig. Welke gevolgen dit heeft voor de behoefte aan personeel is nog onduidelijk.

#### *Kraamzorg*

Door versoberde indicaties voor met name huishoudelijke hulp, is het aantal contracten dat werd aangeboden in de kraamzorg afgenomen en zijn er tekorten ontstaan. Om deze tekorten aan te vullen is Actiz inmiddels gestart met het verkort opleiden van zij-instromers (Actiz, 2009). Deze aanpak lijkt succes te hebben: in 2009 zijn ongeveer 900 nieuw opgeleide kraamverzorgenden aan de slag gegaan en de problemen die zich in de zomer van 2008 voordeden waren in 2009 een stuk minder.

*Gebruik van technologie*

Door de inzet van domotica in de zorg kan de kwaliteit van leven voor de cliënten worden verhoogd. Zij kunnen langer zelfstandig leven en doordat door de inzet van technologie cliënten voortdurend gemonitord kunnen worden zijn minder vrijheidsbeperkende maatregelen nodig. Daarnaast kan inzet van technologie ook leiden tot besparing op het personeel. Zo kan bereikt worden dat er minder slaapdiensten nodig zijn, omdat cliënten met een computersysteem in de gaten worden gehouden (Jansen e.a., 2009).

*Kwaliteit van zorg*

In 2007 is het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg gepubliceerd (Actiz e.a., 2007) In dit kader is vastgelegd wat verstaan wordt onder verantwoorde zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Doel van het kwaliteitskader is het bieden van zorg van goed niveau, doeltreffend, doelmatig, veilig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. In dit kader is ook opgenomen dat er voldoende en bekwaam personeel binnen de instellingen dient te zijn. Een van de eisen is dat er binnen 10 minuten een verpleegkundige aanwezig moet kunnen zijn bij een cliënt. Waar verpleegkundigen de afgelopen decennia zijn verdwenen van de werkvloer, staan instellingen nu voor de uitdaging de zorg opnieuw vorm te geven.

*Medische zorg voor ouderen*

Ook de medische zorg in de VVT branche is in beweging. De verpleeghuisarts en sociaal geriater heten vanaf 2009 'specialist ouderengeneeskunde'. De nieuwe naamgeving maakt duidelijk dat de specialist ouderengeneeskunde zich niet alleen richt op mensen in verpleeghuizen, maar er is voor alle kwetsbare ouderen met complexe gezondheidsproblemen, ongeacht de plaats waar ze verblijven.

Afgelopen jaren werd verwacht dat veel meer ouderen thuis zouden blijven wonen (extramuralisatie). Ook de specialist ouderengeneeskunde zou vaker buiten de muren van de instelling werkzaam worden. In de praktijk blijkt deze ontwikkeling minder snel te verlopen dan verwacht. Bijna driekwart van de cliënten die de specialist ouderengeneeskunde behandelt wonen in een verpleeghuis, dit percentage is gelijk aan het percentage in 2004 (Verijdt en Van der Windt, 2009).

Binnen de ouderenzorg wordt naar oplossingen gezocht om de groeiende zorgvraag en de afname in de groei van het aantal specialisten ouderengeneeskunde het hoofd te bieden. Een van de mogelijkheden is het verschuiven van taken naar andere professionals, zoals nurse practitioners en praktijkverpleegkundigen. Vooral de inzet van een nurse practitioner kan tot een behoorlijke substitutie van taken leiden hetgeen veel tijdwinst oplevert voor de specialist ouderengeneeskunde (Bloemendaal e.a., 2009).. De nurse practitioner wordt meestal ingezet als medebehandelaar als er een tekort aan artsen is. Deze professional vult veelal de vacante artsenformatie op.

**7.5.2 Kerngegevens**

Het aantal banen van werkzame personen nam in 2008 af ten opzichte van het jaar ervoor. Wanneer alleen gekeken wordt naar het aantal banen van werknemers, dus mensen die in loondienst zijn, neemt het aantal banen al twee jaar op rij af. Ook wanneer naar het aantal arbeidsjaren gekeken wordt, een equivalent van het aantal fte dat werkzaam is, zien we dat het aantal al voor het tweede jaar op rij afneemt. Het aantal arbeidsjaren van werknemers is in 2008 zelfs lager dan in 2003. De omvang van de gemiddelde werkweek voor werkzame personen in de VVT is in 2008 gelijk gebleven aan die van 2007, 54,1%.



De alphahulpen zijn niet opgenomen in onderstaande tabel, omdat zij niet in dienst zijn van een instelling en minder dan 12 uur per week werken.

**Tabel 7.18 Branchegegevens arbeidsmarkt VVT**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aantal banen van werkzame personen	.	.	.	460.790	479.710	473.300
- waarvan werknemers	363.706	364.018	373.893	404.010	388.660	383.500
Aantal arbeidsjaren	.	.	.	232.430	231.650	228.600
- waarvan werknemers	212.085	213.907	216.626	221.680	210.230	207.400
Omvang gemiddelde werkweek	58,3%	58,8%	57,9%	54,9%	54,1%	54,1%

De werkgelegenheid in 2008 is geschat obv de groei van het aantal werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM-database.

Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

Demografische kenmerken en verloopcijfers van medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg zijn in onderstaande tabellen apart weergegeven.

**Tabel 7.19 Branchegegevens Verpleeg- en Verzorgingshuizen**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	40	40	41	41	41	41
Aandeel 50+	21,9%	23,4%	25,0%	27,2%	28,5%	30,2%
Aandeel vrouw	88,7%	89,0%	89,3%	89,5%	89,5%	90,2%
Brutoverloop	12,9%	11,4%	11,3%	13,8%	14,1%	12,5%
Nettoverloop	4,9%	5,2%	5,3%	5,8%	6,3%	5,3%
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	6,5%	6,1%	5,8%	5,4%	5,4%	5,5%

Bron: PGGM, Vernet, Exit

De gemiddelde leeftijd van medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen is afgelopen vier jaar gelijk gebleven. Wel stijgt het aandeel 50-plussers gestaag, naar 30,2% in 2008. Ook het aandeel vrouwen is licht toegenomen ten opzichte van vorige jaren.

Het bruto- en het nettoverloop is ten opzichte van voorgaande jaren weer gezakt, evenals het ziekteverzuim.

**Tabel 7.20 Branchegegevens Thuiszorg**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	.	43	.	.	42	42
Aandeel 50+	.	27,0%	.	.	30,4%	32,6%
Aandeel vrouw	.	96,0%	94,7%	.	94,8%	94,8%
Brutoverloop	16,8%	17,8%	18,0%	16,6%	15,7%	15,7%
Nettoverloop	9,8%	7,9%	10,1%	9,4%	7,7%	7,2%
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	7,6%	7,1%	6,5%	6,0%	6,3%	6,4%

Bron: PGGM, Vernet, Exit

In de thuiszorg is de gemiddelde leeftijd de afgelopen twee jaar gelijk gebleven, het percentage 50-plussers is daarentegen wel gestegen. Het brutoverloop in de thuiszorg is na twee jaar van afname dit jaar gelijk aan vorig jaar, te weten 15,7%. Bij het nettoverloop zet de trend van afname wel door.

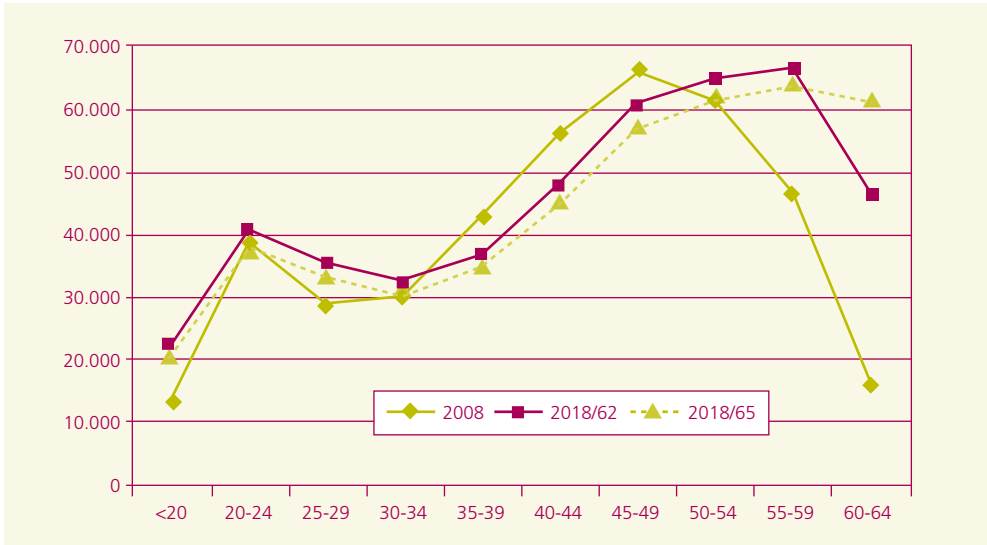
### 7.5.3 Vraag en aanbod van personeel

Het merendeel van de werknemers in de VVT-sector heeft een vast dienstverband (82,5%). De inzet van tijdelijk personeel is over de gehele VVT-sector gelijk gebleven ten opzichte van vorige jaren. Wel is de samenstelling van het tijdelijk personeel veranderd. Men is bij 27% van de instellingen met meer oproepkrachten gaan werken. Daar staat tegenover dat men bij 32% van de instellingen met minder uitzendkrachten werkt. Opvallend is dat het aantal alphahulpen ongeveer gelijk is gebleven. Bij 9% is dit aantal toegenomen, bij 3% is dit aantal afgenomen en bij 88% is het aantal alphahulpen gelijk gebleven ten opzichte van vorige jaren. ZZP'ers komen nauwelijks voor. In een VVT-instelling komt gemiddeld één ZZP'er voor. Dat komt neer op 0,3%. (Smeets, et al., 2009).

In RegioMarge 2009 is een hoog scenario en een laag scenario uitgewerkt met betrekking tot vraag en aanbod van personeel in de komende jaren. De vooruitzichten voor wat betreft vraag en aanbod van personeel zijn anders dan enkele jaren geleden. Gezien de onzekerheden die spelen, de recessie en mogelijke bezuinigen door de overheid, is de verwachting dat de vraag naar personeel getemperd wordt. In het lage scenario wordt hiermee rekening gehouden. Volgens beide scenario's wordt er in 2013 voor de verpleeg- en verzorgingshuizen een tekort verwacht en voor de thuiszorg een (licht) overschot aan personeel. In het lage scenario wordt voor de verpleeg- en verzorgingshuizen een tekort verwacht van 2.500 (1.7%). In het hoge scenario ziet het er nog slechter uit, daarbij wordt een tekort van 5.600 (3.6%) verwacht. Voor de thuiszorg zien we in het lage scenario een overschot van 1.200 (1.7%) en in het hoge scenario een overschot van 100 personen (0%). (Van der Windt et al., 2009).

### 7.5.4 De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in verpleeg- en verzorgingshuizen vergrijsd de komende jaren. De volgende figuur laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2008 is en hoe deze zich ontwikkelt wanneer het huidige patroon van in- en uitstroom naar leeftijd zo blijft. Er zijn twee scenario's opgenomen voor wat betreft de uittredeleeftijd. Eén, waarbij medewerkers op 62-jarige leeftijd uit dienst treden en één waarbij zij op 65-jarige leeftijd uit dienst treden. Daarnaast is de aanname gedaan dat de werkgelegenheid jaarlijks met 2,9% groeit (conform de verwachting in RegioMarge 2009).

**Figuur 7.4** De leeftijdsopbouw van het personeel in de VVT in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's.

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

**Tabel 7.21** Het aandeel en absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand van de VVT in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's

	2008	2018 / 62	2018 / 65
aandeel 50-plussers	31,0%	39,2%	42,8%
aantal 50-plussers	124.715	178.549	194.997

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

Het aandeel 50-plussers is in 2008 31%, bij een uittredeleeftijd van 62 jaar zal het percentage 50-plussers in 2018 39,2% zijn, bij een uittredeleeftijd van 65 jaar zal dit percentage 42,8% zijn.

### 7.5.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

De werkbeleving van het VOV-personeel in de VVT geven in de achtereenvolgende werknemersonderzoeken doorgaans positieve resultaten. Het werknemersonderzoek van 2009 laat een lichte stijging zien in de werkbeleving ten opzichte van de voorgaande jaren. Het lijkt erop dat medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen meer tevreden zijn met de werkdruk. Doordat de verpleeg- en verzorgingshuizen niet meer van de thuiszorg worden onderscheiden zal dit effect ten dele worden verklaard door de werknemers in de thuiszorg die in 2007 ook al 3,0 scoorden op tevredenheid over de werkdruk. Echter, doordat de score van de thuiszorg niet verlaagd is, betekent dit dat medewerkers in de verpleeg- en verzorgingshuizen ook positiever over hun werkdruk zijn gaan oordelen.

**Tabel 7.22 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

Verpleging en Verzorging	2000	2003	2005	2007	2009*
Tevredenheid over werkdruk	2,2	2,6	2,9	2,6	3,0
Waardering van leidinggevende	3,6	3,6	3,5	3,6	3,6
Werkevaluatie	3,9	4,0	4,0	4,0	4,0
Werkautonomie	3,4	3,5	3,7	3,5	3,7
Algemene werkbeleving	3,3	3,4	3,5	3,4	3,6

\*de scores voor V&V en Thuiszorg zijn in 2009 niet meer afzonderlijk gemeten.

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

**Tabel 7.23 De gemiddelde score op de werkbeleving van VOV-personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

Thuiszorg	2000	2003	2005	2007	2009*
Tevredenheid over werkdruk	2,7	3,1	2,7	3,0	3,0
Waardering van leidinggevende	3,6	3,8	3,6	3,5	3,6
Werkevaluatie	4,0	4,1	3,9	4,0	4,0
Werkautonomie	3,8	3,9	3,5	3,7	3,7
Algemene werkbeleving	3,5	3,7	3,4	3,5	3,6

\*de scores voor V&V en Thuiszorg zijn in 2009 niet meer afzonderlijk gemeten.

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

De knelpunten binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg die het meest worden ervaren zijn de vergrijzing van het personeel (64,8%) en het aantrekken van personeel (63,6%). In Tabel 7.24 is verder te zien dat met name rondom de vergrijzing het aantal werkgevers dat dit knelpunt noemt is toegenomen. Ongeveer driekwart van de werkgevers heeft hiervoor geen maatregelen getroffen. Het andere deel trekt jong personeel aan, heeft levensfasegericht personeelsbeleid ingevoerd of past het takenpakket van oudere werknemers aan.

Andere knelpunten zijn de beheersing van de werkdruk (59,8%), onvoldoende beschikbaarheid van het personeel (57,4%) en het ziekteverzuim en/of WAO-instroom (48,5%).

Tabel 7.24 Top-5 Knelpunten en maatregelen in 2009 (gedeelte tussen haakjes is 2007)

Knelpunten en maatregelen	% werkgevers
<b>1. vergrijzing van het personeel</b>	<b>64,8% (44,9%)</b>
geen maatregelen genomen	74,8%
extra aantrekken van jong personeel	19,9%
invoering levensfasegericht personeelsbeleid	16,5%
aanpassing takenpakket oudere medewerkers	14,0%
anders	4,4%
<b>2. het aantrekken van (nieuw) personeel</b>	<b>63,6% (62,8%)</b>
werving via andere wervingskanalen	48,6%
geen maatregelen genomen	47,0%
extra werving via het gebruikelijke wervingskanaal	41,3%
zelf opleiden van (nieuw) personeel	14,6%
aanpassen van arbeidsvoorwaarden	7,0%
<b>3. beheersing van de werkdruk</b>	<b>59,8% (52,4%)</b>
<b>4. onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/vakanties</b>	<b>57,4% (49,0%)</b>
geen maatregelen genomen	76,8%
inzetten uitzendkrachten	21,1%
aanpassing van roosters	13,0%
aanpassing individuele afspraken met medewerkers	9,5%
pool opgezet	4,2%
<b>5. ziekteverzuim en/of WAO-instroom</b>	<b>48,5% (40,6%)</b>
geen maatregelen genomen	63,3%
meer aandacht voor verzuim	40,0%
nieuw verzuimbeleid ontwikkeld	22,1%
verantwoordelijk maken van het lijnmanagement	17,1%
verbetering verzuiminformatie	16,3%

Bron: Werkgeversenquête 2007 en 2009, Prismant

Ten opzichte van de zorgsector als geheel, is binnen de VVT het ziekteverzuim een opvallend knelpunt. Meer aandacht voor verzuim, nieuw verzuimbeleid, het verantwoordelijk maken van het lijnmanagement en verbetering van verzuiminformatie worden regelmatig als maatregel genoemd. Het grootste deel van de instellingen (63,3%) geeft echter aan geen maatregelen te hebben genomen. Evenals andere branches in de zorgsector, komen de vergrijzing, het aantrekken van personeel, de beheersing van de werkdruk en de onvoldoende beschikbaarheid van personeel vaak als knelpunt naar boven. Het ziekteverzuim is echter een onderdeel waarbij met name de VVT branche moeilijkheden ervaart.

In tabel 7.25 wordt weergegeven in welke mate er beleid bestaat ten aanzien van een aantal belangrijke HR-onderwerpen. Deze onderwerpen zijn gekozen op basis van raadpleging van inhoudsdeskundigen. Opvallend is dat 85% aangeeft dat ten aanzien van vacature-invulling een voorkeursbeleid geldt. Dit betekent dat principes als 'interne kandidaten hebben voorrang ten opzichte van externe kandidaten' veel worden toegepast. Ook de opzet van een jaarlijkse cyclus van functionerings- en beoordelingsgesprekken blijkt ruim geïmplementeerd te zijn (bijna 73%). Een koppeling met het beloningsbeleid is echter nog nauwelijks gerealiseerd. In bijna 70% van de gevallen is überhaupt nog geen beleid hierop gemaakt. Voor het ontwikkelen van loopbaan- en carrièrebeleid is in ongeveer de helft van de instellingen beleid geschreven, dan wel zijn er plannen in die richting gemaakt. Er is echter nog nauwelijks sprake van implementatie op dit onderwerp. Hetzelfde geldt, weliswaar in mindere mate, voor de onderwerpen management development en leeftijdsbewust personeelsbeleid. Arbobeleid is redelijk tot goed geïmplementeerd of bevindt zich in de fase waarin men bezig is met toepassing. Van ontwikkeling van strategische personeelsplanning is nog weinig sprake. Gezondheidsmanagement (waaronder ziekteverzuim) daarentegen is voor een verrassend groot deel (tweederde) reeds geïmplementeerd.

**Tabel 7.25 De mate waarin beleid bestaat mbt de verschillende HR-onderwerpen in de VVT**

	geen beleid	plannen	beleid geschreven	implementatiefase	geïmplementeerd
Intern voorkeursbeleid bij vervullen van vacatures	3,9	2,2	2,2	6,1	85,2
Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken	0,4	1,3	6,6	18,3	72,9
Koppeling functionerings- en/of beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek	68,6	17,5	3,9	3,9	6,1
Loopbaan- c.q. carrièrebeleid	22,7	31,9	24,0	8,3	13,1
Management Developmentprogramma	37,6	21,8	15,7	6,6	17,5
Leeftijdsbewust personeelsbeleid	20,5	29,3	20,5	13,5	15,7
ARBO-beleid	0,4	2,6	4,4	17,9	73,8
Opleidingsbeleid	3,5	4,8	10,9	17,5	62,9
Strategische personeelsplanning	18,8	31,9	19,2	15,3	13,1
Gezondheidsmanagement, waaronder ziekteverzuim	3,5	3,1	10,0	17,9	65,1

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

## 7.6 Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening

### 7.6.1 Ontwikkelingen

De branche Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening bestaat uit ongeveer 2.500 organisaties met in totaal ongeveer 74.000 werknemers. Deze organisaties bieden een grote variëteit aan maatschappelijke diensten en voorzieningen aan burgers, zoals jeugd- en jongerenwerk, algemeen maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, peuterspeelzalen, schuldhulpverlening, juridische hulp en adviesdiensten, cultureel werk, werktoeleiding, opvang asielzoekers, welzijnsdiensten voor ouderen, buurtwerk en opbouwwerk. Het merendeel van de organisaties heeft minder dan tien werknemers. Zowel demografische, maatschappelijke als beleidsontwikkelingen hebben invloed op de branche.

#### *Wet maatschappelijke ondersteuning*

In 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) ingevoerd. De Wmo verving een aantal andere wetten, waaronder de Welzijnswet. De Wmo wordt uitgevoerd door gemeenten. Dit is op zich geen verandering ten opzichte van de Welzijnswet. Wel hebben gemeenten meer beleidsvrijheid gekregen en bepalen zij zelf bij welke aanbieder zij de welzijnsdiensten inkopen die onder de Wmo vallen. Voor welzijnsorganisaties brengt dit veranderingen met zich mee. Waar welzijnsorganisaties voorheen subsidierelaties hadden met gemeenten, zal steeds meer sprake zijn van zakelijke afspraken over doelen, te leveren prestaties en verantwoording van deze prestaties. Bovendien is de verwachting dat de concurrentie tussen welzijnsorganisaties toe gaat nemen (Bureau Bartels, 2009a).

In de periode eind 2008, begin 2009 heeft in opdracht van FCB een meting plaatsgevonden onder welzijnsorganisaties, om inzicht te krijgen in de gevolgen van de Wmo voor de arbeidsmarkt in de branche welzijn en maatschappelijke dienstverlening. Uit deze meting bleek dat de relaties met gemeenten zijn verzakelijkt. Aanbestedingen waren echter ten tijde van de meting nog geen gemeengoed en daar waar wel werd aanbesteed, maakten deze aanbestedingen vaak maar een klein deel uit van het totale budget van de welzijnsorganisatie. Meer dan de helft van de organisaties gaf aan dat een ander type diensten wordt gevraagd: verschillende prestatievelden worden met elkaar verbonden en diverse organisaties moeten in ketenverband met elkaar samenwerken. Verder leggen veel gemeenten de nadruk op het begrip 'civil society', waarbij veel meer om 'welzijnswerk nieuwe stijl' wordt gevraagd. Hierin staat de zelfredzaamheid van cliënten voorop en worden eisen gesteld aan de begeleiding van vrijwilligers en andere veldpartijen, waardoor de burgerparticipatie toe moet nemen (Bureau Bartels, 2009a).

Driekwart van de organisaties had ten tijde van de meting geen wijzigingen op het terrein van de tarieven ondervonden. Wel was een groot deel van de organisaties bezig met organisatorische veranderingen (soms als direct gevolg van de Wmo, soms fungeerde de Wmo meer als katalysator) en vonden bij de meerderheid van de organisaties veranderingen in de dienstverlening plaats, zoals verbreding van het aanbod, een toenemende aandacht voor verantwoording van output en effecten en toenemende aandacht voor de kwaliteit van dienstverlening (Bureau Bartels, 2009a). Ten tijde van de meting waren geen grote verschuivingen zichtbaar wat betreft toe- of afname van personeel. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat nog niet op grote schaal aanbestedingen plaatsvonden en dat de aanbestedingen die plaatsvonden, meestal 'extra werk' betroffen in plaats van reguliere activiteiten. Een klein deel (13%) van de organisaties gaf aan dat het verloop was toegenomen, terwijl bij 31% van de organisaties het aantal tijdelijke contracten was toegenomen.

Daarnaast werden kwalitatieve gevolgen voor het personeel aangegeven: 60% van de organisaties gaf aan als gevolg van de Wmo andere eisen te stellen aan de competenties en vaardigheden van het personeel. Organisaties hechten veel belang aan competenties als vraag- en klantgericht kunnen werken, aanpassingsvermogen/flexibiliteit, resultaatgericht werken, samenwerking met ketenpartners, verantwoording van inzet en activiteiten, het nemen van initiatief, het kunnen netwerken, het kunnen geven van een presentatie en marktgericht zijn. De feitelijke aanwezigheid van deze competenties bij medewerkers blijft echter achter bij het belang dat aan deze vaardigheden wordt gehecht. Naast de andere eisen aan de competenties van medewerkers zijn ook andere veranderingen waarneembaar: 65% van de organisaties geeft aan dat de inhoud van het werk is veranderd (toenemende aandacht voor tijdsregistratie en registratie van de effecten van het werk, een andere methodiek van werken, namelijk welzijn nieuwe stijl, en een meer integrale, thematische aanpak). Eveneens 65% van de organisaties geeft aan dat de coördinatie van het werk is gewijzigd en 56% geeft aan dat de werkdruk is toegenomen (Bureau Bartels, 2009a).

De verwachting is wel dat het aantal aanbestedingen de komende jaren toe zal nemen, en daarmee ook het aandeel van de omzet dat via aanbestedingen behaald dient te worden. Waarschijnlijk zullen de hierboven genoemde ontwikkelingen verder doorzetten en zullen er in de toekomst verdere effecten op de arbeidsmarkt optreden.

#### *De wet OKE*

In het najaar van 2009 is het wetsvoorstel Ontwikkelingskansen door Kwaliteit en Educatie (wetsvoorstel OKE) ingediend bij de Tweede Kamer. De wet zal naar verwachting op 1 augustus 2010 in werking treden. De wet is er op gericht om kinderen met een taalachterstand zo vroeg mogelijk te helpen bij het aanpakken van hun taalachterstand, door meer en betere voorschoolse educatie te bieden in de kinderopvang en peuterspeelzalen. In de wet is ook een landelijk kwaliteitskader voor peuterspeelzalen opgenomen, waardoor de kwaliteitseisen van de peuterspeelzalen en de kinderopvang meer met elkaar op één lijn komen. Een groep mag maximaal uit 16 kinderen bestaan, er dient één leidster te zijn op maximaal 8 peuters en op iedere groep dient in ieder geval een leidster aanwezig te zijn met een opleiding op SPW 3 niveau of gelijkwaardig. Als er voorschoolse educatie wordt gegeven, moeten er twee gediplomeerde krachten zijn (Wetsvoorstel OKE). Er zal een opleidingstraject starten om meer pedagogisch medewerkers van de peuterspeelzalen te scholen. In opdracht van de MOGroep heeft in 2009 onderzoek plaatsgevonden naar de scholingsbehoefte die peuterspeelzalen ervaren naar aanleiding van de kwaliteitseisen in de wet OKE. Daar kwam uit naar voren dat er halverwege 2009 naar schatting 90 peuterspeelzalen zijn die peutergroepen hebben zonder gekwalificeerde beroepskrachten. Het gaat voor een groot deel om kleine, zelfstandige peuterspeelzalen die uitsluitend op vrijwilligers draaien. Ongeveer driekwart van de peuterspeelzalen met uitsluitend vrijwilligers zal activiteiten ondernemen om aan de kwalificatie-eis te kunnen voldoen, met name door het scholen van mensen via EVC-trajecten en in mindere mate door het opleiden van vrijwilligers tot beroepskrachten. Een kleine groep zoekt mogelijkheden in fusies of samenwerking met andere organisaties. Van de peuterspeelzalen die geen groepen hebben zonder gekwalificeerde beroepskrachten, gaf 95% aan te voldoen aan de kwalificatie-eis. De behoefte aan EVC- en scholingsprojecten is daar dan ook beperkt (Bureau Bartels, 2009b).

Het ministerie van OC&W heeft € 43,5 miljoen uitgetrokken om meer en betere voorschoolse educatie te realiseren en € 60 miljoen om de kwaliteit en toegankelijkheid van peuterspeelzalen te verbeteren (OC&W, 30 juni 2009).



*Samenwerking peuterspeelzalen en kinderopvangorganisaties*

In de zomer hebben vertegenwoordigers van peuterspeelzalen, kinderopvangorganisaties, ouders en gemeenten een samenwerkingsovereenkomst getekend. Zij spreken hiermee hun bereidheid uit om samen te werken aan een goede invoering van de wet OKE. Gemeenten, kinderdagverblijven en peuterspeelzalen krijgen ondersteuning bij de aanpassingen die nodig zijn door de invoering van de wet OKE. In de praktijk wordt er al samengewerkt tussen kinderopvang en peuterspeelzalen. Ook op andere manieren wordt de deze samenwerking gestimuleerd. Een van de twee thema's waarvoor in 2009 subsidies worden verstrekt in het kader van de subsidieregeling Kinderopvang, is de stimulering van de samenwerking tussen kinderopvang en peuterspeelzalen. Organisaties voor kinderopvang en voor peuterspeelzaalwerk die in 2009 een samenwerkingsverband aan willen gaan, kunnen in aanmerking komen voor subsidie. Het gaat dan om samenwerking die niet is gericht op het aanbieden van voor- of vroegschoolse educatie (Subsidieregeling Kinderopvang, 2009).

*CAO 2008-2011*

De CAO Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening die in 2008 is afgesloten, heeft een aantal veranderingen met zich meegebracht. Zo vindt er in de periode mei 2008 - mei 2010 een salarisverhoging van bijna 8% plaats en wordt de eindejaarsuitkering verhoogd tot een dertiende maand. De arbeidsmarktpositie van de branche wordt daarmee versterkt. Het seniorenverlof voor werknemers van 55 jaar en ouder vervalt (hier geldt wel een garantie- en overgangsregeling). Daar staat tegenover dat werknemers van 50 jaar en ouder aanspraak kunnen maken op leeftijdsverlof. Voor deze groep werknemers geldt dat zij zelf ook kunnen sparen voor meer verlof door de stijging van de eindejaarsuitkering niet uit te laten betalen, maar om te zetten in verlofuren. Ook kan men daarvoor gebruik maken van de levensloopregeling. Verder geldt vanaf 1 januari 2010 een jaarurensystematiek. Dit betekent dat iedereen per jaar evenveel uren werkt, naar rato van het dienstverband. Hoe de feestdagen in een bepaald jaar vallen, speelt dan geen rol meer. Verder wordt het wachtgeld bij ontslag vervangen door afspraken over werk- en inkomenszekerheid in geval van ontslag om bedrijfseconomische redenen. Ook hiervoor geldt een aantal overgangsregelingen (OAW, 2009). De CAO-tafel heeft geïnvesteerd in het ontwikkelen van instrumenten gericht op arbeidsmarktfitheid van werknemers, zoals de employabilityscan.

*Wervingscampagne werk in welzijn*

In 2008 is FCB gestart met de wervingscampagne 'Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, kansrijk werk'. Deze campagne is mede opgezet met het oog op de toekomst, waarin krapte op de arbeidsmarkt wordt verwacht. Met de campagne, bestaand uit een vacaturebank en een werkgeverstoolkit, wordt de wervende kracht van de branche vergroot en een uniform beeld van de branche neergezet. Hierdoor moet het makkelijker worden om ook in de toekomst de juiste mensen op de juiste plek te krijgen (FCB, september 2009a).

*Loopbaan, mobiliteit en verloop*

Uit een peiling onder welzijnsorganisaties blijkt dat met name bij werknemers van 40 jaar en ouder soms knelpunten ontstaan op het gebied van loopbaan en mobiliteit (FCB, maart 2009). Gezien de krapte op de arbeidsmarkt die op termijn verwacht wordt, is het van belang dat de branche met deze knelpunten om kan gaan. Dit kan onder andere door het inzetten van instrumenten als functioneringsgesprekken, persoonlijke ontwikkelingsplannen, scholing, het bieden van nieuwe mogelijkheden en het uitzetten van loopbaanpaden. Bij beginnende beroepsbeoefenaren wordt een groot verloop ervaren. Het gaat hier zowel om schoolverlaters als zij-instromers (FCB, maart 2009). Bij sommige welzijnscentra, organisaties voor jeugdzorg en kinderopvang vertrekt 50% van de nieuwe medewerkers al weer binnen twee jaar.

**Stand van zaken en vooruitblik**

Juist voor schoolverlaters is het van belang dat zij een goed inwerkprogramma doorlopen, dat ze op het juiste kwalificatieniveau instromen en dat ze mogelijkheden hebben om problemen waar ze tegenaan lopen, te bespreken (FCB, 2009). FCB ondersteunt de welzijnsorganisaties op beide terreinen door middel van beleid, onderzoek, advies en instrumenten.

### Erkenning Verworven Competenties

Met behulp van een procedure 'Erkenning van Verworven Competenties' (EVC) kunnen mensen kennis en vaardigheden die zij in hun werk, tijdens scholing of daarbuiten hebben verworven, officieel laten erkennen. Door deze competenties te erkennen, kunnen mensen deelcertificaten of vrijstelling krijgen voor delen van een (vervolg)opleiding. FCB heeft onderzoek laten doen naar EVC-procedures in de branches Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening en Jeugdzorg. Zowel werkgevers als werknemers zijn van mening dat EVC een bruikbaar instrument kan zijn voor personeels- en loopbaanplanning. Ze zijn echter nog kritisch over het huidige verloop en de uitkomsten. EVC op HBO-niveau voldoet nog onvoldoende aan de verwachtingen en doelen van werkveld en de sociale partners, op MBO-niveau kennen de EVC-procedures een te lange doorlooptijd (FCB, 2008).

### 7.6.2 Kernegevens

De ontwikkeling van de werkgelegenheid laat tot 2008 een tamelijk gelijkmatige daling zien (Tabel 7.26). In 2008 stijgt het aantal werknemers voor het eerst sinds 2003 en waren er 66.900 personen werkzaam. Dit is evenveel als in 2005. Drie op de tien personeelsleden zijn de 50 jaar gepasseerd.

**Tabel 7.26 Branchegegevens arbeidsmarkt Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gem. groei per jaar 2003-2008
Aantal banen van werkzame personen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan werknemers	71.400	68.000	67.000	65.800	64.200	66.900	-1,3%
Aantal arbeidsjaren	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan werknemers	44.900	44.400	43.000	44.100	43.100	44.900	0,0%
Omvang gemiddelde werkweek	62,9%	65,3%	64,2%	67,0%	67,1%	67,1%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	.	.	42	42	43	43	
Aandeel 50+	.	.	29,6%	31,3%	32,7%	33,3%	
Aandeel vrouw	.	.	69,0%	69,0%	69,7%	71,9%	
Duur dienstverband (in jaren)	5,7	6,3	6,8	.	.	.	
Brutoverloop	.	19,6%	15,0%	15,4%	16,1%	12,1%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	9,1%	7,6%	7,1%	6,2%	.	.	

\* De werkgelegenheid in 2008 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM database

Bron: CBS, PGGM

De gemiddelde leeftijd van de medewerkers steeg dan ook de afgelopen jaren. De branche kent nog steeds de hoogste gemiddelde leeftijd in de sector Zorg en WJK (zie paragraaf 7.1). Een hoge gemiddelde leeftijd is op zichzelf geen bezwaar: het hebben van levenservaring wordt vaak juist als een belangrijk punt van professionaliteit gezien.

Het aandeel vrouwen groeit nog steeds en bedraagt momenteel bijna 72%. Het verloop van personeel laat in 2008 een sterke daling zien en is daarmee lager dan in voorgaande jaren. Het ziekteverzuim daalde de afgelopen jaren, maar recente cijfers ontbreken.

### 7.6.3 Vraag naar en aanbod van personeel

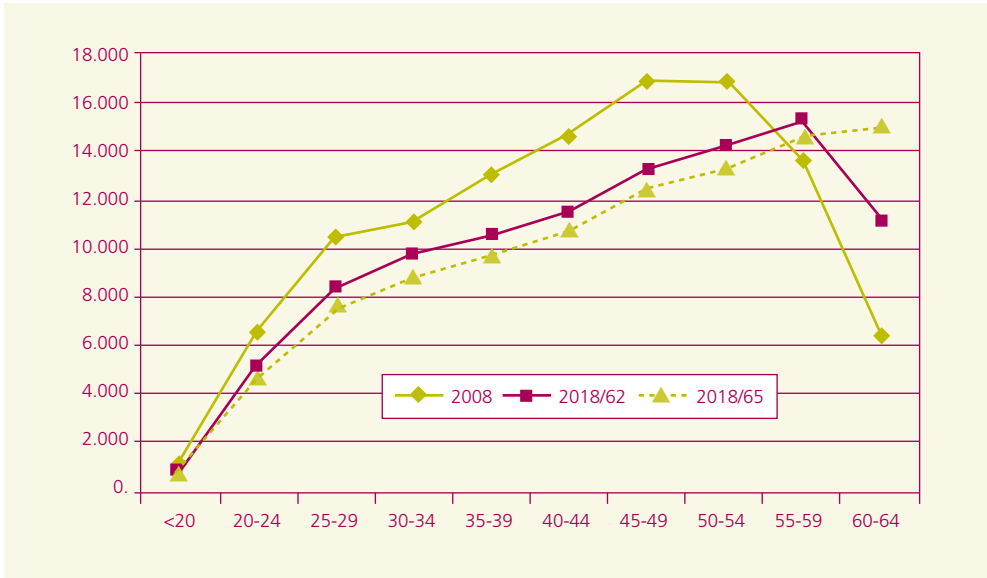
Door demografische ontwikkelingen -vergrijzing en ontgroening- neemt de komende jaren de omvang van de beroepsbevolking af. Op de korte termijn worden volgens berekeningen met RegioMarge weinig problemen in vraag en aanbod van personeel in de WMD-branche verwacht. Alleen in de regio's Utrecht en Zuid-Limburg doen zich de komende jaren mogelijk problemen voor (RegioMarge 2009).

Of deze problemen zich ook daadwerkelijk gaan voordoen valt moeilijk te zeggen. Waar bezuinigingen bij gemeenten verwacht worden zal het welzijnswerk niet uitgezonderd worden. In hoofdstuk 3 kwam aan de orde dat het krimpende arbeidsaanbod waaraan in het begin van deze paragraaf gerefereerd werd en dat voor de Commissie Bakker (2008) startpunt voor haar advisering was, mogelijk minder scherpe gevolgen zal hebben dan tot nu toe voorzien, wanneer althans de werkloosheid economiebreed gedurende langere tijd op een hoger peil blijft dan in de achter ons liggende jaren.

### 7.6.4 De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in de WMD-branche is al vele jaren aan het vergrijzen. Figuur 7.5 laat zien hoe de leeftijdsopbouw momenteel (2008) is en hoe deze er in 2018 mogelijk uit zal zien. Er zijn voor 2018 twee scenario's ontwikkeld. Eén waarbij wordt uitgegaan van een uittredeleeftijd van 62 jaar. Dit is gebaseerd op de vervanging van de OBU door het flexpensioen. Het tweede scenario gaat uit van een uittredeleeftijd bij pensioen van 65 jaar. Daarbij staat het streven van door werken tot de AOW leeftijd centraal. Deze wordt komende jaren verder opgetrokken, maar momenteel is nog onduidelijk wat er met de zogenaamde zware beroepen gaat gebeuren. In beide gevallen is verder verondersteld dat de groei van de werkgelegenheid van de branche conform de verwachting in RegioMarge is (een krimp van 1% per jaar). Mocht de groei nog lager uitvallen dan neemt het aantal ouderen niet af, maar wel de instroom van jongeren. Dat betekent dat de relatieve aandelen van ouderen nog hoger zullen worden dan nu berekend in Tabel 7.27.

**Figuur 7.5 De leeftijdsopbouw van het personeel in de WMD-branche in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

In 2008 bedraagt het aandeel 50-plussers 33,3% van alle werknemers. Wanneer de gemiddelde uittrede leeftijd op 62 komt te liggen zal in 2018 het aandeel 50-plussers opgelopen zijn tot 40,7%. Verschuift de uittredeleeftijd bij pensionering naar 65 jaar dan wordt het aandeel 44,9% en nog hoger wanneer de branche harder krimpt dan de veronderstelde 1% per jaar. Het absolute aantal 50-plussers neemt in het 65 jaar scenario in tien jaar tijd toe met 22%!

**Tabel 7.27 Het aandeel en absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand van de WMD-branche in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**

	2008	2018 / 62	2018 / 65
aandeel 50-plussers	33,3%	40,7%	44,9%
aantal 50-plussers	36.815	40.593	44.786

Bron; Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

### 7.6.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

Werkgevers in de branche gaven begin 2009 aan dat de volgende knelpunten in het personeelsbeleid het belangrijkste gevonden werden:

1. beheersing van de werkdruk (14%)
2. het aantrekken van (nieuw) personeel (12%)
3. loonkosten (11%)
4. vergrijzing van het personeel (11%)
5. ziekteverzuim en/of WAO-instroom (9%)

De mate waarin beleid is geformuleerd en geïmplementeerd met betrekking tot diverse HR-onderwerpen verschilt in de WMD-branche per onderwerp. De meeste werkgevers hebben een jaarlijkse

cyclus van functionerings- of beoordelingsgesprekken geïmplementeerd of is bezig met de implementatie. Ditzelfde geldt voor het Arbo-beleid en het beleid op het gebied van gezondheidsmanagement. Slechts een klein deel van de instellingen heeft een beleid op het gebied van strategische personeelsplanning, of koppelt de beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek aan elkaar. Bijna de helft is dat laatste niet van plan.

Opvallend is het feit dat een meerderheid van de instellingen (nog) geen feitelijk beleid heeft inzake leeftijdsbewust personeelbeleid. Gezien de sterk veranderende leeftijdsopbouw in de afgelopen jaren zou men anders verwachten.

**Tabel 7.28 De mate waarin beleid bestaat mbt verschillende HR-onderwerpen in de WMD-branche**

	geen beleid	plannen	beleid geschreven	implementatiefase	geïmplementeerd
Intern voorkeursbeleid bij vervullen van vacatures	31%	9%	5%	11%	43%
Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken	3%	4%	7%	14%	71%
Koppeling beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek	48%	16%	12%	10%	13%
Loopbaan- c.q. carrièrebeleid	42%	27%	17%	7%	8%
Management Developmentprogramma	65%	15%	11%	6%	2%
Leeftijdsbewust personeelsbeleid	41%	16%	19%	17%	8%
ARBO-beleid	8%	5%	14%	21%	52%
Opleidingsbeleid	21%	9%	19%	22%	29%
Strategische personeelsplanning	48%	22%	16%	8%	5%
Gezondheidsmanagement	17%	8%	22%	18%	36%

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

Uit de verschillende werknemersonderzoeken van de afgelopen jaren blijkt dat de werkbeleving van het agogisch personeel in de WMD vrij stabiel is. Het minst tevreden is men over de werkdruk. Maar net als bij de waardering die men over de leidinggevende heeft is er wel sprake van een gunstige, stijgende lijn in het oordeel.

**Tabel 7.29 De gemiddelde score op de werkbeleving van agogisch personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

WMD	2000	2003	2005	2007	2009
Tevredenheid over werkdruk	2,7	2,8	2,7	2,9	3,0
Waardering van leidinggevende	3,3	3,3	3,3	3,5	3,5
Werkevaluatie	4,0	4,0	4,0	4,1	4,1
Werkautonomie	3,9	3,9	3,8	3,9	3,9
Algemene werkbeleving	3,5	3,5	3,4	3,6	3,6

Bron: Werknemersenkets 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

## 7.7 Jeugdzorg

### 7.7.1 Ontwikkelingen

Jeugdzorg richt zich op jongeren met ernstige opgroei- en opvoedproblemen. Jongeren en hun ouders staan centraal in de dienstverlening. De jeugdzorg is provinciaal georganiseerd en kent bureaus jeugdzorg en zorgaanbieders. De 15 bureaus jeugdzorg (één in elke provincie plus één in elk van de drie grote steden) vormen de toegangspoort tot de geïndiceerde jeugdzorg. De jeugdzorg wordt geleverd door ruim honderd zorgaanbieders. Dit zijn onder andere pleegzorgorganisaties, particuliere justitiële jeugdinstellingen, medische kinderdagverblijven en medische kindertehuizen. In totaal werken er in de Jeugdzorg ruim 28.000 werknemers. Naast de branche Jeugdzorg zijn er justitiële jeugdzorgfuncties (halt, Raden voor Kinderbescherming en rijksjeugdjustitiële inrichtingen) en centra voor jeugd en gezin.

#### *Evaluatie Wet op de Jeugdzorg*

Op 1 januari 2005 is de nieuwe Wet op de jeugdzorg (Wjz) ingegaan. In deze wet staan de cliënt en zijn hulpvraag centraal. Cliënten zijn kinderen, jongeren en hun ouders of opvoeders die opgroei- en opvoedingsproblemen hebben. De Wet op de jeugdzorg heeft als doel om de jeugdzorg samenhangend en vraaggericht te maken. In 2009 is de Wjz geëvalueerd.

Uit deze evaluatie blijkt dat het (nog) niet geheel gelukt is om één centrale, herkenbare, laagdrempelige toegang tot de jeugdzorg of Bureau Jeugdzorg te creëren (één van de doelen van de Wjz). Toegang van de jeugd-LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapten) en jeugd-GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) zijn niet samengevoegd met Bureau Jeugdzorg en er is ook geen sprake van systematische informatieverstrekking aan Bureau Jeugdzorg over cliënten in de jeugd-LVG en jeugd-GGZ (Baecke et al., 2009). Verder werd geconcludeerd dat het wettelijke recht op jeugdzorg zich moeilijk laat combineren met een objectieve, effectieve indicatiestelling en cliëntvriendelijke toegang tot de jeugdzorg. Door de indicatiestelling is er wel meer aandacht voor de cliënt, maar het accent ligt voornamelijk op korte termijn oplossingen, voornamelijk gericht op behandeling en relatief minder aandacht voor de lange termijn en begeleiding van cliënten. De wachtlijsten en niet optimaal functionerende jeugdzorgketen zijn belangrijke redenen voor het niet realiseren van het recht op jeugdzorg. Het is mogelijk dat de oorzaak hiervan ligt in de financiële middelen. De financiële structuur binnen de jeugdzorg is echter niet geheel inzichtelijk, waardoor er nu eerst verder onderzoek plaatsvindt naar dit onderwerp. Hoewel het recht op jeugdzorg niet is gerealiseerd, heeft de acceptatieplicht er wel toe geleid dat cliënten minder vaak worden afgewezen. Voor het jeugdzorgaanbod zelf blijkt uit de evaluatie dat het blijven voortbestaan van verschillende financieringsstromen, zoals de provinciale financiering, AWBZ en Zvw-financiering, een knelpunt is.

#### *Wachtlijsten en prestatie-afspraken*

Om de wachtlijsten in de Jeugdzorg weg te werken heeft de minister van Jeugd en Gezin in 2008 met de 12 provincies en 3 grootstedelijke regio's afspraken gemaakt om, gegeven een groei van de vraag naar jeugdzorg, ervoor te zorgen dat jeugdigen per 1 januari 2010 niet langer dan 9 weken hoeven te wachten op zorg. Hiervoor zijn extra middelen beschikbaar gesteld aan de provincies en regio's. Medio 2009 gaven de meeste provincies aan deze doelstelling te halen. Twee grootstedelijke regio's hebben aangegeven de doelstellingen niet te halen. Een van de oplossingen hiervoor is dat regio's die een kleinere jeugdzorgvraag hebben maximaal 10% van hun capaciteit, met gesloten beurs, beschikbaar stellen aan een regio die capaciteit te kort komt (Jeugd en gezin, 14 september 2009).

*Volume-ontwikkelingen*

Uit de Brancherapportage Jeugdzorg 2008 blijkt dat de jeugdzorg in 2008 meer cliënten heeft geholpen dan in het jaar daarvoor. Zo zijn in 2008 70.000 kinderen geholpen door Jeugd & Opvoedhulp, een stijging van 7% ten opzichte van 2007. Ook bij Bureau Jeugdzorg werden in 2008 meer maatregelen uitgevoerd. Hier steeg het aantal maatregelen van de Jeugdbescherming naar 40.000, een stijging van bijna 10%. Bij de jeugdreclassering nam het aantal maatregelen toe naar 24.000 cliënten, een toename van 11%. De doorlooptijd van zorg door Jeugd & Opvoedhulp zijn voor de meeste behandelingen gedaald. Ook bij de Bureaus Jeugdzorg is de doorlooptijd van aanmelding tot eerste indicatiebesluit met ruim 20% gedaald: van bijna 16 weken in 2007 naar 12,5 week in 2008 (MOGroep, juli 2009).

Het aantal meldingen van een vermoeden van kindermishandeling dat binnenkwam bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is in 2008 met 5% gestegen tot ongeveer 53.000. Het aantal ingestelde onderzoeken daalde daarentegen met 5% tot ruim 16.000 gevallen. Het is voor het eerst in vijf jaar dat het aantal onderzoeken naar kindermishandeling is gedaald. De doorlooptijd van aanmelding tot aanvang onderzoek bij het AMK is in 2008 met 10% gedaald naar 1,6 weken. De doorlooptijd van aanvang onderzoek tot beëindiging AMK-onderzoek is juist iets gestegen: van 11,2 weken in 2007 naar 11,5 weken in 2008 (MOGroep, juli 2009).

*Centra Jeugd en gezin*

Om een meer integrale aanpak te kunnen voeren op het gebied van de zorg voor de jeugd dienen alle gemeenten per 1 januari 2010 minimaal één Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) te hebben. Het CJG moet een laagdrempelig inlooppunt zijn waar zowel jeugdigen als hun ouders terecht kunnen met vragen, advies en ondersteuning. Voor de zwaardere problematiek of meer ingewikkelde hulpvragen kan het CJG doorverwijzen naar andere hulporganisaties. Daarbij wordt wel de regie over de zorg bij het CJG gehouden, tenzij anders wordt bepaald. Het CJG heeft als uitgangspunt 'één gezin, één plan'. In 2008 zijn de eerste CJG's geopend en naar verwachting hebben eind 2009 150 van de ruim 440 gemeenten een CJG, 25 meer dan gepland was ([www.jeugdengezin.nl](http://www.jeugdengezin.nl)).

*CAO Jeugdzorg 2008-2010*

In 2008 is een nieuwe CAO afgesloten voor de jeugdzorg. Hierin zijn twee loonsverhogingen afgesproken: een stijging van 3,5% in mei 2008 en een stijging van 3% in 2009. Vanaf 2009 ontstaat een zogenoemde dertiende maand, doordat de eindejaarsuitkering volledig structureel wordt. Er is een verlofbudget afgesproken waardoor werknemers zelf keuzes kunnen maken over de inzet van het verlof, en het seniorenverlof is vervangen door een vitaliteitbudget. Dit budget kan ingezet worden voor opleidingen, verlof, extra pensioen, demotie of een sabbatical. Opvallend in de CAO is dat Directie en OR samen tot een plan gaan komen om de werklust en werkdruk te gaan reguleren. Vanuit de CAO wordt dit gefaciliteerd (met hulpmiddelen en informatiemateriaal) en wordt gemeenten in welke mate de branche haar doelstellingen behaalt (OAJ, 2009). Hiervoor is in maart 2008 een nulmeting gedaan, waarbij 27% van de organisaties aangaf van de CAO-regel op de hoogte te zijn. Bij de tussenmeting was dit percentage gestegen tot bijna 90%. Bij de tussenmeting heeft 25% van de instellingen concrete afspraken gemaakt over het reguleren van werklust en werkdruk. 55% is nog bezig met het proces (FCB, juni 2009).

Ook zijn er afspraken gemaakt over scholings- en ontwikkelingsmogelijkheden met als doel het aantrekkelijker maken van de sector en de uitstroom te verminderen. De CAO-tafel investeert in inwerkprogramma's voor beginnende beroepsbeoefenaren en degenen die hen begeleiden, via het project 'Gaan en blijven werken'. Daarnaast worden loopbaanpaden in de branche en direct erom heen in

beeld gebracht. Cijfers ontbreken over de uitstroom uit de branche, echter een mogelijke verklaring voor het grote verloop in de branche is dat vooral jonge beroepsbeoefenaren een verkeerd beeld hebben van het werk in de jeugdzorg. Zij vinden het werk zwaarder dan verwacht. In het werknemersonderzoek 2009 is gevraagd naar de huidige en voorgaande baan van de respondenten. Van degenen die voor hun huidige baan een andere betaalde baan hadden, blijkt dat 34% van de werknemers die hun vorige baan in de jeugdzorg hadden, ook nu in de jeugdzorg werken. Een kwart van de respondenten die in hun vorige baan in de jeugdzorg werkten, blijkt nu in de gehandicaptenzorg te werken. Hoewel deze cijfers niets over de omvang van de uitstroom zeggen, geven ze wel aan dat er een bepaalde uitstroom naar de gehandicaptenzorg plaatsvindt (bewerking WNO 2009).

#### *Erkenning Verworven Competenties*

Werknemers kunnen de kennis en vaardigheden die zij in hun werk, tijdens scholing of daarbuiten hebben verworven, officieel laten erkennen door een procedure 'Erkenning van Verworven Competenties' (EVC) te doorlopen. Erkenning van deze verworven competenties kan leiden tot het verkrijgen van vrijstellingen voor delen van een (vervolg)opleiding, tot deelcertificaten en soms zelfs tot een diploma. Ook binnen de jeugdzorg vinden dergelijke EVC-procedures plaats. FCB heeft onderzoek laten doen naar EVC-procedures in de Jeugdzorg en Welzijn & Maatschappelijke dienstverlening. Zowel werkgevers als werknemers zijn van mening dat EVC een bruikbaar instrument kan zijn voor personeels- en loopbaanplanning. Ze zijn echter nog kritisch over het huidige verloop en de uitkomsten. EVC op HBO-niveau voldoet nog niet voldoende aan de verwachtingen en doelen van het werkveld en de sociale partners, op MBO-niveau kennen de EVC-procedures een te lange doorlooptijd (FCB, 2008).

#### *Centrale wervingscampagne*

In 2008 is FCB gestart met de centrale wervingscampagne 'Werken in de jeugdzorg' gestart. Hiervoor is een wervingswebsite en een werkgeverstoolkit ontwikkeld. Ruim de helft (59%) van de organisaties in de jeugdzorg heeft zich aangemeld als vacatureplaatser. Een derde van de organisaties heeft moeite om mensen te vinden voor specifieke functies. Het gaat dan met name om de functies van gedragswetenschapper, vertrouwensarts, jeugdbeschermers en indicatieadviseurs. Een deel van de werkgevers trekt daarom zij-instromers aan. Voor het bijscholen van deze mensen wordt gerichte scholing en begeleiding op de werkvloer aangeboden en worden EVC-trajecten gestart (FCB, september 2009b).

#### *Centrale wervingscampagne*

In 2008 is de centrale wervingscampagne 'Werken in de jeugdzorg' gestart. Hiervoor is een wervingswebsite en een werkgeverstoolkit ontwikkeld. Ruim de helft (59%) van de organisaties in de jeugdzorg heeft zich aangemeld als vacatureplaatser. Een derde van de organisaties heeft moeite om mensen te vinden voor specifieke functies. Het gaat dan met name om de functies van gedragswetenschapper, vertrouwensarts, jeugdbeschermers en indicatieadviseurs. Een deel van de werkgevers trekt daarom zij-instromers aan. Voor het bijscholen van deze mensen wordt gerichte scholing en begeleiding op de werkvloer aangeboden en worden EVC-trajecten gestart (FCB, september 2009b).

### **7.7.2 Kerngegevens**

De groei van het aantal werkzame personen kwam in 2008 in een versnelling. Het aandeel vrouwen in de jeugdzorg groeide de afgelopen jaren gestaag. In 2008 doet zicht echter een daling voor. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde leeftijd van het personeel. Het verloop van personeel laat een wisselend beeld zien, maar is in 2008 sterk gedaald.



Tabel 7.30 Branchegegevens arbeidsmarkt Jeugdzorg

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gem.groei per jaar 2003-2008
Aantal banen van werkzame personen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan werknemers	23.600	24.300	25.700	26.600	27.100	28.200	3,6%
Aantal arbeidsjaren	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan werknemers	17.000	19.000	19.300	20.400	21.000	21.900	5,2%
Omvang gemiddelde werkweek	72,0%	78,2%	75,1%	76,7%	77,5%	77,7%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	.	.	39	39	39	38	
Aandeel 50+	.	.	21,2%	22,2%	22,5%	23,0%	
Aandeel vrouw	.	.	73,3%	73,3%	74,0%	73,1%	
Duur dienstverband (in jaren)	6,0	6,8	6,7	.	.	.	
Brutoverloop	.	14,0%	11,3%	13,8%	12,9%	9,3%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,9%	5,0%	5,1%	5,0%	.	.	

\* De werkgelegenheid in 2008 is geschat op basis van de groei van het aantal werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM database

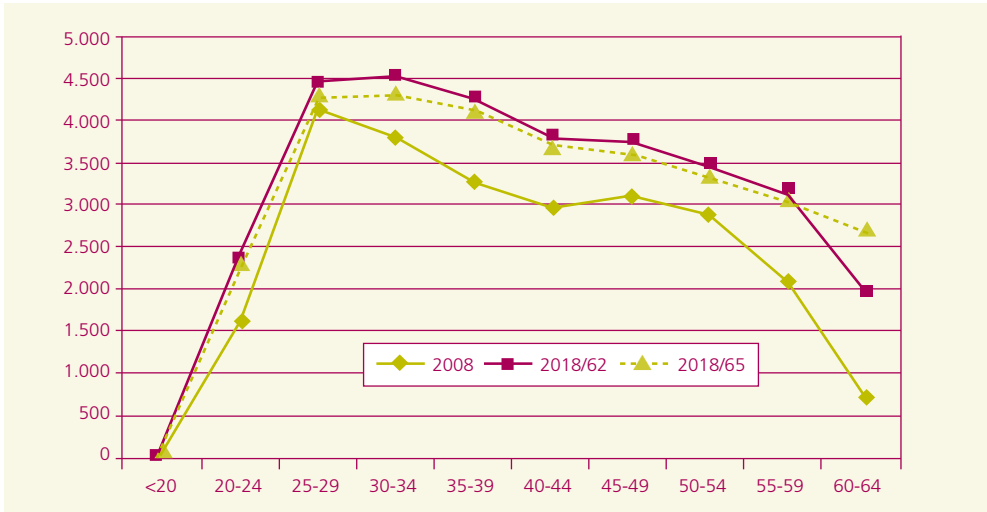
Bron: CBS, PGGM

### 7.7.3 Vraag en aanbod van personeel

Landelijk gezien zijn vraag en aanbod van sociaalagogisch personeel voor de jeugdzorg met elkaar in evenwicht. Er zijn een paar regio's waar de situatie minder evenwichtig is nl. Veluwe, Haaglanden, Utrecht en Zuid-Limburg (RegioMarge 2009).

### 7.7.4 De leeftijdsopbouw

Het personeelsbestand in de Jeugdzorg is al enige jaren aan het vergrijzen. Figuur 7.6 laat zien hoe de leeftijdsopbouw momenteel (2008) is en hoe deze er in 2018 mogelijk uit zal zien. Er zijn voor 2018 twee scenario's ontwikkeld. Eén waarbij wordt uitgegaan van een uittredeleeftijd van 62 jaar. Dit is gebaseerd op de vervanging van de OBU door het flexpensioen. Het tweede scenario gaat uit van een uittredeleeftijd bij pensionering van 65 jaar. Daarbij staat het streven van doorwerken tot de AOW-leeftijd centraal. Deze wordt de komende jaren verder opgetrokken, maar momenteel is nog onduidelijk wat er met de zogenaamde zware beroepen gaat gebeuren. In beide gevallen is verder verondersteld dat de groei van de werkgelegenheid conform de verwachting in RegioMarge is (van 2,8% in 2009 tot 2,4% in de periode 2012-2018). Mocht de groei lager uitvallen dan neemt het aantal ouderen niet af, maar wel de instroom van jongeren. Dat betekent dat de relatieve aandelen van ouderen nog hoger zullen worden dan nu berekend in onderstaande tabel.

**Figuur 7.6** De leeftijdsopbouw van het personeel in de Jeugdzorg in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

In 2008 bedraagt het aandeel 50-plussers 23% van alle werknemers. Wanneer de gemiddelde uittrede leeftijd op 62 komt te liggen (scenario flexpensioen) zal in 2018 het aandeel 50-plussers opgelopen zijn tot 27%. Verschuift de uittredeleeftijd naar 65 jaar dan wordt het aandeel 29,6% en hoger wanneer de branche minder hard groeit dan de 2,4% hiervoor genoemd. Het absolute aantal 50-plussers neemt in het 65 jaar scenario in tien jaar tijd toe met 65%!

**Tabel 7.31** Het aandeel en het absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand van de Jeugdzorg in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's

	2008	2018 / 62	2018 / 65
aandeel 50-plussers	23%	27%	29,6%
aantal 50-plussers	5.660	8.534	9.349

Bron; Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

### 7.7.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

Werkgevers in de Jeugdzorg geven begin 2009 aan dat de volgende knelpunten in het personeelsbeleid het belangrijkste gevonden worden:

1. beheersing van de werkdruk (26%)
2. het aantrekken en/of behouden van etnische minderheden (14%)
3. ziekteverzuim en/of WAO-instroom (10%)
4. coördinatieproblemen door aanstellingsomvang medewerkers (8%)
5. het aantrekken van (nieuw) personeel (8%)

De mate waarin beleid is geformuleerd en geïmplementeerd met betrekking tot diverse HR-onderwerpen verschilt in de Jeugdzorg per onderwerp. Vrijwel alle werkgevers hebben een intern voorkeursbeleid bij het vervullen van vacatures. De meeste werkgevers hebben ook een jaarlijkse cyclus van functionerings- of beoordelingsgesprekken geïmplementeerd, of zijn bezig met de implementatie. Ditzelfde geldt voor beleid op het gebied van gezondheidsmanagement en arbobeleid. Slechts

een klein deel van de instellingen heeft een beleid op het gebied van strategische personeelsplanning, of koppelt de beoordelingsinstrumenten en de beloningsystematiek aan elkaar. Bijna de helft is dat laatste niet van plan.

Opvallend is het feit dat een meerderheid van de instellingen (nog) geen feitelijk beleid heeft inzake leeftijdsbewust personeelbeleid. Gezien de sterk veranderende leeftijdsopbouw zou men anders verwachten.

**Tabel 7.32 De mate waarin beleid bestaat mbt verschillende HR-onderwerpen in de Jeugdzorg**

	geen beleid	plannen	beleid geschreven	implementatiefase	geïmplementeerd
Intern voorkeursbeleid bij vervullen van vacatures	7%	2%	5%	5%	82%
Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken	2%	0%	5%	20%	72%
Koppeling beoordelingsinstrumenten en de beloningsystematiek	51%	15%	8%	11%	13%
Loopbaan- c.q. carrièrebeleid	20%	25%	28%	13%	13%
Management Developmentprogramma	31%	26%	16%	8%	15%
Leeftijdsbewust personeelsbeleid	34%	23%	20%	13%	8%
ARBO-beleid	3%	3%	3%	26%	64%
Opleidingsbeleid	7%	5%	13%	25%	49%
Strategische personeelsplanning	28%	21%	25%	10%	13%
Gezondheidsmanagement	7%	2%	10%	20%	61%

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

Uit de verschillende werknemersonderzoeken van de afgelopen jaren blijkt dat de werkbeleving van het agogisch personeel in de Jeugdzorg vrij stabiel is. Het minst tevreden is men over de werkdruk. Maar net als bij de waardering die men over de leidinggevende heeft is er wel sprake van een gunstige, stijgende lijn in het oordeel. Al met al is er sprake van redelijke continue uitkomsten, maar wel vaak met een incidentele afwijking in een jaar.

**Tabel 7.33 De gemiddelde score op de werkbeleving van agogisch personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

Jeugdzorg	2000	2003	2005	2007	2009
Tevredenheid over werkdruk	2,4	2,7	3,2	2,6	2,7
Waardering van leidinggevende	3,5	3,4	3,4	3,6	3,6
Werkevaluatie	4,0	4,1	4,0	4,0	4,0
Werkautonomie	3,8	3,8	3,5	3,8	3,8
Algemene werkbeleving	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5

Bron: Werknemersenkets 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

## 7.8 Kinderopvang

### 7.8.1 Ontwikkelingen

Ongeveer 1.500 organisaties en 74.000 werknemers zorgen voor dagopvang, buitenschoolse opvang en tussenschoolse opvang van kinderen. In de subbranche gastouderopvang zijn daarnaast nog gastouders werkzaam die voor het grootste deel niet in loondienst zijn. Sinds 1 januari 2005 is kinderopvang geregeld in de wet Kinderopvang. Deze wet regelt de financiering van de kinderopvang en stelt de basiskwaliteit vast waar elke organisatie in de kinderopvang aan moet voldoen. De branche- en de ouderorganisaties hebben de kwaliteitseisen gezamenlijk uitgewerkt.

#### *Financiële ontwikkelingen*

De laatste jaren hebben verschillende financiële ontwikkelingen invloed gehad op de branche kinderopvang. In 2005 werd de eigen bijdrage van ouders verhoogd, waardoor de vraag naar kinderopvang verminderde. In 2007 is de (deels inkomensafhankelijke) kinderopvangtoeslag ingevoerd, wat geleid heeft tot een toename van de vraag. In 2009 is de uurprijs die voor kinderopvangtoeslag in aanmerking komt, bevroren en de ouderbijdrage verhoogd. Uit een quick scan van de MOgroep Kinderopvang blijkt dat het merendeel van de kinderopvangorganisaties een uurprijs hanteert die op of onder het maximum ligt van de uurprijs die voor kinderopvangtoeslag in aanmerking komt (MOgroep, november 2008). Bij stijgende kosten betekent dit dat het rendement van de kinderopvangorganisaties omlaag gaat, of dat kostenbesparende maatregelen genomen moeten worden. Voor 2010 is voor onderdelen van de kinderopvang een verlaging van de maximale uurprijs aangekondigd, evenals een maximering van het aantal uren dat voor kinderopvangtoeslag in aanmerking komt (Besluit Kinderopvangtoeslag 2010).

#### *Wijziging wet kinderopvang*

Per 1 januari 2010 wordt de Wet Kinderopvang gewijzigd met betrekking tot de gastouderopvang. Het doel van de wijzigingen is om de kinderopvang financieel beheersbaar en toegankelijk te houden (OC&W, februari 2009a). Onderdeel van de voorgestelde wijzigingen is dat nieuwe kwaliteitseisen gaan gelden voor gastouderopvang, op het gebied van deskundigheid, veiligheid en hygiëne. Gastouders moeten voor 1 september 2010 in het bezit zijn van een beroepskwalificatie. Voor gastouders zonder diploma betekent dit dus dat zij scholing moeten volgen. Er komt een Landelijk Register Kinderopvang voor alle aanbieders van kinderopvang, inclusief gastouderbureaus en gastouders. Ouders die gebruik maken van kinderopvang krijgen alleen kinderopvangtoeslag als ze gebruik maken van een aanbieder die in het register staat. Voor gastouders geldt dat zij voor 1 januari 2011 in dit register is ingeschreven. Is dit niet het geval, dan moeten de ouders de toeslag terugbetalen. In de wet is verder een verlaging opgenomen van het maximale bedrag dat voor kinderopvangtoeslag in aanmerking komt.

#### *Kwaliteitsimpuls*

Het ministerie van OC&W stelt voor 2009-2012 jaarlijks 10 miljoen euro ter beschikking voor de verbetering van de pedagogische kwaliteit van de kinderopvang. De belangenorganisaties van werkgevers, werknemers en ouders werken in deze periode samen in Bureau Kwaliteit Kinderopvang (BKK) opgericht. BKK heeft als opdracht de pedagogische kwaliteit van personeel en opleidingen te verbeteren, op basis van het programma 'Werken aan excellente kinderopvang 2008-2012'. Een groot deel van het geld dat ter beschikking is gesteld, gaat naar scholing. Kinderopvangorganisaties kunnen bij het BKK subsidie aanvragen voor extra scholing in pedagogische kennis en vaardigheden. Daarnaast richt het BKK zich op ontwikkeling en implementatie van het Pedagogisch kader Kindercentra en de samenwerking tussen beroepsonderwijs en praktijk (OC&W, februari 2009b).

*Subsidieregeling kinderopvang*

In het kader van de subsidieregeling kinderopvang is in 2009 9 miljoen euro beschikbaar gesteld voor het bevorderen van de kwaliteit van de kinderopvang en het verbeteren van de samenwerking met peuterspeelzalen. Het doel van de subsidieregeling is om innovatieve projecten te ondersteunen die bijdragen aan toegankelijke en verantwoorde kinderopvang. De subsidieregeling 2009 richt zich wat betreft de bevordering van de kwaliteit van de kinderopvang op:

- het verbeteren van de pedagogische kwaliteit
- het verbeteren van de interactievaardigheden van pedagogisch medewerkers
- het verbeteren van de kwaliteit van de opvang van baby's en de opvang in verticale groepen
- het verbeteren van de kwaliteit van de inrichting, meubilering, materiaal en ruimtegebruik afgestemd op de behoeften van kinderen
- het verbeteren van de mogelijkheden voor pedagogische supervisie en ondersteuning op de werkvloer.

Het gaat daarbij nadrukkelijk om projecten die meer beogen dan alleen de kwaliteit van de eigen organisatie te verbeteren (Subsidieregeling kinderopvang 2009).

*CAO Kinderopvang 2009-2010*

De CAO-partijen in de kinderopvang hebben een akkoord bereikt over de CAO 2009-2010. Na een aantal jaren van 2 CAO's is er nu weer 1 CAO in de branche. Naast een loonsstijging van 1% in 2009 en 0,5% in 2010, zijn er afspraken gemaakt over onder andere het verlobbudget en een denktank (OAK, 2009). De denktank heeft als doel om de ontwikkelingen en innovaties in de branche te monitoren, zodat daar adequaat op ingespeeld kan worden. Een belangrijk thema hierbij wordt gevormd door de recessie en eventuele vermindering van de vraag, in relatie tot de blijvende behoefte in de branche aan gekwalificeerd personeel (FCB, juni 2009). Het verlobbudget dat in 2009 is ingevoerd, betekent dat werknemers een deel van hun verlofuren naar keuze kunnen besteden (aan vakantie in het lopende of volgende jaar; omzetten in geld en laten uitbetalen, op de levenslooprekening laten storten of een extra pensioenstorting doen; sparen in tijd voor later). Dit verlobbudget vervangt de bestaande verlofregelingen, zoals leeftijdsdagen en op termijn ook het seniorenverlof en de loonbetaling bij ouderschapsverlof. Een belangrijk voordeel voor de werkgevers is dat zij met de invoering van het verlobbudget beter kunnen plannen en betere afspraken kunnen maken met hun werknemers (OAK, 2009). Voor de versterking van de instroom van nieuwe medewerkers gaan CAO-partijen nadenken over de toekomst van de kwalificatie-eis in de CAO en bouwen zij de mogelijkheden voor een goed ontwikkeltraject voor Pedagogisch medewerkers in ontwikkeling verder uit.

*Centrale wervingscampagne*

In 2008 is FCB gestart met de wervingscampagne 'Werken in de Kinderopvang, omdat jij kinderen het beste kunt'. De campagne kent een vacaturebank en een werkgeverstoolkit. Uit een inventarisatie van FCB blijkt dat bijna een derde (31%) van de organisaties in de kinderopvang zich heeft aangemeld als vacatureplaatser. Ruim de helft (53%) van de organisaties geeft aan om moeite hebben met het vinden van (met name) pedagogisch medewerkers BSO en TSO en invalkrachten (FCB, september 2009c). Het aantrekken van zij-instromers is dan een mogelijke oplossing.

*EVC Loket Kinderopvang*

'Erkenning van Verworven Competenties' (EVC) is een instrument om de kennis en vaardigheden die mensen in hun werk, tijdens scholing of in privé-situaties hebben opgedaan, officieel te erkennen. Het erkennen van deze verworven competenties kan leiden tot vrijstellingen bij een opleiding, het verkrijgen van deelcertificaten of soms een volledig diploma.

**Stand van zaken en vooruitblik**

Voor werknemers betekent een EVC-procedure dat zij een portfolio moeten opbouwen, waarmee ze kunnen aantonen over welke competenties zij beschikken. Werkgevers betalen vaak de kosten van de procedure, vaak onder vermindering van de WVA-aftrek of met behulp van bijvoorbeeld ESF-subsidies. Voor werkgevers in de kinderopvang is er in 2009 en 2010 de mogelijkheid om een EVC-procedure voor pedagogisch medewerkers te laten vergoeden via het Bureau Kwaliteit Kinderopvang (BKK), tot in totaal 1.000 procedures in 2009 en 2010 ([www.stichtingbkk.nl](http://www.stichtingbkk.nl)).

### 7.8.2 Kernegevens

- In 2005 is sprake van een terugval in de werkgelegenheid, waarschijnlijk als gevolg van een wijziging in de financiering. In de latere jaren is sprake van een aanzienlijke stijging, die in 2008 wat afvlakt
- De instroom van nieuw personeel in de afgelopen jaren zorgt ervoor dat de gemiddelde leeftijd, die verhoudingsgewijs vrij laag ligt, niet stijgt.
- Het ziekteverzuim neemt in de loop der jaren af en bereikte in 2006 het laagste niveau tot nu toe. Recentere gegevens zijn helaas niet beschikbaar.
- Het verloop van personeel schommelde de afgelopen jaren, maar daalt in 2008 aanzienlijk.

**Tabel 7.34 Branchegegevens arbeidsmarkt Kinderopvang**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gem. groei per jaar 2003-2008
Aantal banen van werkzame personen	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan werknemers	50.300	52.500	54.700	61.800	71.000	74.000	8,0%
Aantal arbeidsjaren	.	.	.	.	.	.	.
- waarvan werknemers	30.300	32.000	31.600	35.200	40.600	42.300	6,9%
Gemiddelde werkweek	60,2%	61,0%	57,8%	57,7%	57,7%	57,2%	
Gemiddelde leeftijd	.	.	35	35	35,0	35	
Aandeel 50+	.	.	13,4%	14,1%	14,4%	14,2%	
Aandeel vrouw	.	.	1,0	96,0%	96,3%	96,3%	
Duur dienstverband	4,4	5,0	5,7	.	.	.	
Brutoverloop	.	14,6%	13,4%	11,1%	13,4%	10,8%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,8%	5,9%	4,6%	4,4%	.	.	

- De werkgelegenheid in 2008 is geschat obv de groei van het aantal werkzame personen tussen 2007 en 2008 in de PGGM database

Bron: CBS, PGGM

### 7.8.3 Vraag en aanbod van personeel

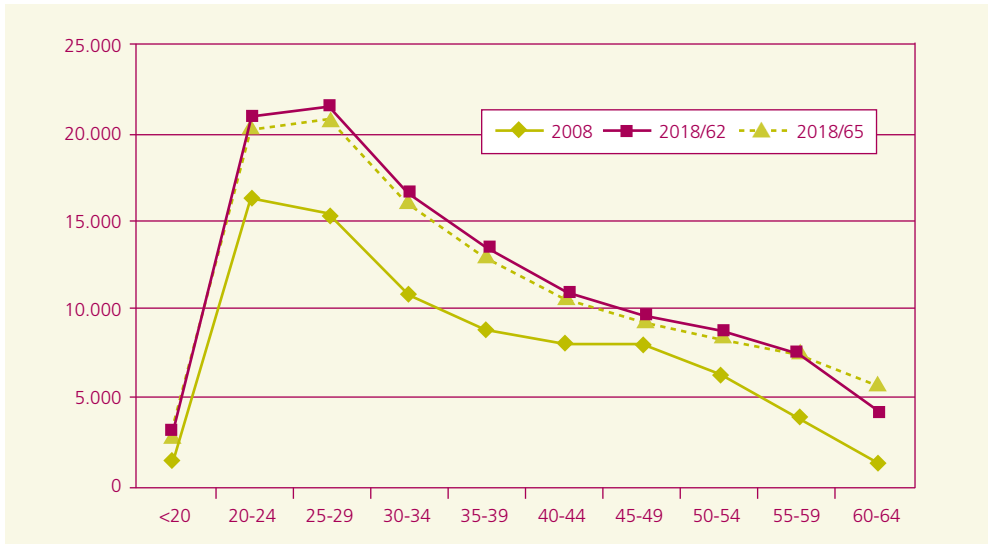
De huidige snel oplopende werkloosheid zorgt ervoor dat de vraag naar kinderopvang veel minder snel dan eerder werd verwacht toeneemt. Het is dan ook de vraag of de in Regiomarge 2009 genoemde tekorten werkelijkheid worden. De kans op tekorten is het grootst in het midden van het land en in Amsterdam.

### 7.8.4 De leeftijdsopbouw

De personeelsopbouw in de kinderopvang vergrijsd de komende jaren enigszins. In verhouding tot andere branches is het tempo van de vergrijzing laag te noemen. Figuur 7.7 laat zien hoe de leeftijdsopbouw in 2008 is en hoe deze er in 2018 mogelijk uit zal zien. Er zijn voor 2018 twee

scenario's ontwikkeld. Eén waarbij wordt uitgegaan van een uittredeleeftijd van 62 jaar. Dit is gebaseerd op de vervanging van de OBU door het flexpensioen. Het tweede scenario gaat uit van een uittredeleeftijd van 65 jaar. Daarbij staat het streven van door werken tot de AOW-leeftijd centraal. In beide gevallen is verder verondersteld dat de groei van de werkgelegenheid conform de verwachting in RegioMarge is (tussen de 3 en 4%). Mocht de groei lager uitvallen dan neemt het aantal ouderen niet af, maar wel de instroom van jongeren. Dat betekent dat de relatieve aandelen van ouderen hoger zullen worden dan nu berekend in onderstaande tabel.

**Figuur 7.7 De leeftijdsopbouw van het personeel in de Kinderopvang in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**



Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

In 2008 bedraagt het aandeel 50-plussers 14,2% van alle werknemers. Wanneer de gemiddelde uittredeleeftijd op 62 komt te liggen zal in 2018 het aandeel 50-plussers opgelopen zijn tot 17,6%. Verschuift de uittredeleeftijd bij pensioen naar 65 jaar dan wordt het aandeel 19,2% en hoger wanneer de branche minder hard groeit dan de 3-4% hiervoor genoemd.

Het absolute aantal 50-plussers verdubbelt bijna in het 65-jaar scenario in tien jaar tijd.

**Tabel 7.35 Het aandeel en het absolute aantal 50-plussers in het personeelsbestand van de Kinderopvang in 2008 en 2018, bij twee mogelijke scenario's**

	2008	2018 / 62	2018 / 65
aandeel 50-plussers	14,2%	17,6%	19,2%
aantal 50-plussers	11.435	20.391	22.212

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw, PGGM-deelnemersbestand

### 7.8.5 Kwaliteit van arbeid en personeelsbeleid

Werkgevers gaven begin 2009 aan dat de volgende knelpunten in het personeelsbeleid het belangrijkste gevonden worden (tussen haakjes de score in 2007):

1. het aantrekken van (nieuw) personeel (22% was 53%)
2. onvoldoende beschikbaarheid van personeel a.g.v. verlof/vakanties (19% was 40%)
3. ziekteverzuim en/of WAO-instroom (12% was 28%)
4. loonkosten (8%)
5. beheersing van de werkdruk (7% was 26%)

In de volgorde van de knelpunten veranderde weinig. Wel nam het aantal respondenten dat een knelpunt noemt vaak met de helft af.

De mate waarin beleid is geformuleerd en geïmplementeerd met betrekking tot diverse HR-onderwerpen verschilt in de branche Kinderopvang per onderwerp. De meeste werkgevers hebben een jaarlijkse cyclus van functionerings- of beoordelingsgesprekken geïmplementeerd, of is bezig met de implementatie. Ditzelfde geldt voor een intern voorkeursbeleid bij het vervullen van vacatures, het beleid op het gebied van gezondheidsmanagement en arbo-beleid. Slechts een klein deel van de instellingen heeft een beleid op het gebied van strategische personeelsplanning, of koppelt de beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek aan elkaar. Bijna de helft is dat laatste niet van plan.

**Tabel 7.36 De mate waarin beleid bestaat mbt verschillende HR-onderwerpen in de Kinderopvang**

	geen beleid	plannen	beleid geschreven	implementatiefase	geïmplementeerd
Intern voorkeursbeleid bij vervullen van vacatures	19%	8%	4%	8%	61%
Jaarlijkse cyclus van functionerings- en/of beoordelingsgesprekken	5%	3%	9%	11%	73%
Koppeling beoordelingsinstrumenten en de beloningssystematiek	42%	15%	12%	8%	22%
Loopbaan- c.q. carrièrebeleid	35%	23%	19%	10%	11%
Management Developmentprogramma	67%	10%	10%	5%	6%
Leeftijdsbewust personeelsbeleid	52%	14%	13%	7%	13%
ARBO-beleid	8%	2%	10%	16%	65%
Opleidingsbeleid	24%	12%	12%	16%	36%
Strategische personeelsplanning	50%	14%	13%	8%	13%
Gezondheidsmanagement	13%	5%	10%	12%	59%

Bron: Werkgeversenquête 2009, Prismant

Uit de verschillende werknemersonderzoeken van de afgelopen jaren blijkt dat de werkbeleving van het agogisch personeel in de Kinderopvang vrij stabiel is. Het minst tevreden is men over de werkdruk. Maar net als bij de waardering die men over de leidinggevende heeft is er wel sprake van een gunstige, stijgende lijn in het oordeel.

Het oordeel over werkevaluatie en werkautonomie laten een dalende lijn zien, waardoor de algemene werkbeleving ongeveer gelijk blijft.



**Tabel 7.37 De gemiddelde score op de werkbeleving van agogisch personeel door de jaren heen (1=meest negatief tot 5=meest positief).**

Kinderopvang	2000	2003	2005	2007	2009
Tevredenheid over werkdruk	2,8	2,9	2,9	3,0	3,2
Waardering van leidinggevende	3,6	3,6	3,3	3,5	3,7
Werkevaluatie	4,2	4,0	4,0	4,0	4,1
Werkautonomie	3,7	3,6	3,9	3,5	3,5
Algemene werkbeleving	3,5	3,5	3,4	3,6	3,6

Bron: Werknemersenquêtes 2000 – 2007, Werknemersonderzoek 2009; OSA en Prismant

## 8. Slotbeschouwing



## 8. Slotbeschouwing

De arbeidsmarkt in Zorg en WJK is sterk in beweging. De ontwikkelingen die zich nu aftekenen en die op langere termijn worden verwacht, staan op gespannen voet met elkaar. Op dit moment bevindt de arbeidsmarkt zich op een omslagpunt: van een situatie waarin het soms moeilijk is om aan personeel te komen naar een situatie waarin nagedacht moet worden over bezuinigingen. Dit betreft het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. De komende twee, drie jaar zullen zich waarschijnlijk kenmerken door een ruimere arbeidsmarkt, terwijl zich op de lange termijn wel een nijpend tekort aftekent. Dit betekent dat werkgevers, regionale samenwerkingsverbanden en de overheid zich voor moeilijke keuzen en dilemma's geplaatst zien. Hoe bereiden zij zich voor op deze toekomst?

### De arbeidsmarkt eind 2009

De gevolgen van de crisis zijn in de sector Zorg en WJK eind 2009 nog weinig direct merkbaar. Zo groeit de werkgelegenheid in de sector nog steeds (de laatste vier kwartalen met gemiddeld 1,5% op jaarbasis, CBS november 2009). Wel neemt het verloop van personeel af en kost het werkgevers gemiddeld minder tijd om vacatures te bezetten dan een jaar geleden het geval was. Dit schept mogelijkheden om meer aandacht te geven aan kwalitatieve vraagstukken in de personeelsbezetting. De animo om een opleiding voor een beroep in Zorg en WJK te volgen groeit ook in 2009 nog licht: tussen 2008 en 2009 nam op MBO-niveau het aantal leerlingen in opleiding voor verpleging, verzorging en sociaalagogisch werk met ruim 3% toe.

Op dit moment zijn er vrijwel geen landelijke tekorten aan personeel, maar is er hier en daar wel sprake van regionale tekorten (Amsterdam, Utrecht). Daarnaast ervaart men soms kwalitatieve knelpunten in de personeelsvoorziening. Zo zijn tekorten zichtbaar bij specifieke personeelscategorieën (bv. gespecialiseerde verpleegkundigen en operatiepersoneel). Dit vraagt om een regionale aanpak en instellingsbeleid.

De context waarbinnen men opereert is die van aangekondigde bezuinigingen, maar ook van toenemende marktwerking en sturing op doelmatigheid. De invoering van de zorgzwaartebekostiging in de VVT en de gehandicaptenzorg en de ontwikkelingen in de Wmo vragen om aanpassingen in het strategisch beleid en het personeelsbeleid. Deze veranderingen vragen ook het nodige van het personeel.

Daar waar kwalitatieve knelpunten ervaren worden, zet men in op (bij)scholing. Ditzelfde doet zich voor als de toenemende marktwerking om andere competenties vraagt dan voorheen. Tegelijkertijd roept dit de vraag op of deze toenemende (gereguleerde) marktwerking past bij de mensen die er voor kiezen om in Zorg en WJK te werken. Uit onderzoek komt naar voren dat medewerkers doorgaans meer gericht zijn op een "familiecultuur".

### De arbeidsmarkt op korte termijn

Mogelijke bezuinigingen leiden tot onzekerheid en terughoudendheid van werkgevers op de arbeidsmarkt. De omvang van mogelijke bezuinigingen is nog onduidelijk. Het is ook denkbaar dat het ten dele gaat om het verleggen van financiële stromen bijvoorbeeld van collectief naar privaat. De vraag naar personeel zal de komende twee jaar waarschijnlijk weinig groeien<sup>11</sup> bij een tamelijk constant aanbod van opgeleid personeel (het 'pijlijneffect' van degenen die nu onderwijs volgen).

<sup>11</sup> Recent onderzoek van het ROA (2009) verwacht een groei van de werkgelegenheid in de zorg van 2%. Daarbij is geen rekening gehouden met mogelijke bezuinigingen.

Dit betekent dat er straks verhoudingsgewijs veel aanbod zal zijn van voldoende geschoold personeel terwijl de vraag gering is.

Uit een (beperkt) aantal interviews valt af te leiden dat de beleidsmakers in de Care sector zich deels opmaken hun huidige bezuinigingen als reactie op invoering WMO en ZZP te intensiveren; een ander deel richt zich meer op niches in de markt en aanvullende private financiering. In de Cure reageert men door een scala van handelingen. Onder andere het verder optimaliseren van zorglogistieke processen, herontwerp van de organisatie, personele ombuigingen. Ook het toepassen van robotica en telemedicine wordt genoemd.

### **De arbeidsmarkt op de langere termijn**

Op de lange termijn wordt een stijgende vraag naar zorg en welzijn verwacht, bij een dalend aanbod van personeel. De sector Zorg en WJK zal een groter beslag moeten leggen op de arbeidsmarkt om zich van voldoende personeel te voorzien. Maatregelen om dit te bewerkstelligen moeten al op korte termijn genomen worden.

Er is dus sprake van een aanzienlijke discrepantie van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt op de korte en de lange termijn en de daarbij behorende antwoorden om problemen te voorkomen. We gaan nu in op de keuzen en dilemma's waar werkgevers, regionale samenwerkingsverbanden en de overheid zich voor geplaatst zien. De omvang van eventuele bezuinigingen zal bepalen hoe lastig de dilemma's worden.

### **Keuzen en dilemma's**

#### **Behoud van (jonge) werknemers**

De ruimte in het aanbod op de korte termijn levert het risico op dat jonge beroepskrachten na hun afstuderen niet in de sector aan de slag kunnen en elders werk vinden. De kans dat zij later alsnog in de sector gaan werken, is dan klein. De vraag is dus hoe ervoor kan worden gezorgd dat jonge beroepskrachten na het afstuderen in hun vak aan de slag kunnen. Dit geldt ook voor (het voorkomen van) eventuele ontslagen als gevolg van de crisis: hoe houden we talent voor de sector vast waar in de toekomst veel vraag naar is?

#### **Voldoende stageplaatsen**

Het is voor de lange termijn van belang om de instroom in de opleidingen op peil te houden om voor voldoende nieuwe aanwas van beroepsbeoefenaren te zorgen. Het bieden van stagemogelijkheden vraagt extra personeel buiten het directe werkproces.

Hoe combineren we bezuinigingen met het aanbieden van voldoende stageplaatsen?

#### **Doorwerkbeleid**

Terwijl de arbeidsmarkt verruimt, is het maatschappelijk gewenst om doorwerkbeleid te implementeren. De uitkomsten van de prognoses per branche (zie hoofdstuk 7) laten zien dat het de komende jaren om een omvangrijke groep personeelsleden gaat. De werkgevers in de sector zijn echter minder dan de gemiddelde werkgever in Nederland overtuigd van de wenselijkheid dat hun werknemers na hun 60<sup>e</sup> doorwerken. Het is dus van belang om hier een gevoel van urgentie te creëren en om snel op de veranderingen in te spelen, wanneer de verandering van wettelijke (AOW) maatregelen en veranderingen ten aanzien van de pensioenen duidelijk worden. Duidelijk is wel dat een flankerend vitaliteitsbeleid noodzakelijk is als werknemers in de sector Zorg en WJK langer moeten blijven werken. Onderzoek laat zien dat een te hoge werkdruk en te weinig autonomie het beoogde doorwerken in de weg kunnen staan.

Hoe combineren we de behoefte aan doorwerkbeleid en de instroom van jongeren?

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

### Plaatsing van werklozen

De huidige crisis brengt ook economiebreed onzekerheden met zich mee. Het hangt van de ontwikkeling van de crisis af of de sector straks zijn activiteiten moet ontplooiën in een economiebrede arbeidsmarkt die een tekortschietend aanbod laat zien of in een situatie waarin sprake is van een hardnekkig hoog niveau van werkloosheid. In het laatste geval zal een maatschappelijk beroep op de sector om werklozen in dienst te nemen waarschijnlijk zijn. We zien dat nu al bij de problematiek van jeugdwerkloosheid. De vraag is of werklozen voldoende potentie hebben om een beroep in de Zorg en WJK op niveau 3 en 4, waar veel vraag naar is, uit te oefenen. Dit vraagt om het opzetten van innovatieve toeleidingsprogramma's. In sommige regio's zijn op dit terrein interessante initiatieven gaande waarin nauw wordt samengewerkt met sociale diensten, functiedifferentiatie een rol speelt evenals interne scholing. Belangrijke vraag hierbij is ook of zorginstellingen opnieuw kritisch naar de echte aard van het werk durven te kijken.

Als alternatief voor het aantrekken van werklozen die doorgaans wat lager geschoold zijn, kan men zich richten op wat hoger geschoolden die thans in ander bedrijfstakken werkzaam zijn en die van beroep willen veranderen.

Richt men zich op scholing van werklozen of op het omscholen van werkenden (met doorgaans een hoger startniveau) in ander bedrijfstakken?

### Welke personeel?

Indien de sector in de toekomst een groter beslag op de arbeidsmarkt legt, dient de vraag zich aan of men zich moet richten op nieuwe doelgroepen of moet proberen een groter aandeel mensen aan te trekken uit de groep die van oudsher vaak voor het werk in Zorg en WJK kiest. Is het mogelijk om dit aandeel te vergroten? Of moet men zich richten op andere mentality-milieus (zie hoofdstuk 3)? En als je dat doet, vervreemd je je dan niet van de groep die van oudsher voor veel werknemers zorgde?

### Human resources management of personeelsbeleid?

Verschillende onderzoeken naar het verband tussen human resources management en de effecten voor de arbeidsmarkt, de arbeidsorganisatie en de financiële resultaten, tonen aan dat instellingen met een goed ontwikkeld en toegepast human resources management (HRM) beter presteren dan organisaties die minder doen op dit gebied. Praktijkonderzoek toont aan dat een intensief toepassen van HRM-instrumenten een positieve invloed heeft op de betrokkenheid van werknemers, de werkorganisatie en de effectiviteit van de organisatie.

Een bewuste keuze voor een integrale HRM-aanpak is slechts door enkelen gemaakt. Strategische personeelsplanning is in de sector bijvoorbeeld nog lang geen gemeengoed. Slechts een kwart zegt dit te voeren.

De vraag is dan relevant: Kiest men voor een integrale HRM-aanpak of blijft men zich beperken tot uitvoerend personeelsbeleid?

### Oplossingen

De geschetste dilemma's geven aan dat er geen eenvoudige oplossingen zijn. Wel kunnen we een aantal zaken noemen die een bijdrage kunnen leveren.

### Overbrugging vraag-aanbod in de tijd

Waar op korte termijn de personeelsbehoefte beperkt is, heeft de zorg op middellange termijn personeel hard nodig. Hier ligt ter overbrugging een belangrijke rol bij de regionale samenwerkingsverbanden. De regionale mobiliteitscentra zouden bijvoorbeeld een andere rol dan voorheen kunnen gaan spelen. De toekomstige vraag naar arbeidskrachten binnen de zorg zal namelijk niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief van aard zijn.

Er bestaat een grote behoefte aan beroepskrachten. De huidige ombuigingsmaatregelen treffen voornamelijk de lager gekwalificeerde arbeidskrachten binnen de zorg. Om ervoor te zorgen dat deze mensen voor de zorg behouden blijven, zullen er vanuit regionaal verband constructies moeten worden bedacht waarin deze groep medewerkers de komende twee à drie jaar geschoold, opgeleid en getraind worden. EVC's (Erkenning van Verworven Competenties) kunnen hierbij hun waarde bewijzen om trajecten te bekorten. Zodoende blijft deze groep behouden voor de zorg en wordt ingespeeld op de komende vraag naar goed geschoolde professionals.

### **Doelgroepen**

Een belangrijke doelgroep wordt gevormd door Marokkanen en Turken. Zij zijn ondervertegenwoordigd in de zorg, terwijl zij wel een steeds groter deel van de beroepsbevolking uit gaan maken. Indien men meer mensen uit deze groep aan wil trekken voor het werken in de zorg, dan zal men hier zeker actief op in moeten zetten.

### **Innovatie**

Veranderingen op de arbeidsmarkt kunnen tot vernieuwing aanleiding geven. Krappere middelen in combinatie met een nog steeds toenemende zorgvraag leiden soms tot innovaties in de inrichting van de zorg. Daarbij kan domotica een rol spelen of het stroomlijnen van processen, waardoor minder personele inzet nodig is. Ook wordt in toenemende mate (opnieuw) nagedacht over functiedifferentiatie binnen zorginstellingen. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij het organiseren van voldoende toezicht op huiskamers in de kleinschalige intramurale ouderenzorg, waarbij met behulp van een kritische reflectie op de benodigde competenties en interne scholing, zorgassistenten worden ingezet. Ook het ontstaan van een 'helpende+' (die medicatie mag verstrekken) in de thuiszorg is hiervan een voorbeeld. Soms wordt in dergelijke trajecten nauw samengewerkt met andere lokale partijen.

### **Aantrekkelijke werkgever**

Bij dit alles speelt dat de sector een aantrekkelijke werkgever moet zijn om voldoende mensen te kunnen werven en behouden. Daar horen goede arbeidsvoorwaarden, doorgroeimogelijkheden en een modern personeelsbeleid bij.

### **Ten slotte**

Alle genoemde dilemma's vragen om strategische keuzen. Eenduidige antwoorden zijn niet op voorhand te geven. De keuze hangt af van de visie die men heeft en de omstandigheden waarbinnen men opereert. Zo zagen we dat er sprake is van grote verschillen in de kansen die regionale arbeidsmarkten nu en in de toekomst bieden. Het is echter van groot belang dát men kiest. De personeelsvoorziening van de toekomst vraagt om een aanzienlijke en onderling afgestemde inspanning van werkgevers, regionale samenwerkingsverbanden en landelijke partijen.

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





**Afkortingen:**

<b>AOW</b>	Algemene OuderdomsWet.
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
<b>BAPO</b>	Bevordering Arbeidsparticipatie Ouderen.
<b>BBL</b>	BeroepsBegeleidende Leerweg.
<b>BBP</b>	Bruto Binnenlands Product.
<b>BOL</b>	BeroepsOpleidende Leerweg.
<b>BPV</b>	BeroepsPraktijkVorming.
<b>BSO</b>	BuitenSchoolse Opvang.
<b>CAO</b>	Collectieve Arbeids Overeenkomst.
<b>CBS</b>	Centraal Bureau van de Statistiek.
<b>CIZ</b>	Centrum Indicatiestelling Zorg.
<b>CMV</b>	Culturele en Maatschappelijke Vorming.
<b>CPB</b>	Centraal Plan Bureau.
<b>CSV</b>	College Specialismen Verpleegkunde.
<b>CWI</b>	Centrum voor Werk en Inkomen.
<b>CZO</b>	College Ziekenhuis Opleidingen.
<b>DBC</b>	Diagnose Behandelings Combinatie.
<b>EVV</b>	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende.
<b>FNV</b>	Federatie Nederlandse Vakvereniging.
<b>FTE</b>	Fulltime-equivalent.
<b>GGD</b>	Gemeentelijke Gezondheids Dienst.
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheids Zorg.
<b>GHZ</b>	Gehandicaptenzorg.
<b>HAVO</b>	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs.
<b>HBO</b>	Hoge Beroeps Onderwijs.
<b>HKZ</b>	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.
<b>ICT</b>	Informatie- en Communicatie Technologie.
<b>KBA</b>	Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.
<b>KCH</b>	KennisCentrum Handel.
<b>KITZ</b>	KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing.
<b>LEVV</b>	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging.
<b>MBO</b>	Middelbaar Beroeps Onderwijs.
<b>MKB</b>	Midden- en Klein Bedrijf.
<b>MNP</b>	Milieu en Natuur Planbureau.

<b>NP</b>	Nurse Practitioner.
<b>NVZ</b>	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorg Autoriteit.
<b>OBU</b>	Overbruggingsuitkering.
<b>OC&amp;W</b>	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
<b>P&amp;O</b>	Personeel en Organisatie.
<b>PA</b>	Physician Assistant.
<b>PGB</b>	Persoons Gebonden Budget.
<b>POP</b>	Persoonlijk Ontwikkeling Plan.
<b>RFID</b>	Radio Frequency Identification.
<b>RIVM</b>	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu.
<b>ROA</b>	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt.
<b>ROC</b>	Regionaal Opleidingen Centrum.
<b>RVZ</b>	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
<b>RWI</b>	Raad voor Werk en Inkomen.
<b>SCP</b>	Sociaal en Cultureel Planbureau.
<b>SER</b>	Sociaal Economische Raad.
<b>SiRM</b>	Strategies in Regulated Markets.
<b>SOP</b>	Seniorenregeling Onderwijs Personeel.
<b>SPH</b>	Sociaal Pedagogische Hulpverlening.
<b>SPW</b>	Sociaal Pedagogisch Werk.
<b>SSOV</b>	Stichting Samenwerkende Opleidingen tot Verloskundige.
<b>StAZ</b>	De Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen.
<b>STG/HMF</b>	STG/Health Management Forum.
<b>SZW</b>	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
<b>V&amp;V</b>	Verpleging en Verzorging Verpleeg- en Verzorgingshuizen.
<b>V&amp;VN</b>	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.
<b>VGN</b>	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
<b>VIG</b>	Verzorgenden Individuele Gezondheidszorg.
<b>VMBO</b>	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs.
<b>VOV</b>	Verpleging, Opvoedkundig en Verzorgend.
<b>VPT</b>	Volledig Pakket Thuis.
<b>VVE</b>	Voor- en Vroegschoolse Educatie.
<b>VVT</b>	Verpleeghuiszorg, Verzorgingshuiszorg en Thuiszorg.
<b>VWO</b>	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs.
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
<b>WGE</b>	Werkgeversenquête.
<b>WJK</b>	Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang.
<b>WMD</b>	Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening.
<b>Wmo</b>	Wet Maatschappelijke Ondersteuning.
<b>WNE</b>	Werknemersenquête.

<b>ZBC</b>	Zelfstandige Behand. Centra.
<b>ZVW</b>	ZorgVerzekeringsWet.
<b>ZZP</b>	ZorgZwaartePakket.
<b>ZZP-er</b>	Zelfstandige Zonder Personeel.

## Begrippen:

### Alfahulpen

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

### Allochtoon

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

### Arbeidsmarkteffectrapportage

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

### Arbeidsproductiviteit

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

### Arbo

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

### Autochtoon

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

### BBL

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

### Beroepsbevolking

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

### Beroepskolom

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

### BOL

BeroepsOpleidende Leerweg. Ook wel "Leren op school". BOL is een combinatie van leren en stage.

Bij de BOL gaat de leerling vijf dagen in de week naar school. Daar maak hij/zij op een afwisselende manier kennis met de theorie. De praktijkervaring doet de leerling op met stages. De BOL is zowel in voltijd als in deeltijd te volgen.

### **BPV**

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

### **Bruto arbeidsparticipatie**

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

### **Brutoverloop**

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

### **CAO**

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

### **CAO-loon**

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

### **Contractloon**

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

### **DBC**

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

#### *- A-segment*

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

#### *- B-segment*

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

## **Stand van zaken en vooruitblik**

**Domotica**

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

**FCB**

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

**FTE's**

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

**Gehandicaptenzorg**

Biedt zorg en ondersteuning aan mensen met beperkingen.

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

**Gemiddelde duur vervullen vacatures**

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

**Herkomst**

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

**Hoge scenario**

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

**HRM**

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

**HV1**

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

**HV2**

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

**Lage scenario**

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

**Leeftijdsbewust personeelsbeleid**

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

**Levensfasebewust personeelsbeleid**

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

**Moeilijk vervulbare vacatures**

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

**Netto arbeidsparticipatiegraad**

Het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de potentiële beroepsbevolking.

**Nettoverloop**

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

**Niveau D**

Profiel voor beroepskrachten in het HBO.

**Normverantwoorde zorg**

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

**NP**

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

**O&O-fondsen**

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

**OBU**

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

**Stand van zaken en vooruitblik**

### Omvang gemiddelde werkweek

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

### Opleidingen

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

#### - *Zorg*

- Universitair
  - Geneeskunde
  - Tandheelkunde
  - Farmacie
- HBO
  - fysiotherapie
  - ergotherapie
  - logopedie
  - voeding en dietiek
  - mondzorgkunde
  - cesar
  - mensendieck
  - ortoptie
  - podotherapie
  - radiodiagnostiek
  - radiotherapie
  - mbrt
  - huidtherapie
  - biologie en medisch laboratoriumonderzoek
  - bewegingsagogie/psychomotorische therapie
  - verpleegkundige 5
  - verpleegkundige maatschappelijke gezondheidszorg
- MBO niveau 4
  - apothekersassistenten
  - doktersassistenten
  - tandartsassistenten
  - operatie-assistenten
  - verpleegkundige
- MBO niveau 3
  - verzorgende
- MBO niveau 2
  - Helpende zorg en welzijn (alle opleidingen helpende, inclusief de experimentele opleidingen). NB daar waar gegevens over zorg- en agogische opleidingen in één tabel of grafiek zijn opgenomen, is deze opleiding meegenomen bij de agogische opleidingen.
- MBO niveau 1
  - zorghulp



### - *Agogische opleidingen*

- universitair
  - pedagogiek
  - psychologie
- HBO
  - culturele en maatschappelijke vorming
  - sociaal pedagogische hulpverlening
  - maatschappelijk werk en dienstverlening
  - HBO pedagogiek
  - HBO creatieve therapie
- MBO niveau 4
  - sociaal cultureel werker
  - sociaal pedagogisch werk 4
  - sociaal cultureel werker (experimentele opleiding)
  - pedagogisch werker: jeugdzorg (experimentele opleiding)
  - pedagogisch werker: kinderopvang (experimentele opleiding)
  - maatschappelijke zorg: medewerker gehandicaptenzorg (experimentele opleiding)
  - maatschappelijke zorg: medewerker volwassenenwerk (experimentele opleiding)
- MBO niveau 3
  - sociaal dienstverlener
  - sociaal pedagogisch werk 3
  - sociaal-maatschappelijk dienstverlener
  - pedagogisch werker 3 (experimentele opleiding)
  - pedagogisch werker kerndeel 3/4 (experimentele opleiding)
  - medewerker maatschappelijke zorg (experimentele opleiding)
  - maatschappelijke zorg kerndeel 3/4 (experimentele opleiding)
- MBO niveau 2
  - Helpende zorg en welzijn (alle opleidingen helpende, inclusief de experimentele opleidingen)

### **Opleidingsniveau**

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

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

### **PA**

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

### **Participatiegraad**

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

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

**PGB**

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

**Prognosemodel Leeftijdsopbouw**

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

**Taakherschikking**

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

**Uitbreidingsvraag**

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

**Vacaturegraad**

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

**Vergrijzing**

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

**Vervangingsvraag**

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

**Vervulde vacatures**

Vacatures waarin, in een bepaalde periode, is voorzien.

**VPT**

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

**Werkautonomie**

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

**Werkdruk**

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

**Werkevaluatie**

Wordt gemeten aan de hand van de volgende factoren: prettige sfeer, inhoudelijk leuk werk, nut

van het werk, ontplooiingsmogelijkheden, opgebrand voelen. Dit zijn factoren gebaseerd op de werknemersenquête van Prismant.

### **Werknemer niet mobiel**

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

### **Werkzame personen**

Personen die betaalde arbeid verrichten.

### **ZBC**

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

### **Ziekteverzuimpercentage**

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

### **ZZP**

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

## **Bronnen:**

### **AZWinfo.nl**

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

### **CBS Sociaal Statistisch Bestand**

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

### **CBS Statline**

De elektronische databank van het CBS.

### **Cfi bronbestand**

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

### **Exitinterviews**

Instellingen houden door het toepassen van EXIT-interviews een vinger aan de pols bij het vertrek-

## **Stand van zaken en vooruitblik**

kend personeel. Door deelname aan de EXIT-interviews worden de gegevens van de deelnemende instellingen verwerkt en op een inzichtelijke wijze gepresenteerd. De gegevens van de individuele instellingen worden afgezet tegen die van vergelijkbare instellingen, ten behoeve van een adequaat personeelsbeleid.

### **GPI**

GGZ Personeels Informatiesysteem

### **HBO-raad Leerling gegevens**

Gegevens over aantallen leerlingen in het hoger onderwijs.

### **Landelijke BeroepsKeuzeMonitor**

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

### **LKG**

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

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

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

### **PGGM-deelnemersbestand**

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

### **RegioMarge (diverse jaren)**

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

### **Werkgeversenquête (WGE) 2007 en 2009**

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

### **Werknemersenquête (WNE) 2007 en 2009**

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



# Bijlage 2 Literatuur



## Bijlage 2      Literatuur

Actiz, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN. *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg; Verpleging, Verzorging en Zorg thuis (langdurige en/of complexe zorg). Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg.* 2007

Arets, J., Heijnen, V. *Kostbaar misverstand: Van training naar business improvement.* Den Haag, Sdu Uitgevers bv., 2008

Askildsen, J.E., Baltagi, B.H., Holmås, T.H., *Will Increased Wages Reduce Shortage Of Nurses? A Panel Data Analysis Of Nurses' Labour Supply.* Cesifo Working Paper No. 794, 2002

Baecke, J.A.H., Boer, R. de, Bremmer, P. J. J., Duenk, M., Kroon, D. J. J., Loeffen, M. M. Mobach, C. E., Schuyt, M. *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport.* BMC, Amersfoort, 2009

Becker, B., Huselid, M., Ulrich, M. *The HR scorecard. Linking people, strategy and performance.* Harvard Business School Press, Boston, 2001

Beer, P. de. *Krapte arbeidsmarkt verdwijnt uit zicht.* In: ESB 94 (4566), 21 aug. 2009

Besten, H. den, Blatter, B., Smulders, P. *Arbeidsomstandigheden en arbeidstekorten in onderwijs en zorg en welzijn.* In: Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken 25 (2), 2009

Biemans, P.J. *Professionalisering van de Personeelsfunctie.* Eburon, Delft, 1999

Biemans, P.J. *Veranderingen in het beroepsprofiel van HRM in de praktijk.* In: Tijdschrift voor HRM, nr. 1, 2008

Blauw Research. *Een warm hart voor de zorgsector? Landelijke Beroepskeuzemonitor 2008,* Blauw Research, Rotterdam, 2008

Bloemendaal, A., Albers, D.A., Kroon, S.J.W. de, & Dekker, A.C.H. *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis.* Prismant, Utrecht, 2009

Boelema, J.R., Groothoff, J.W., Post, D. *Determinanten van medische consumptie bij oudere ziekenfondsverzekerden.* In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, vol. 29, nr. 138, 1994

Bremer, M.M.W., Lamers, M.E., Burm, K. *Nationaal Onderzoek Zorgcultuur.* Kikkergroep, Olst, 1 oktober 2008

Bureau Bartels BV. *Wmo-monitor welzijn en maatschappelijke dienstverlening.* Bureau Bartels, Amersfoort, 2009a

Bureau Bartels. *Inventarisatie scholingsbehoefte peuterspeelzalen in het kader van het wetsvoorstel OKE.* Bureau Bartels, Amersfoort, 2009b

Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2008.* Capaciteitsorgaan, Utrecht, 2008



CBS. *Huishoudelijke hulp in Wmo leidt tot verliezen*. Bericht op website [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl), geplaatst 22 juli 2009. CBS, 2009

CBS. *Personele Kosten VVT*. CBS Statline, 2007

Centraal Planbureau. *De structurele groei van het arbeidsaanbod op de middellange termijn*. Centraal Planbureau, Den Haag, 2006

Clegg, S., Kornberger, M., Pitsis, T. *Managing and organizations*. London, Sage Publications, 2008

Collot d'Escury, T., Alma, R., et al. *De zeven zorgen. Ontwikkelingen Nederlandse ziekenhuizen 2003-2008 en belangrijkste aandachtspunten voor de toekomst*. Roland Berger, Amsterdam, 2009

Commissie Arbeidsparticipatie (Bakker) *Naar een toekomst die werkt*, Den Haag, 2008.

CPB *Arbidsaanbod en gewerkte uren tot 2050, een beleidsneutraal scenario* (memorandum). CPB, Den Haag, 2009

CWI. *Arbeidsmarktprognose 2008-2013*, CWI, Amsterdam, 2008

Derks, W., Hovens, P. Klinkers, L.E.M. *Structurele bevolkingsdaling*. RVW VROMRaad, Den Haag, 2006

Detmar, B., Vries, I.E.M. de. *Beroepspraktijkvorming in het MBO: Ervaringen van leerbedrijven*. MKB Nederland/VNO-NCW, 2009.

Divosa. *Monitor 2009 Meer dan ooit*. Divosa, Utrecht, 2009

FBC. *Er is weer één CAO in de Kinderopvang 2009-2010*. In: FCB Magazine Kinderopvang, juni 2009. FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvragestukken, Utrecht, 2009

FCB. *Analyse effect van wervingscampagne 'Werk in Welzijn'*. Bericht op de website [www.fcbwjk.nl](http://www.fcbwjk.nl), geplaatst op 21 september 2009a

FCB. *Analyse effect van wervingscampagne 'Werken in de Jeugdzorg'*. Bericht op de website [www.fcbwjk.nl](http://www.fcbwjk.nl), geplaatst op 21 september 2009b

FCB. *Analyse effect van wervingscampagne 'Werken in de Kinderopvang'*. Bericht op de website [www.fcbwjk.nl](http://www.fcbwjk.nl), geplaatst 21 september 2009c

FCB. *Breng de lol terug in het werk*. In: FCB Magazine Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, september 2009. FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvragestukken, Utrecht, 2009

FCB. *Evaluatie EVC-procedures binnen Jeugdzorg & Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening 2006-2008*. FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvragestukken, Utrecht, 2008

FCB. *FCB peilt wensen in Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening*. In: FCB Magazine Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, maart 2009. FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvragestukken, Utrecht, 2009

FCB. *Uitkomsten tussenmonitor CAO-afspraken Werklast Jeugdzorg*. Bericht op de website [www.fcbwjk.nl](http://www.fcbwjk.nl), geplaatst 11 juni 2009

Glaser, B.G., Strauss, A.L. *The discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine, 1967

Gründemann, R.W.M., Dalen, E.J. van, Vries, S. de. *HRM in de toekomst*. Thema: Zaltbommel. TNO arbeid, uitgeverij Thema BV, Hoofddorp, 2003

Gründemann, R.W.M., Willemsen, M., Vries, S. de. *De stand van personeelszaken*. TNO Arbeid, Hoofddorp, 2001

Houkes, A., Aerts, M. *Inzet zelfstandigen in ziekenhuizen*. SEO, Amsterdam, 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Toepassing van domotica in de zorg moet zorgvuldiger*, IGZ, Den Haag, 2009.

Jansen, S., Velde, F. van der, Hummel, M., Gemert-Pijnen, L. *Nog meer arbeidsbesparing met domotica?* In: Markant, jaargang 13, nr.9, 2009.

Jeugd en gezin. *Aanpak wachtlijsten jeugdzorg*. Kamerstuk, 14 september 2009, Programmaministerie Jeugd en gezin, Den Haag, 2009

Kleinmeulman, J.H. Verkenning relaties tussen zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. Zorgconsumptiemodellen en determinanten van zorgconsumptie. RUG, Groningen, 1997.

Kluijtmans F. *Van verzorger naar spelverdeler: over veranderende posities in het HR-speelveld*. Open Universiteit Nederland, 2008

Kok, L., Berden, C., Theeuwes, J. *Flexibele arbeid in de zorg*. SEO, Amsterdam, 2009

Kooijker, S.E., Mootz, M. (red.). *Patiënt en professie. Culturele determinanten van medische consumptie*, SCP, Den Haag, 1996

Kwartel, A. van der. *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2008*, Prismant, Utrecht, 2008

Kwartel, A.J.J. van der, Hendriks, J., Windt, W. van der, Montfort, S. van, Berkel, F. van, Gijsbers, L. *ZorgWerk en ZorgWerkers in 2025 – de 'Z-generatie' als wenkend toekomstperspectief*, Prismant/Motivaction, Utrecht/Amsterdam, 2009

Leijten, A. *Stimulerend personeelsmanagement*. Thesis Publishers, Amsterdam, 1991

Lindert, H. van, Droomers, M., Westert, G.P. *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Een kwestie van verschil: Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Nivel/RIVM, Utrecht/Bilthoven, 2004

Mandour, Y. *Rapportage arbeidsmarktproblematiek ActiZ 2008*. ICSB Marketing en Strategie. Movisie, Utrecht, 2008

Meer, J.B.W. van der, Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P. *Sociaal-economische verschillen in medische consumptie; enkele eerste resultaten uit de longitudinale studie naar sociaal-economische verschillen in medische consumptie*. Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1993

Ministerie van OC&W *Referentieraming 2009*. Den Haag, 2009

Ministerie van VWS. *Antwoorden op vragen van de Kamerleden Van Gerven, Leijten en Irrgang (SP) over het inzetten van Indiase OK-assistenten*. Kamerstuk, 20 oktober 2009

MOGroep. *Kabinetsbeleid leidt tot extra kosten voor ouders en langere wachtlijsten*. Nieuwsbericht MOGroep, Utrecht, 26 november 2008.

MOGroep. *Méér kinderen sneller geholpen in 2008*. Persbericht MOGroep, Utrecht, 13 juli 2009

Nederlandse Zorgautoriteit. *Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid*. NZa, Utrecht, 2009

NVZ. *Vizier op vertrouwen. Brancherapport Algemene Ziekenhuizen 2009*. NVZ, Utrecht, 2009

NZA. *Voortgangsrapportage invoering ZZP's: Rapportage over de periode 1 januari – 30 juni 2009*. NZA, Utrecht, 2009

OAJ. *CAO Jeugdzorg 2008-1010*. Overleg Arbeidsvoorwaarden Jeugdzorg, Utrecht, 2009

OAK. *Brochure Verlofbudget CAO Kinderopvang*. Overleg Arbeidsvoorwaarden Kinderopvang, augustus 2009

OAW. *Brochure CAO Welzijn & Maatschappelijke dienstverlening*. Overleg Arbeidsvoorwaarden Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, juli 2009

OC&W. *Bureau Kwaliteit Kinderopvang opgericht*. In: Nieuwsbrief Kinderopvang, februari 2009. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, februari 2009b

OC&W. *Jonge kinderen beter voorbereid naar de basisschool*. Persbericht Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, 19 juni 2009

OC&W. *Samenwerking tussen kinderopvang en peuterspeelzaal*. Nieuwsbericht Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, 30 juni 2009

OC&W. *Wijzigingen in de Wet kinderopvang*. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag, februari 2009a

Ooms, I., Eggink, E., Gameren, E. van. *Moeders, werk en kinderopvang in model. Analyse van arbeidsparticipatie- en kinderopvangbeslissingen van moeders met jonge kinderen*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2007

OSA. *Tendrapport Aanbod van arbeid 2007*. OSA, Tilburg, 2008

- OSA. *Trendrapport Vraag naar arbeid 2008*. OSA, Tilburg 2009.
- Paauwe, J., Boselie, P. *Challenging strategic human resource management theory*. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2002
- PriceWaterhouse Coopers. *Continue Benchmark Verpleging, verzorging en thuiszorg*. PriceWaterhouseCoopers, 2008
- RIVM. *Pilotstudie arbeidsinzet in de zorg*. RIVM, Bilthoven, 2008
- ROA. *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2014*. ROA, Maastricht, 2009
- Sbiti, A., Goorts, I., Tonk, F. *Onbeperkt in kleur: aan de slag met intercultureel HRM in de gehandicaptenzorg*. Mikado en VGN, 2009
- Schrier, A.C., Theunissen, J.R., Kempe, P.T., Beekman, A.T.F. *Migranten in de ambulante GGZ maken een inhaalslag*. In: Tijdschrift voor psychiatrie, 47 (2005), nr. 11
- SCP. *De ontwikkeling van de AWBZ uitgaven*. SCP, Den Haag, 2008
- SCP. *De toekomst van de mantelzorg*. SCP, Rijswijk, 2009
- SCP. *Deeltijd (g)een probleem*. SCP, Rijswijk, 2009
- Smeets, R.C.K.H., Albers, D.A., Windt, W. van der., Bloemendaal, A., Velde, F. van der. *Werknemersonderzoek Zorg en Welzijn 2009. Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn*. Prismant, Utrecht, 2009
- Smeets, R.C.K.H., Verijdt, F., Bodt, J.H.I., Windt, W. van der. *Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2009, meting 1 en 2. Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn*. Prismant, Utrecht, 2009
- Subsidieregeling Kinderopvang 2009*.
- TNO. *Vinger aan de pols van werkend Nederland*. NEA, mei 2009
- Trimbos Instituut. *Trendrapportage GGZ 2008*. Trimbos Instituut, Utrecht, 2008.
- UWV Werkbedrijf. *Arbeidsmarktprognose 2009-2014*. UWV Werkbedrijf, Amsterdam, 2009
- Veer, A.J.E. de, A.L. Francke. *Factsheet Panel Verpleging en Verzorging, februari 2008*. Nivel, Utrecht, 2008a
- Veer, A.J.E. de, A.L. Francke. *Factsheet Panel Verpleging en Verzorging, oktober 2008*. Nivel, Utrecht, 2008b
- Velde, F. van der, Windt, W. van der. *De lange termijn vraag naar en het aanbod van personeel in de zorg*. Prismant, Utrecht, 2009

Velde, F. van der, Smeets, R.C.K.H., Essen, G. van. *Wmo en de arbeidsmarkt van de thuiszorg*. FAOT, Den Haag, 2007

Verijdt, F., Windt, W. van der. *Tijdbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. Prismant, Utrecht, 2009

VWS. *Voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging*. Ministerie van VWS, Den Haag, 24 juni 2009

Werkgeversenquête 2009. Smeets, R.C.K.H., Verijdt, F., Bodt, J.H.I., Windt, W. van der. *Werkgevers-enquete Zorg en Welzijn 2009, meting 1 en 2. Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn*. Prismant, Utrecht, 2009

Werknemersonderzoek 2009. Smeets, R.C.K.H., Albers, D.A., Windt, W. van der., Bloemendaal, A., Velde, F. van der. *Werknemersonderzoek Zorg en Welzijn 2009. Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn*. Prismant, Utrecht, 2009

Wester, F. *De gefundeerde theorie benadering; een strategie voor kwalitatief onderzoek*. Dissertatie. Nijmegen, 1984

Windt, W., van der., Smeets, R.C.K.H., Arnold, E. RegioMarge 2009. *De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2009-2013*. Prismant, Utrecht, 2009

[www.jeugdengезin.nl](http://www.jeugdengезin.nl)

[www.stichtingbkk.nl](http://www.stichtingbkk.nl)

Zorgvisie. *VNG voorziet hrm-problemen in thuiszorg*. Nieuwsbericht op de website [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl), geplaatst 30-07-2008. Zorgvisie

## Erratum

In de paragrafen over Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (paragraaf 7.6.2), Jeugdzorg (paragraaf 7.6.2) en Kinderopvang (paragraaf 7.8.2) ontbreken de verzuimcijfers in de tabellen met de branchegegevens. In onderstaande tabel worden deze cijfers alsnog gegeven.

### Branchegegevens met verzuimcijfers

Verzuim (excl. zwangerschap)	2004	2005	2006	2007	2008
WMD <sup>1</sup>	7,6%	7,1%	6,2%	5,5%	4,9%
Jeugdzorg <sup>1</sup>	5,0%	5,1%	5,0%	5,7%	6,0%
Kinderopvang <sup>1</sup>	5,9%	4,6%	4,4%	5,7%	5,5%
WJK <sup>2</sup>	6,2%	5,8%	5,3%	5,6%	5,4%

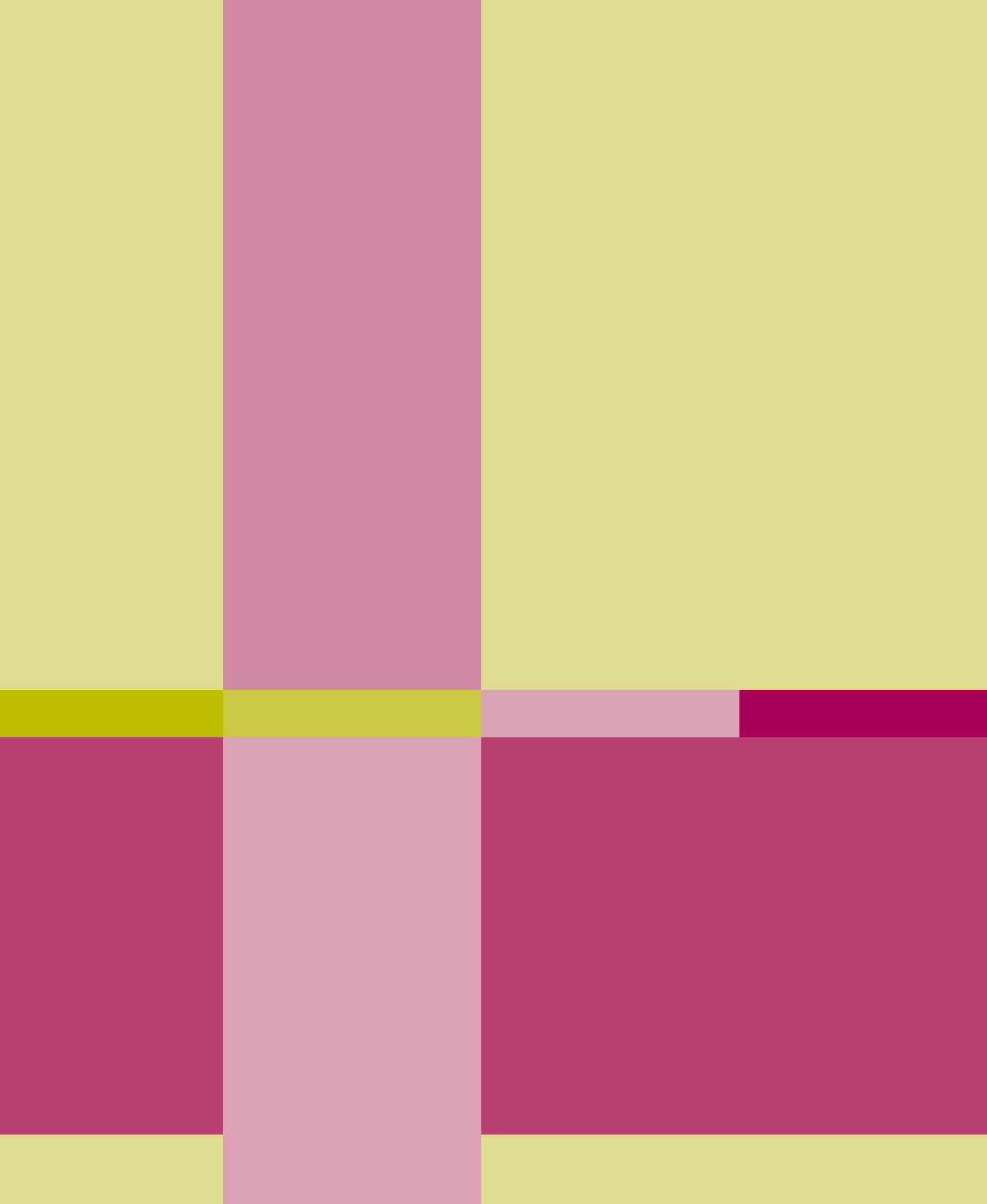
<sup>1</sup> Bron: FCB (2008). Uit Arboconvenanten (2004 – 2006)

<sup>1</sup> Bron: FCB (2008). Verzuimcijfers 2007, schatting op basis van Verzuimspiegel, Vernet en MOgroep

<sup>1</sup> Bron: FCB (2009). Verzuimspiegel 2008

<sup>2</sup> Bron: FCB (2008). Bewerking van Arboconvenanten, Vernet, MOgroep en Verzuimspiegel





**Prismant**

