

Vergaderjaar 2007–2008

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 46

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKS- GEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 november 2007

Bijgaand doen wij u de Arbeidsmarktbrief 2007 «Werken aan de zorg» toekomen.

Deze brief bevat de beleidsvoornemens van het kabinet op het gebied van arbeidsmarktbeleid in de vorm van het actieplan «Werken aan de zorg».

Met dit actieplan geven wij tevens uitvoering aan de motie Bussemaker/Omtzigt (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr 76) over het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg en het geven van een impuls aan het opleiden, toeleiden en behouden van werkers in de zorg en de motie Bussemaker c.s. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 75) over een effectieve aanpak van stages en praktijkbegeleiding in de zorgopleidingen.

Tevens bieden wij u als bijlage aan het rapport Regiomarge 2007 van Prismant over de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007–2011.¹

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

1 Inleiding: Werken aan de zorg

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. De laatste levensfase wordt steeds meer een rijke, actieve periode met voldoende tijd voor ontplooiing en sociale contacten¹. Aan de andere kant neemt mede door de vergrijzing het aantal mensen met een chronische ziekte de komende 20 jaar toe met meer dan 40 procent. Verbeterde diagnostiek en succesvolle therapieën zorgen ervoor dat aandoeningen eerder zijn op te sporen en beter te behandelen. De populatie zorggebruikers verandert daardoor sterk. Het gaat om mensen met een relatief intensief zorggebruik. Daarnaast neemt het aantal patiënten met een combinatie van aandoeningen toe. Al deze ontwikkelingen impliceren dat meer mensen langer gebruik zullen maken van verpleging, verzorging en lokale Wmo-arrangementen en dat een multidisciplinaire aanpak van de zorg steeds belangrijker wordt. Lange termijnramingen voorzien dat de zorgvraag in 15 jaar met ongeveer 50 procent zal toenemen².

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 jongeren³. Door de afnemende groei van de beroepsbevolking wordt het draagvlak voor het instandhouden van de collectieve arrangementen kleiner.⁴ 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.

De zorgsector staat daarom aan de vooravond van een van de grootste uitdagingen van de samenleving: innoveren in nieuwe zorgconcepten en voorzien in voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel, zodat het huidige hoge niveau van zorg in Nederland kan blijven bestaan.

Wij vinden het belangrijk om nu te handelen en niet te wachten tot de problematiek onoplosbaar wordt. Juist de zorg voor voldoende personeel is er één van een lange adem, onder andere omdat het opleiden van mensen tijd kost. Het is zaak nu potentiële werknemers tot werken in de zorg te stimuleren. Het is ook nodig om zorgmedewerkers adequaat op te leiden en te zorgen dat zij gemotiveerd blijven om zich langdurig voor de zorg in te zetten.

Uiteraard is het aantrekken en behouden van voldoende personeel in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. De dreigende tekorten overstijgen echter de oplossingsmogelijkheden van de individuele instellingen en op sommige punten ook die van de sociale partners. Bovendien kunnen instellingen en sociale partners alles doen wat binnen hun mogelijkheden ligt om mensen te helpen, maar daarmee wordt niet vanzelf voldoende zorg geboden op regionaal of landelijk niveau.

De overheid is aanspreekbaar op de algemene verantwoordelijkheid voor de continuïteit en kwaliteit van de geleverde zorg. Daarom nemen wij het initiatief tot een actieplan om samen met werkgevers- en werknemersorganisaties en andere betrokken partijen het dreigende personeelstekort het hoofd te bieden.

Met dit actieplan zetten wij tegelijkertijd in op de volgende drie sporen:

- I. Innovatie van zorgprocessen
- II. Investeren in behoud van personeel

¹ In 1970 leefden Nederlandse mannen van 65 jaar na uittreding uit het arbeidsproces nog gemiddeld 13 jaar, in 2004 is dit opgelopen tot 16 jaar, voor vrouwen steeg dit van 16 naar 20 jaar, bron: Van Dalen e.a., Langer Leven later met pensioen?, NIDI, 2006.

² Op basis van Douven, R., e.a., Een scenario voor de zorguitgaven 2008–2011, CPB in samenwerking met SCP en RIVM, 2006.

³ Aandeel 65-plussers stijgt van circa 17 procent nu naar circa 25 procent in 2025, het aandeel jongeren tot 20 jaar daalt van circa 24 procent nu naar circa 21 procent in 2025, bron: CBS, Statline.

⁴ De leeftijdsgroep, die relatief meer bijdraagt dan ontvangt, loopt van 23 tot 61 jaar. Deze groep daalt van 8,6 mln nu naar 8,0 mln mensen in 2025, bron: Van Ewijk, Casper e.a. Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances, CPB, 2006.

III. Vergroten van de instroom van nieuw personeel

Het actieplan bevat maatregelen die op de korte en de middellange termijn resultaten zullen moeten bieden. Wij investeren in innovaties die de zorgverleningsprocessen efficiënter en kwalitatief beter maken en bijdragen aan het verlichten van de werkdruk. Ook investeren wij fors in goede stageplaatsen voor studenten van het zorgonderwijs. Het algemene kabinetsbeleid is gericht op het bundelen van de krachten om mensen aan de slag te krijgen en te houden. Er zal meer aandacht komen voor het werven van groepen mensen die nu nog niet vaak in de zorg werken. Wij faciliteren regionale samenwerkingsverbanden zodat de betrokken partijen in de regio goede arbeidsmarktstrategieën kunnen ontwikkelen. Ook faciliteren wij voorlichting aan jongeren en projecten voor professionalisering van medewerkers.

Met dit actieplan geven wij tevens uitvoering aan de motie Bussemaker/Omtzigt¹ over het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg en het geven van een impuls aan het opleiden, toeleiden en behouden van werkers in de zorg en de motie Bussemaker c.s.² over een effectieve aanpak van stages en praktijkbegeleiding in de zorgopleidingen.

Met de voorgestelde maatregelen gericht op de korte en middellange termijn zijn we er echter niet. Ook op langere termijn zullen vraag en aanbod onvoldoende op elkaar aansluiten. Daarom zal er een commissie komen, die advies moet geven over de vraag hoe we op de lange termijn de toenemende zorgvraag met gerichte inzet van menskracht kunnen oplossen. Daarbij zullen innovatie, nieuwe zorgconcepten, behoud van personeel en werving van nieuw personeel centraal staan. Daarmee kan op kwalitatief verantwoorde wijze aan de toenemende zorgvraag tegemoet worden gekomen.

Dit actieplan is ons vertrekpunt en vanaf hier zullen wij bouwen aan een toekomstbestendige personeelsvoorziening. Wij nodigen daarbij de sector uit om dit samen met ons nader in te vullen.

2 Analyse: zorgvraag groeit, zorgpersoneel wordt schaarser

De arbeidsmarkt in de zorgsector wordt steeds krappere. Verschillende oorzaken liggen hieraan ten grondslag. Demografische, medisch-technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen leiden tot een stijgende zorgvraag met een navenant stijgende vraag naar gekwalificeerd zorgpersoneel. De ontwikkeling van de beroepsbevolking blijft daarbij achter. Dat betekent dat het beslag van de zorg op de arbeidsmarkt toe zal blijven nemen. Daarnaast heeft Nederland nu te maken met een gunstige economische ontwikkeling, waardoor ook de marktsector trekt aan de schaarser wordende potentiële werknemers. Dit verhoogt de druk op zorginstellingen steeds meer. Tot begin van dit jaar waren de personele problemen nog beperkt. Inmiddels stijgt het aantal vacatures in de zorg weer, vacatures blijven langer onvervuld en daardoor maken zorginstellingen zich steeds meer zorgen over de mogelijkheden van het werven van voldoende en goed opgeleid personeel.³

Knelpunten op korte termijn

Elk jaar onderzoekt Prismant de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen voor de komende jaren⁴. Het rapport, getiteld «Regiomarge 2007» is als bijlage bijgevoegd. In het scenario waarbij rekening gehouden wordt met de door dit kabinet geaccommodeerde groei van de zorgvraag en de vraag naar betere (verpleeghuis-)zorg, zullen zich bij alle relevante beroepsgroepen de komende jaren

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 76.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 75.

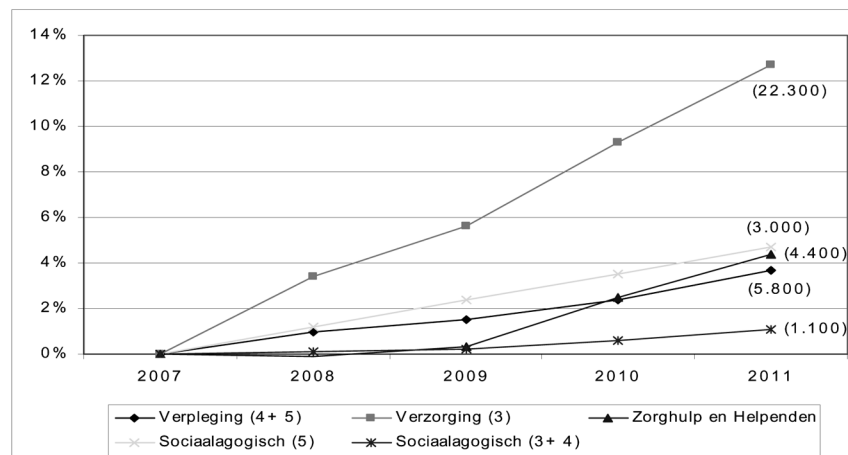
³ CBS; www.azwinfo.nl

⁴ Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van VWS, sociale partners, CWI en Calibris (voorheen OVDB).

personele tekorten gaan voordoen. Zoals uit figuur 1 valt af te lezen doen zich de grootste problemen voor bij de verzorgenden op niveau 3. Dit zijn verzorgenden met een opleiding op mbo-niveau.

Aangezien de verpleeg- en verzorgingshuizen het grootste beroep doen op de verzorgenden zal vooral die sector het meest geconfronteerd worden met de personeelsproblematiek. Ook de gehandicaptenzorg, de thuiszorg, de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg zullen echter de komende jaren met tekorten te maken krijgen.

Figuur 1: Verwachte knelpunten bij verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen in de zorgsector tot 2011 (percentages, tussen haakjes de absolute aantallen)



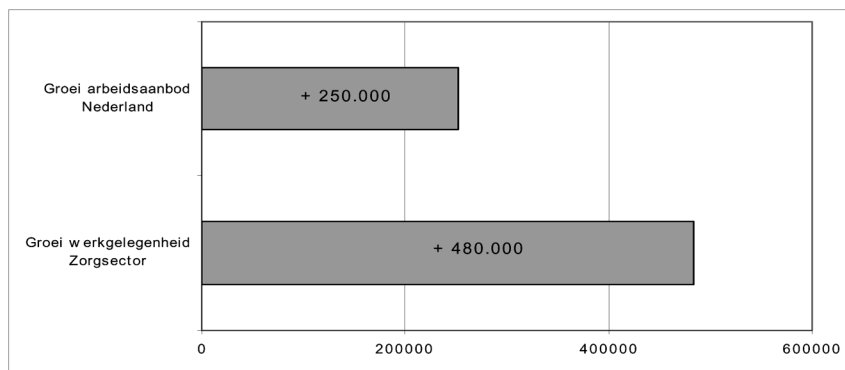
Bron: Prismant, Regiomarge 2007.

Figuur 1 laat ook zien dat op korte termijn (tot 2010) geen knelpunten bij de zorghulpen en de helpenden verwacht worden. Gegeven de omvangrijke knelpunten bij de verzorgenden op niveau 3 en de na 2009 weer oplopende knelpunten bij de helpenden en zorghulpen is het belangrijk om dit personeel – juist ook het personeel dat met overgangsproblemen bij de Wmo wordt geconfronteerd – te behouden voor de zorg. Evenals dit jaar maken wij hiervoor ook de komende jaren middelen vrij.

Knelpunten op lange termijn

Eerder hebben onze voorgangers er al op gewezen dat door de toenemende zorgvraag de arbeidsmarkt in de zorg structureel krap is. Diverse studies die op dit terrein zijn gedaan, bevestigen dit. Als de ontwikkelingen van de afgelopen jaren zich onveranderd voortzetten, zullen er tot 2020 circa 500 000 werkenden in de zorg bij moeten komen. Dat aantal is beduidend hoger dan de stijging van het totale arbeidsaanbod in Nederland (zie figuur 2). Het beroep van de zorg op de arbeidsmarkt stijgt in dat geval van de huidige 13 procent naar ruim 20 procent. Zonder nader beleid leidt dat tot problemen in de zorgvoorziening, langere wachtlijsten, een zorgkwaliteit die onder druk komt te staan, verhoging van de werkdruk en een opwaartse druk op de lonen. Tegen die achtergrond is een centrale vraag hoe we een stijgende behoefte aan zorg kunnen combineren met gerichte inzet van menskracht en innovatieve processen.

Figuur 2: Groei werkgelegenheid zorgsector en arbeidsaanbod Nederland tot 2020



Bron: CPB, CBS, Derks, bewerking VWS.

Ook de SER, de RVZ en de WRR wijzen in hun adviezen op de arbeidsmarktproblematiek op de lange termijn¹. Zo concludeert de SER dat «*Vooral de sectoren onderwijs en zorg (inclusief welzijn) forse knelpunten kunnen verwachten*». De RVZ constateert: «*Voor de langere termijn zijn de problemen nog veel groter. ... De beroepsbevolking krimpt structureel. Er zijn gewoon minder mensen beschikbaar voor de arbeidsmarkt*». De WRR stelt dan ook: «*Een samenhangend pakket van maatregelen is daarom nodig: adequatere mogelijkheden om werk en zorg te combineren, technologische innovatie, een financieringsstructuur die meer prikkelt tot differentiatie en klantoriëntatie, en meer ruimte voor informele zorg*».

Kwalitatieve knelpunten in de personeelsvoorziening

In de hierboven gepresenteerde analyses is ingegaan op de kwantitatieve personele knelpunten. In de vorige periode van hoogconjunctuur (1998–2001) is de werkgelegenheid in de zorgsector gestegen. Dat geeft aan dat de zorgsector voldoende aantrekkingskracht heeft en in staat was om grote kwantitatieve personele knelpunten te vermijden. Wel blijkt dat de zorgsector in de betreffende periode vooral middelbaar en lager opgeleiden heeft geworven en minder hoger opgeleiden. Dit wijst op kwalitatieve knelpunten. Na 2002 is er herstel opgetreden. Toch komen er steeds meer signalen dat er thans sprake is van kwalitatieve knelpunten, al dan niet veroorzaakt door kwantitatieve knelpunten op bepaalde segmenten van de arbeidsmarkt.

Om kwalitatieve knelpunten zoveel mogelijk te beperken is het van wezenlijk belang voldoende medici en gespecialiseerde verpleegkundigen op te leiden. Om die reden wordt de arbeidsmarkt voor medici nauwlettend gevolgd door het Capaciteitsorgaan. Aangezien de opleidingen voor medici vele jaren in beslag nemen, wordt de behoefte aan en beschikbaarheid van medici op lange termijn in kaart gebracht. Het Capaciteitsorgaan heeft in het laatste integrale rapport aangegeven wat de instroomcapaciteit per specialisme dient te zijn om op langere termijn (2016–2020) voldoende medici beschikbaar te hebben². De huidige door ons gefaciliteerde instroom is daar voldoende voor. Naar verwachting zullen er dan ook geen tekorten ontstaan.

Wat betreft de gespecialiseerde verpleegkundigen en andere specifieke zorgberoepen zijn op dit moment weinig gegevens beschikbaar. We hebben het Capaciteitsorgaan gevraagd om voor alle nog ontbrekende opleidingen van de tweede tranche van het opleidingsfonds een raming

¹ RVZ-advies «Arbeidsmarkt en zorgvraag» 2006; SER-advies «Voorkomen arbeidsmarkt-knelpunten Collectieve Sector» 2006; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid «De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden» 2006.

² Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde, beide vanaf 2006, 2005.

op te stellen. Het gaat daarbij om de gespecialiseerde verpleegkundigen en assistenten in ziekenhuizen, laboranten en een aantal GGZ-specialisaties.

Relevante ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorgsector

Bij de hierboven geschetste personele problematiek speelt een aantal specifieke ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorgsector een rol. Zonder uitpuittend te willen zijn, gaan we kort in op een aantal ontwikkelingen, dat relevant is voor ons actieplan.

a) De aantrekkingskracht van het totaal aan verplegend-, verzorgend- en sociaalagogisch onderwijs is de laatste jaren gestegen. Deze stijging komt echter volledig voor rekening van het sociaalagogisch onderwijs. Vooral het verzorgend onderwijs heeft de laatste jaren terrein verloren op andere sectoren. Daar komt bij dat de komende jaren de instroom in het zorgonderwijs onder druk staat door het afnemende aantal studenten, vooral bij de vooropleidingen waaruit de zorg veel rekruteert (VMBO-tl). De lagere populariteit van het verzorgend onderwijs heeft voor een belangrijk deel te maken met de lage populariteit onder de steeds groter wordende groep studenten van allochtone afkomst. Deze groep is wel goed vertegenwoordigd in het sociaalagogisch onderwijs. Het studierendement van het zorgonderwijs vergeleken met andere studierichtingen is goed te noemen. Toch valt ook bij het zorgonderwijs, een aanzienlijk deel van de studenten af.

b) De uitval vanwege ziekte en arbeidsongeschiktheid is de afgelopen jaren sterk gedaald sinds in 2000 het Arbeidsmarktconvenant Zorgsector is afgesloten. De investeringen van kabinet, sociale partners, instellingen en personeel in het verminderen van fysieke en psychische belasting hebben duidelijk vruchten afgeworpen. Een verdere daling zal niet gemakkelijk te realiseren zijn. Hiermee zijn de mogelijkheden van dit instrument voor het oplossen van personele problemen in de zorg beperkt. Het is nu vooral zaak om het te consolideren.

c) De uitstroom van personeel uit de zorgsector is de afgelopen jaren behoorlijk gedaald. De stagnerende economie heeft tot weinig druk vanuit de marktsector geleid. Op dit moment en de komende jaren stijgt die druk weer, waardoor het verloop uit de zorg zou kunnen toenemen. Een andere mogelijke factor daarbij is de vergrijzing van het personeelsbestand. In 2000 was 16 procent van de werknemers in de zorg ouder dan 50 jaar, in 2011 zal dat 26 procent zijn. Zo is op dit moment de categorie 40–49-jarigen in de verpleging en verzorging enorm oververtegenwoordigd¹. Dit zal op termijn (na 2015) tot een sterk groeiende vervangingsvraag leiden.

d) In de vorige periode van hoogconjunctuur heeft de zorgsector veel herintreedsters geworven. Doordat de participatiegraad van vrouwen sterk gestegen is, is het potentieel aan herintreedsters, dat voldoende gekwalificeerd is, aanmerkelijk teruggelopen. Voor de komende periode zal de zorgsector zich dan ook meer moeten richten op groepen die tot nu toe nog niet evenredig participeren op de arbeidsmarkt (zo zijn Turkse en Marokkaanse vrouwen ondervertegenwoordigd) en mensen die van beroep willen veranderen (zij-instromers). Daarnaast is het belangrijk om deeltijders te stimuleren om meer uren te gaan werken. Het aantrekken van mannen als verzorgende zou in theorie perspectief kunnen bieden. De introductie van maatschappelijke stages biedt nadrukkelijk ook kansen om jongens voor werken in de zorg te interesseren. Het vergt echter op korte termijn extra inspanningen, welke pas op langere termijn resultaat opleveren, omdat dit een sociaal-culturele omslag vergt. Dit neemt niet weg dat ten aanzien van jongeren de voorlichting over zorgberoepen op

¹ Bron: LKG en CBS, bewerking Prismant, Regiomarge 2007, 2007.

scholen zo ingericht kan worden dat de technische aspecten (welke jongens over het algemeen meer aanspreken) meer benadrukt worden.

e) In de Arbeidsmarktbrief 2006¹ is gesteld dat onderzoek naar de financiële arbeidsvoorwaarden laat zien dat de zorgsector in zijn geheel de vergelijking met de marktsector kan doorstaan. Naar opleidingsniveau zijn er wel verschillen: lager en middelbaar opgeleiden steken licht positief af en hoger opgeleiden negatief waar het gaat om het beloningsniveau ten opzichte van de marktsector. De min bij de hoger opgeleiden wordt dus deels gecompenseerd door een plus bij de lager en middelbaar opgeleiden. Relevant in dit kader is dat op de algemene arbeidsmarkt vooral tekorten verwacht worden bij de hoger opgeleiden. Ook de zorgsector krijgt daar nadrukkelijk mee te maken. Het bewuste onderzoek heeft betrekking op gegevens uit 2004². Er zijn geen aanwijzingen dat de salarispositie van de hoger opgeleiden in de zorgsector na die tijd is verbeterd ten opzichte van de marktsector of de overheidssector.

Op een aantal andere arbeidsvoorwaardelijke aspecten scoort de zorgsector goed: er zijn veel mogelijkheden om in deeltijd te werken, werk- en zorgtaken zijn goed te combineren en de maatschappelijke relevantie van het werk is hoog.

Het is van belang dat de zorgsector ook op de langere termijn, in een structureel krappe arbeidsmarkt, de concurrentie met andere sectoren kan doorstaan. Om die reden zullen we de ontwikkelingen op dat gebied nauwgezet blijven volgen.

Regionale verschillen op de arbeidsmarkt

De hier gepresenteerde ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorg geven een algemeen beeld. Daarachter gaat echter een grote regionale verscheidenheid schuil. Zo stijgt de zorgvraag, als gevolg van de vergrijzing, in sommige regio's sterker dan in andere regio's. Er zijn ook duidelijke verschillen in de mate waarin de zorgsector een beroep doet op de arbeidsmarkt. Verder zien we regionale verschillen in onder andere het verloop van het zorgpersoneel, het aantal werkzame 50-plussers, de populariteit van het zorgonderwijs, het studierendement, de participatiegraad van vrouwen en de samenstelling van de beroepsbevolking. Dit betekent dat voor een goed arbeidsmarktbeleid naar de kansen en bedreigingen binnen de specifieke regionale constellatie gekeken dient te worden. Waar in de ene regio de focus meer dient te liggen op verbetering van de instroom vanuit het onderwijs, kunnen andere regio's zich beter richten op het behoud van het personeel. Een eenduidige oplossing van het personeelsvraagstuk bestaat dan ook niet en kan ook niet vanuit Den Haag geregisserd worden. Vanuit Den Haag kunnen de verschillende regio's echter wel worden gefaciliteerd. Op regionaal niveau zullen werkgevers, onderwijsinstellingen en overheden een specifieke strategie moeten ontwikkelen toegesneden op de regionale problematiek.

Concluderend

De zorgsector krijgt te kampen met forse problemen op de arbeidsmarkt. Op zeer korte termijn is vooral het probleem van de verzorgenden nijpend. De problematiek wordt op de lange termijn alleen maar groter. Door de toenemende zorgvraag en de beperkte groei van de beroepsbevolking dreigen er forse discrepanties tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel te ontstaan. Die discrepantie is niet alleen op te lossen met alleen meer arbeidsinzet, maar vraagt ook om innovatieve en nieuwe zorgconcepten.

Alle betrokken partijen zullen op meerdere fronten tegelijk in actie moeten komen om de instroom en behoud van zorgpersoneel te vergroten, de

¹ Tweede Kamer, kamerstuk 2006–2007, 29 282, nr. 38.

² Berkhout, E., A. Heyma en W. Salverda: Beloningsverschillen tussen de marktsector en collectieve sector in 2004, Ministerie van BZK, Den Haag 2006.

organisatie van de personele inzet te verbeteren en om het beroep op zorgpersoneel te verminderen en uit te stellen. Het rekenvoorbeeld in onderstaande box maakt dat duidelijk. Daar wordt een overzicht gegeven van de mogelijke bijdrage van verschillende oplossingsrichtingen om de benodigde groei van de werkgelegenheid tot 2020 te realiseren (zie ook figuur 2).

Rekenvoorbeeld van bijdrage mogelijke oplossingen op lange termijn

Als deeltijders gemiddeld 2 uur langer per week gaan werken, levert dat omgerekend ± 75 000 arbeidsplaatsen op. Als oudere werknemers in de zorg gemiddeld een jaar later uittreden (dan verondersteld in de basisprojectie), levert dat omgerekend ± 25 000 arbeidsplaatsen op. Het verhogen van het aandeel van de zorgsector op de arbeidsmarkt van 13% naar 15% levert omgerekend ± 175 000 arbeidsplaatsen op. Een verhoging van de arbeidsproductiviteit met gemiddeld 0,5% per jaar door een betere organisatie van de zorg levert omgerekend ± 115 000 arbeidsplaatsen op. Op het gebied van het beperken van de groei van de zorgvraag is het moeilijk aan te geven wat de opbrengsten in personele termen kunnen zijn. Als door verhoging van de zelfstandigheid cliënten het beroep op AWBZ-zorg met 10% zouden beperken, zou dat een besparing van ± 90 000 arbeidsplaatsen op kunnen leveren. De totale «opbrengst» van dit rekenvoorbeeld komt daarmee uit op 480 000 arbeidsplaatsen en benadert daarmee het benodigde aantal van 480 000 arbeidsplaatsen uit figuur 2.

3 Actieplan «Werken aan de zorg»

Algemeen arbeidsmarktbeleid kabinet

Ons actieplan richt zich op arbeidsmarktmaatregelen specifiek voor de zorgsector. Deze sluiten aan op de algemene arbeidsmarktmaatregelen van het kabinet. Voor een volledig overzicht van al deze maatregelen, zowel generiek als specifiek, verwijzen wij naar de tripartiete beleidsinzet zoals die bij de participatietop is overeengekomen¹, maar hier geven wij wel de hoofdpunten weer.

De komende periode, mede met het oog op bestaande en verwachte toekomstige knelpunten, wil het kabinet sterk inzetten op het bevorderen van de arbeidsdeelname. Het kabinet heeft in het beleidsprogramma de ambitie geformuleerd om tot 2011, 200 000 mensen aan het werk te helpen.² Het meest perspectiefrijk zijn daarbij groepen die op dit moment nog niet- of onvoldoende participeren. Bijvoorbeeld mensen die een uitkering ontvangen, ouderen die vroegtijdig stoppen met werken en zogenaamde NUG'ers (niet-uitkeringsgerechtigden, vooral vrouwen). Vanwege deze diversiteit is ook een breed scala aan maatregelen noodzakelijk. Daarbij maakt het kabinet onderscheid tussen generieke en specifieke maatregelen.

Generieke maatregelen zijn bijvoorbeeld fiscale instrumenten of investeringen in scholing. Wat betreft de eerste categorie: de omvorming van de bestaande arbeidskorting tot een inkomensafhankelijke arbeidskorting of de geleidelijke afschaffing van de overdraagbaarheid van de algemene heffingskorting zijn voorbeelden van instrumenten die de financiële prikkel om te gaan werken versterken. Wat betreft de scholing: deze leidt tot een beter opgeleide beroepsbevolking met betere arbeidsmarktkansen en een hogere participatie.

Daarnaast zet het kabinet specifieke maatregelen in. Deze zijn in het bijzonder gericht op bepaalde groepen met een moeilijke arbeidsmarktpositie, zoals ouderen, vrouwen, niet-westerse allochtonen en jongeren. De maatregelen op dit terrein zijn zeer divers: van het bestrijden van discriminatie tot het oprichten van de Taskforce Deeltijd Plus.

¹ Kamerstuk 2006–2007, 29 544, nr. 94, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 2006–2007, 31 070, nr. 1, Tweede Kamer.

Hoewel het arbeidsmarktbeleid en het bevorderen van de arbeidsdeelname niet specifiek gericht zijn op de zorgsector (of welke sector dan ook) profiteert deze hiervan evenzeer.

Arbeidsmarktbeleid zorgsector

Op basis van onderzoek en raadpleging van het veld hebben we bovenop het algemene kabinetsbeleid een pakket maatregelen samengesteld waarmee we op de korte en middellange termijn zullen werken aan het voorkomen en verminderen van personeelstekorten in de zorg.

Ons plan bevat drie sporen:

- I. Innovatie van zorgprocessen
- II. Investeren in behoud van personeel
- III. Vergroten van de instroom van nieuw personeel

De maatregelen gericht op innovatie van zorgprocessen zullen pas op middellange termijn resultaten te zien geven. De maatregelen gericht op het behoud en instroom van personeel hebben daarentegen op korte termijn al effect. De sporen sluiten aan bij wat de SER, de RVZ en de WRR in hun adviezen naar voren hebben gebracht.¹ Bij de uitwerking van de sporen zal hier nader op worden ingegaan.

We vinden het belangrijk dat de voorgestelde acties rekening houden met de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, sociale partners en zorginstellingen en die tussen landelijke en regionale partijen in het arbeidsmarktbeleid. Personeelsbeleid is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf, ondersteund door het sectorale arbeidsmarktbeleid van sociale partners. De analyse laat echter zien dat de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt de oplossingsmogelijkheden van individuele instellingen overstijgen en ook die van sociale partners. Om die reden zijn acties van het kabinet met partijen gezamenlijk noodzakelijk. Dit betekent dat wij onze investeringen concentreren op het stimuleren van innovaties en het opleiden van voldoende goed geschoold personeel via het stage- en opleidingsfonds. De andere onderdelen van het actieplan zijn niet minder belangrijk, maar daar hebben instellingen en sociale partners een grotere eigen verantwoordelijkheid. Bij die onderdelen zijn we vooral ondersteunend.

Speciale aandacht gaat uit naar het regionale arbeidsmarktbeleid. Gezien het overwegend regionale karakter van de arbeidsmarkt voor de zorg zal op regionaal niveau de meest kansrijke arbeidsmarktstrategie bepaald moeten worden. Wij willen de organisatiekracht van zorgwerkgevers op lokaal en regionaal niveau daarom versterken. Ook dit sluit aan bij het algemene arbeidsmarktbeleid van het kabinet, dat vooral gericht is op de versterking van de lokale en regionale structuur.

I Innovatie van zorgprocessen

Bij de toekomstanalyses in paragraaf 2 is uitgegaan van een constante productiviteits-ontwikkeling, gebaseerd op de periode van voor de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dat is van belang omdat juist de introductie van de Zvw tot doel heeft de prestaties van de zorg substantieel te verbeteren. Deze verbeteringen gaan over een betere kwaliteit van zorg én over een meer gerichte inzet van mensen en middelen. Verschillen in prestaties tussen zorgaanbieders moeten zichtbaar worden en er moet een stimulans zijn de ambitie te richten op de beter presterenden. Enerzijds motiveert het om beter te zijn dan gemiddeld, omdat het goed is voor de reputatie en/of omdat men hiervoor wordt beloond. Anderzijds disciplineert het om te conformeren aan instellingen die het beter doen. Deze disciplinerende werking komt vooral door professionele gedrevenheid, maar ook door de dwang van klanten. Deze klanten zijn in onze visie

¹ RVZ-advies «Arbeidsmarkt en zorgvraag» 2006; SER-advies «Voorkomen arbeidsmarkt-knelpunten Collectieve Sector» 2006; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid «De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden» 2006.

allereerst de cliënten, maar ook wel degelijk die partijen die de cliënten vertegenwoordigen (verzekeraars). De druk op de zorgcapaciteit, door de toenemende zorgvraag, zal de komende 15 jaar 13 procent minder hard stijgen, wanneer de achterstand in de productiviteitsontwikkeling ten opzichte van marktsectoren met de helft wordt verkleind¹. Dat zou een substantiële verlichting van de druk op de arbeidsmarkt betekenen. Bij deze opgave past een betrokken overheid. Wij zullen veel werk maken van een actieve bevordering van innovatie in de zorg, vooral gericht op technologieën die kwaliteit van zorg behouden en arbeidscapaciteit besparen.

Acties

- a. We richten het innovatieplatform zorg op en sluiten aan bij de interdepartementale programmadirectie Kennis en Innovatie
- b. Wij introduceren een programma voor versnelling van innovaties voor betere zorg door minder personeel
- c. Wij stimuleren het continu innoveren door instellingen («sociale innovatie»)
- d. Wij stimuleren investeringen in arbeidsbesparende technologie, vooral ICT-toepassingen en domotica

a) Innovatieplatform

Innovatie is een van de zes pijlers van dit kabinetsbeleid. Om verschillende redenen is innovatie vanuit arbeidsmarktoptiek van belang. Voor wat betreft de arbeidsmarkt geldt dat door innovaties slimmer kan worden gewerkt in de zorg, werkprocessen worden ondersteund zodat minder menskracht nodig is en personeel meer gericht kan worden ingezet, namelijk gericht op de cliënt. Deze invalshoek leidt tot een versterkte inzet op de aanpak van chronische ziekten en meer en betere ketenzorg. Bij ketenzorg is het belang van de cliënt uitgangspunt in de samenwerking tussen zorgverleners. Innovaties waardoor de cliënt meer in staat is om zelf met zijn of haar aandoening om te gaan, zal voor de cliënt ertoe leiden dat hij zelf meer de regisseur van zijn aandoening is en tegelijkertijd ervoor zorgen dat hij minder vaak een beroep op de zorg hoeft te doen. De WRR gaat in haar advies ook in op het belang van technologische innovatie.² Het werken wordt daardoor leuker, veiliger en levert meer arbeidstevredenheid op. Binnenkort zullen wij een Innovatieplatform voor de zorg in het leven roepen. Hierin zitten mensen die een gezaghebbende positie in de zorgsector in brede zin hebben. Vooral personen die vanuit de praktijk kunnen beoordelen waar innovaties kansrijk, nodig of zelfs noodzakelijk zijn zoals zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, aanbieders, deskundigen uit bedrijfsleven en wetenschappers.³ Het Innovatieplatform voor de zorg zal zich onder meer bezig houden met het agenderen van innovaties, de implementatie daarvan aanjagen en bevorderen dat de randvoorwaarden voor snelle (brede) verspreiding van innovaties tot stand worden gebracht. Verder heeft dit kabinet een interdepartementale programmadirectie Kennis en Innovatie opgericht om de samenhang in het overheidsbeleid over kennis, innovatie en ondernemerschap te verbeteren⁴. De programmadirectie ontwikkelt innovatieprogramma's en werkt deze uit voor maatschappelijke thema's, waaronder de zorg. De interdepartementale programmalijnen en het aangekondigde VWS-programma zijn vanzelfsprekend sterk verweven.

b) Versnelling van innovaties

Goede voorbeelden, bijvoorbeeld uit de lopende programma's «Zorg voor Beter» en «Sneller Beter» hebben aangetoond dat de efficiëntie en de kwaliteit van de zorgverlening tegelijkertijd kunnen worden verbeterd, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg. Ook in de programma's voortkomend uit het AWBZ-convenant 2005–2007 wordt de komende jaren

¹ Berekening VWS op basis van Douven, R., e.a., Een scenario voor de zorguitgaven 2008–2011, CPB in samenwerking met SCP en RIVM, 2006.

² Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden, 2006.

³ Ministerie van VWS, Beleidsagenda 2008.

⁴ Tweede Kamer, Vergaderjaar 2006–2007, 27 406, nr. 112.

gewerkt aan innovaties gericht op de houdbaarheid van de AWBZ op lange termijn. Het programma Zorg voor Beter loopt door tot 2011. Concreet wordt er gewerkt aan innovaties gericht op het verhogen van de arbeidsproductiviteit met behoud van de kwaliteit van arbeid én kwaliteit van zorg. In het «transitieprogramma» zijn tien experimenten begonnen waarbij ook de wet- en regelgeving die van belang is bij innoveren expliciet onder de aandacht staan. In 2008 starten we met een tweede tranche van tien experimenten met als focus logistiek en kleinschalig wonen.

c) Sociale innovatie

Het bevorderen van innovaties gaat verder dan het doen van onderzoek en het implementeren van bewezen «best practices». Onder de noemer «sociale innovatie» willen we het belang van het continu innoveren verder onder de aandacht brengen. Initiatieven waarbij kennis van de werkvloer wordt benut staan hierbij centraal. In samenwerking met sociale partners lopen een aantal van dit soort trajecten gericht op «slimmer werken». Dit zullen we de komende jaren gaan intensiveren.

d) Arbeidsbesparende technologie

Door middel van innoveren kan er ook voor worden gezorgd dat cliënten langer zelfstandig kunnen zijn en zelfstandig kunnen blijven wonen. De afgelopen jaren is geïnvesteerd in diverse experimenten en onderzoeken op het terrein van «domotica». Door de toepassing van domotica te bevorderen wordt er een bijdrage geleverd aan de kwaliteit van zorgverlening en kan tegelijkertijd arbeid worden bespaard.¹

Innovatie kan ook een belangrijke bijdrage leveren aan het verlichten van de werkdruk en hiermee het aantrekkelijk houden van werken in de zorg. ICT kan worden ingezet voor het efficiënter maken van administratieve processen en door de toepassing van bijvoorbeeld draadloze «touchscreen-computers» kan informatie makkelijker worden opgevraagd en uitgewisseld, waardoor tijd kan worden bespaard. De inspanningen die we de komende jaren op het gebied van het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) doen dragen ook bij aan een goede en efficiënte informatie-uitwisseling en daarmee ook bij aan de veiligheid van de behandeling. De komende jaren gaan we verder investeren in «arbeidsbesparende» technologie.

Slim alarm

Ouderen willen, ook als ze meer zorg nodig hebben, steeds langer zelfstandig blijven wonen. Door de toepassing van verschillende technologieën kan dit ook. Slimme sensoren zoals infrarood detectie en camerasystemen zijn in staat om de cliënt te monitoren en indien nodig een zorgverlener op afstand in te schakelen. Voordat het systeem een zorgverlener waarschuwt, wordt eerst de cliënt zelf gewaarschuwd dat er een oproep is. De cliënt kan hierdoor zelf een (vals) alarm annuleren, waardoor het aantal valse alarmen fors wordt verminderd. Bij een alarm hoeft de zorgverlener in eerste instantie niet meer meteen langs te komen, maar kan door middel van een spreekkluisterverbinding en een cameraverbinding eerst constateren wat er daadwerkelijk aan de hand is. Hierdoor kan zorg efficiënt op afstand worden verleend. Waar nodig kan een zorgverlener snel ter plaatse zijn.

II Investeren in behoud van personeel

Omdat verhoudingsgewijs in de komende jaren er steeds minder jongeren op de arbeidsmarkt komen is een belangrijk onderdeel van een goede arbeidsmarktstrategie, op de korte termijn, om het huidige personeel zoveel, zo gezond en zolang mogelijk voor de zorg te behouden. De mensen die in de zorg werken moeten de ruimte en de waardering krijgen die zij verdienen. Tijdens de eerste honderd dagen van onze kabinets-

¹ RVZ-advies, Arbeidsmarkt en Zorgvraag, 2006.

periode hebben we gezien met hoeveel toewijding en trots er in de zorg gewerkt wordt. De werkgevers moeten dit vasthouden door te investeren in hun personeel en aandacht geven aan de positie van de professional. Wij willen dit waar nodig versterken.

Acties

- a. Wij investeren in doorstroom en zij-instroom van personeel
- b. Wij stimuleren de uitbreiding van deeltijdcontracten i.s.m. SZW Taskforce Deeltijd Plus
- c. Wij stimuleren het levensfasebewust personeelsbeleid
- d. Wij zetten in op medewerkerveiligheid
- e. Wij stimuleren de professionalisering

a) Doorstroom en zij-instroom van personeel

In de eerste plaats gaan wij extra investeren in de doorstroom en zij-instroom van personeel van lagere naar hogere functies door te investeren in stageplaatsen van de Beroeps Begeleidende Leerweg (BBL). Daarvoor besteden wij circa 40 procent uit de middelen die wij extra beschikbaar stellen aan zorginstellingen voor stageplaatsen (totale extra bedrag voor stages behoud en instroom is per jaar € 45 miljoen oplopend tot € 65 miljoen in 2011).

BBL houdt in dat medewerkers in dienst van de werkgever komen of blijven en een dag in de week een opleiding volgen. De interne doorstroom geeft ruimte voor loopbaanontwikkeling en ontplooiing van medewerkers en schept tevens ruimte voor instroom in de lagere functies. Ook de SER geeft in haar advies aan dat scholing en loopbaanontwikkeling belangrijke instrumenten zijn om de aantrekkelijkheid van het werken in de collectieve sector te vergroten.¹ Zij-instromers uit andere sectoren worden een steeds belangrijke doelgroep. Daarom vinden wij het gebruik van EVC-trajecten (Elders Verworven Competenties) en de aansluiting bij al lopende initiatieven belangrijk.

Het bedrag voor BBL-stages komt bovenop de circa € 37 miljoen die de instellingen ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds voor BBL-stages. Bovendien kunnen werkgevers gebruik maken van de afdrachtvermindering Onderwijs. Per 1 januari 2007 is dat € 2 500 per jaar per BBL-er.

De invoering van de Wmo leidt tot dynamiek op de arbeidsmarkt, waarbij het kan voorkomen dat werknemers van werkgever of functie (moeten) veranderen. In de recente voortgangsrapportage over de Wmo aan de Tweede Kamer van 26 september 2007² en in het Algemeen Overleg van 4 oktober met de Tweede Kamer over de Wmo is aangegeven dat primair op lokaal niveau gemeenten, werkgevers en vakbonden daar maatoplossingen voor moeten en kunnen zoeken. Onze inspanningen zijn erop gericht om die (lokale) partijen daarbij te stimuleren en te faciliteren, opdat zoveel mogelijk mensen van werk naar werk kunnen gaan en niet verloren raken voor de zorg: als ze niet in de thuiszorg geplaatst kunnen worden dan elders in de zorg. Daartoe dient de tijdelijke subsidieregeling personele gevolgen invoering Wmo. Ook in 2008 en verder maken wij middelen vrij om te investeren in deze groep mensen, zodat ze behouden blijven voor de zorg. De instelling van het Mobiliteitscentrum Thuiszorg is een onderdeel van onze aanpak.

Waar het gaat om het investeren in het behoud van personeel moet ook gedacht worden aan mantelzorgers en vrijwilligers. Mantelzorgers en vrijwilligers dragen er toe bij dat de vraag naar professionele zorgverlening kan worden uitgesteld. Bovendien dragen zij in belangrijke mate bij aan het vergroten van de zelfstandigheid en de participatie van mensen met een zorgvraag. In de beleidsbrief over mantelzorg en vrijwilligerswerk, welke in oktober aan uw kamer is verzonden, wordt uitvoerig

¹ SER-advies «Voorkomen arbeidsmarkt knelpunten Collectieve Sector» 2006.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 538, nr. 58.

ingegaan op de betekenis van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk voor de samenleving en op het beleid voor de komende jaren.¹

b) Uitbreiding van deeltijdcontracten

Zoals in het rekenvoorbeeld aangegeven zou het ± 75 000 arbeidsplaatsen op kunnen leveren als deeltijders gemiddeld 2 uur langer per week zouden gaan werken. Wij gaan daarom bezien in hoeverre en op welke manier zorgmedewerkers die in deeltijd werken gestimuleerd kunnen worden om meer uren te gaan werken. Dit doen wij in samenspraak met de Taskforce Deeltijd Plus van het ministerie van SZW en de sociale partners. De Taskforce zal ook uitdrukkelijk kijken naar de samenhang tussen het verlenen van mantelzorg en het verhogen van de arbeidsparticipatie¹. De praktijk van de afgelopen jaren heeft laten zien dat het niet eenvoudig is, omdat veel deeltijders een uitdrukkelijke wens hebben om in deeltijd te werken.² Ook blijkt dat zorgwerkgevers om roostertechnische redenen nogal eens de voorkeur geven aan deeltijders. Toch laat onderzoek zien dat er wel degelijk verschillen zijn tussen zorginstellingen wat betreft de gemiddelde omvang van de werkweek van hun werknemers. Zo kan een regelmatige belangstellingsregistratie verschil uit maken. Tevens willen wij initiatieven van zorginstellingen faciliteren voor het ontwikkelen en verspreiden van methoden voor efficiënt roosteren. Verder neem het kabinet een aantal generieke maatregelen dat in dit verband ook van belang is zoals hiervoor is aangegeven. Deze maatregelen kunnen voor deeltijdwerkers betekenen dat ze meer uren in de zorg willen gaan werken.

Moedercontracten (ook voor vaders): opereren onder schooltijd

Operatiekamers stonden leeg, OK-assistenten waren niet te vinden. Door het aanpassen van de operatietijden aan de schooltijden, ontwikkelde het UMC in Utrecht een nieuw contract met veel voordelen. Ouders werken nu op de OK van het UMC tijdens schooltijden en de wachtlijsten in het ziekenhuis zijn korter geworden. De moedercontracten hebben binnen en buiten de ziekenhuiswereld navolging gekregen.

c) Levensfasebewust personeelsbeleid

De noodzaak tot een integraal en planmatig personeelsbeleid is groter dan ooit. Naast gericht instroom- en scholingsbeleid gaat het ook om beheersing van het verloop en interne mobiliteit. De helft van de werkgevers³ vindt zelf ook dat er nog veel te verbeteren valt in personeelsplanning, loopbaanbeleid en levensfasebewust personeelsbeleid. Vaak kijkt men niet langer vooruit dan 3 tot 5 jaar. Een levensfasebewust personeelsbeleid houdt medewerkers langer productief, gezond, gemotiveerd en betrokken. Het gaat niet alleen om ouderen, maar het betreft medewerkers uit alle leeftijdsgroepen. Er wordt daarbij rekening gehouden met de verschillende levensfasen waarin de medewerkers verkeren en hun specifieke omstandigheden en wensen. Uit exit-interviews onder verzorgenden, verpleegkundigen en sociaal-agogen blijkt dat 50–60% van vertrekkers meent dat het vertrek voorkomen had kunnen worden als aan bepaalde voorwaarden voldaan zou zijn⁴.

Levensfasebewust personeelsbeleid werpt vruchten af

De Stichting Voor Regionale Zorgverlening (SVRZ), een instelling voor ouderenzorg met 2200 medewerkers in Zeeland, kiest sinds 2002 voor individueel maatwerk in het personeelsbeleid waarbij rekening wordt gehouden met de levensfase van medewerkers. Onderzoek naar leeftijdsopbouw, ziekteverzuim & gezondheid en groepsgesprekken met medewerkers leverden hiervoor veel ideeën op. Niet alleen 50+ers krijgen extra aandacht, ook instromers en jongeren kunnen rekenen op ondersteuning en advies. Concrete resultaten tot nu toe: het ziekteverzuim van 50+ers is met de helft gedaald, de leeftijd bij uitdiensttreding is gestegen van 58,7 naar 60 jaar, er treden meer 50+ers in dienst (6,4 procent naar 10,5 procent) en er zijn zelfs 21 medewerkers van 60+ aangenomen.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 169, nr. 11.

² CPB, Macro-Economische Verkenningen 2008.

³ www.AZWinfo.nl.

⁴ Prismant, Regiomarge 2007.

De werktevredenheid was al hoog (90 procent), de tevredenheid van medewerkers over de werkgever is gestegen van 74 naar 83 procent. SVRZ werkt nu aan instrumenten voor de spitsuurmedewerkers van 25–50 jaar.

Wij gaan op korte termijn in overleg met de sociale partners uitwerken hoe we het voeren van een levensfasebewust personeelsbeleid door werkgevers verder kunnen stimuleren. Wij zullen voortbouwen op de inspanningen van het ministerie van SZW op dit gebied en de goede voorbeelden in de sector.

d) Medewerkerveiligheid

Het ziekteverzuim in de zorgsector is momenteel historisch laag. Zorginstellingen en de overheid hebben de laatste jaren geïnvesteerd in goed arbeidsomstandighedenbeleid en beleid gericht op het terugdringen van het ziekteverzuim. Het is belangrijk dat werkgevers daarmee doorgaan, vooral ook in een krappere wordende arbeidsmarkt. Daarnaast is er door steeds nieuwe (technologische) innovaties nog steeds winst te behalen op het gebied van veiligheid en werkbelasting voor medewerkers. Via het project *ergocoaches*¹ van het ministerie van SZW leveren wij hieraan een bijdrage. Ook zal vanuit het programma *Veilige Publieke Taak* van het ministerie van BZK extra inzet voor eerstelijnszorg van zorginstellingen op het gebied van het tegengaan van agressie en geweld aanvullend worden gefaciliteerd. Daarnaast zullen wij de ontwikkeling van business cases ondersteunen, die het rendement van investeringen in medewerkerveiligheid beter zichtbaar maken.

Ziekenhuis investeert in veilig prikken

700 000 prikken per jaar, 180 keer gaat het mis, voor zo ver het AMC in Amsterdam het kan meten, want slechts het topje van de ijsberg wordt gemeld. In 10% van de gevallen gaat het in het AMC om bloed dat besmet is met HIV, Hepatitis B of C. Het mogelijke risico op besmetting en de enkele daadwerkelijke besmettingen brengen veel leed met zich mee voor de betrokken medewerkers én kosten van ziekteverzuim voor het ziekenhuis. Het afgelopen jaar heeft de Arbo-dienst van het AMC een «prik veilig»-project gestart. Hij heeft inmiddels meer dan vijftig workshops gegeven bij de verpleegafdelingen, de poli's en de spoedeisende hulp om oplossingen te bespreken die prikincidenten voorkomen. Arbeidsintensief, maar voor een structurele gedragsverandering van medewerkers is dat het enige dat echt werkt. De eerste evaluaties van het project lijken positief. Daarnaast leidt de introductie van veilige naaldsystemen vrijwel zeker tot een vermindering van meer dan 50 procent aan vermijdbare prikincidenten in de zorg. Deze (veiligheids)naalden hebben een beschermingsmechaniek, dat voorkomt dat de medewerker zich na het inbrengen van de naald zich nog kan verwonden aan de tip van de (vuile) naald. Deze nieuwe generatie naalden is nog wel wat duurder dan de bestaande, maar het AMC verkrijgt rendement door een veiliger werkklimaat voor medewerkers en minder verzuimkosten.

e) Professionalisering

Voor het aantrekkelijk houden van het werken in de zorg is het van belang dat er extra aandacht wordt besteed aan de positie van de professional in het zorgsysteem. Thema's die hierbij een belangrijke rol spelen zijn het respect voor de kennis en kunde van de professional, de relatie tussen management en professional, reflectie op dilemma's die voorkomen uit werken in de zorg, en investeren in opleidingen en bij- en nascholing. Het NIVEL heeft recent onderzoek verricht onder verpleegkundigen en verzorgenden naar de aantrekkelijkheid van het beroep.² Uit dit rapport blijkt ook dat bij- en nascholingstrajecten belangrijk zijn voor het aantrekkelijk houden van het werk. Daarnaast moeten de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. Professionals moeten zich zo veel mogelijk met hun

¹ www.ergocoaches.nl

² NIVEL, *De aantrekkelijkheid van het beroep 2007*, september 2007.

kerntaken kunnen bezighouden. Zij hebben er primair voor gekozen om zorg te verlenen en niet om zich veel bezig te houden met administratie. VWS heeft op dit terrein verschillende initiatieven ontplooid. Zo wordt er onder andere gewerkt aan het stroomlijnen van de indicatieprocessen en is er een meldpunt bureaucratie en regeldruk in het leven geroepen.¹

Het is van belang de gezondheidszorg in te richten zodanig dat de juiste persoon op de juiste plaats werkt. Initiatieven die zich bezig houden met het bieden van loopbaanperspectief aan verzorgenden en verpleegkundigen hebben hierbij expliciet onze aandacht. Naast projecten gericht op het succesvol opscholen van verzorgenden van niveau 2 (naar niveau 3), hebben wij aandacht voor het scherper differentiëren van bevoegdheden en bekwaamheden als ook de afstemming met de discussie over taakherschikking. We denken hierbij aan het uitdagen van hbo-verpleegkundigen de hbo-competenties ten volle uit te dragen in het werk. De rol van het management van een afdeling zou weer meer ingevuld moeten worden vanuit zorg voor de afdeling en minder gericht moeten zijn op het afleggen van verantwoording aan het hogere management. Taakherschikking en taakdelegatie in de zorg zijn instrumenten, die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de modernisering van de (eerstelijns)zorg. Het gaat hierbij niet alleen om méér opleiden, maar ook anders opleiden en meer samenwerking (o.a. ketenzorg). Zowel in ziekenhuizen als in de eerstelijnszorg/huisartsenzorg zijn artsen meer gaan samenwerken en kunnen zij in hun taken ontlast worden door andere professionals in nieuwe ondersteunende beroepen. De nurse practitioner (np) en de physician assistant (pa) zijn concrete voorbeelden hiervan. Enerzijds leveren zij een bijdrage aan het oplossen van capaciteitstekorten in de zorg, het oplossen van wachtlijsten en het verkorten van wachttijden voor patiënten. Anderzijds wordt door middel van de inzet van deze nieuwe beroepen een belangrijke bijdrage geleverd aan een kwalitatief goede en doelmatiger georganiseerde eerstelijnszorg. Daarnaast biedt het kunnen volgen van de opleiding tot pa en np en de inzet van deze beroepen in de zorg ook meer carrièremogelijkheden voor beroepsbeoefenaren die al in de zorg werkzaam zijn. Specifieke thema's zullen wij in overleg met het veld verder uitwerken.²

Daarnaast ondersteunen we de campagne «Zusters on tour» gericht op de beroepstrots van verzorgenden en verpleegkundigen.³ Als medewerkers trots zijn op hun werk, geeft dat ook de beste uitstraling naar mogelijk nieuwe collega's.

Aantrekkelijke werkgever door onderscheidend zorgconcept

Werkgevers in de zorg kunnen zich positioneren op de arbeidsmarkt met duidelijke zorgconcepten. Zo biedt verpleeghuis Hogewey zorg aan dementerenden op basis van leefstijlen in kleinschalige groepen binnen een grootschalige setting. Zo is er een woongroep «Christelijk», een groep «Cultureel», «Huiselijk» en «Ambachtelijk». Maar er is ook een woongroep «Stads», voor ouderen die hun leven lang in de stad hebben gewoond, een woongroep «Goois», voor mensen die van vroeger een hoge levensstandaard gewend zijn. Met dit concept, dat verschillende keren met prijzen is beloond, weet Hogewey niet alleen cliënten aan te trekken, maar ook zijn medewerkers aan zich te binden.

III Vergroten van de instroom van nieuw personeel

Om er voor te zorgen dat er in de toekomst voldoende en goed opgeleid personeel voor de zorg beschikbaar blijft, is het van belang dat er op korte en lange termijn voldoende mensen instromen in de zorgopleidingen. Dat betekent investeren in goede en voldoende stageplaatsen, meer mensen werven voor de zorg en investeren in groepen mensen die ondervertegenwoordigd zijn in de zorgsector.

¹ Zie ook: <http://www.minvws.nl/dossiers/bureaucratie-en-regeldruk/>

² Zie ook: Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146.

³ <http://www.zustersontour.nl/>

Acties:

- a. Wij investeren in stageplaatsen via een stagefonds
- b. Wij investeren in het opleidingsfonds
- c. Wij stimuleren de samenwerking tussen zorginstellingen, het onderwijs en lokale overheden
- d. Wij stimuleren het werven en opleiden van lager opgeleiden en allochtone vrouwen
- e. Wij faciliteren het voorlichten van jongeren over werken in de zorg

a) Stagefonds

In overleg met de sociale partners in de zorg geven wij de hoogste prioriteit aan het verbeteren en uitbreiden van stages voor studenten van zorgonderwijs. Dit doen we door middelen vrij te maken voor zorginstellingen die stageplaatsen aanbieden. Hiermee beogen we het vergroten van de instroom én doorstroom van personeel. Als instellingen meer stageplaatsen aanbieden, kunnen opleidingen meer studenten aannemen. Het verbeteren van de kwaliteit van de stages is belangrijk voor het verhogen van het studierendement en het beroepsrendement: hoe beter de stageervaring, hoe vaker studenten kiezen voor een baan in de zorg. Steeds meer instellingen richten leer/werkafdelingen in om de kwaliteit van de stages te verbeteren. Ze combineren hiermee de voordelen van een intensieve samenwerking met onderwijsinstellingen met het leren op de werkplek zoals tijdens de vroegere in-service-opleidingen.

Zoals al aangegeven willen wij in deze kabinetsperiode € 45 miljoen oplopend tot € 65 miljoen per jaar beschikbaar stellen aan zorginstellingen voor stageplaatsen voor opleidingen die te maken hebben met het grootste arbeidsmarkt- en/of stageprobleem. Daarom investeren we circa zestig procent van dit bedrag in stages voor de Beroeps Opleidende Leerweg (BOL) van zorghulpen, helpenden, sociaalagogen, verzorgenden, verpleegkundigen en sociaal pedagogische hulpverleners.¹ Dit zijn voor het merendeel MBO-opleidingen, maar betreffen ook enkele HBO-opleidingen. De middelen voor het stagefonds zijn aanvullend op de sinds 1 januari 2007 bestaande afdrachtvermindering van € 1 200 per jaar per opleidingsplaats voor BOL-ers van niveau 1 en 2.

Een knelpunt voor BOL-studenten zijn de kosten van de benodigde vaccinatie tegen Hepatitis B. De relatief korte stageperioden in combinatie met de relatief lange vaccinatieperiode leiden in de praktijk er toe dat studenten niet tijdig gevaccineerd zijn en daarmee in de problemen komen met het volgen van stages. Om dit te op te lossen gaan wij de vaccinatie voor BOL-studenten vergoeden.

Leerafdeling draagt bij aan meer en betere stages

De Geestgronden, een instelling voor psychiatrie in Bennebroek, heeft in 2006 samen met Hogeschool InHolland een leerafdeling opgezet met als doel voldoende personeel te kunnen blijven werven en het leerklimaat in de afdelingen een nieuwe impuls te geven. Met de komst van meer stagiairs is de verhouding op deze afdeling voor volwassen patiënten tussen het aantal gediplomeerd verpleegkundigen en stagiairs nu 2:1. In alle overige afdelingen van De Geestgronden is dat gemiddeld 5:1. De intensieve samenwerking tussen beide partijen levert veel op: meer en betere stages voor verpleegkundigen en sociaalagogen, meer werkplezier voor de zittende medewerkers en een betere aansluiting tussen theorie en praktijk door over en weer gebruik te maken van de aanwezige expertise.

¹ Voor de extra middelen komen in aanmerking: ziekenhuizen en revalidatiecentra, GGZ, Gehandicaptenzorg, Verpleeg- en verzorgingshuizen, Thuiszorg en Jeugdzorg.

b) Opleidingsfonds

Met de invoering van het opleidingsfonds in 2007 zijn we beter in staat om te zorgen dat er voldoende medici, gespecialiseerde verpleegkundigen

en assistenten, laboranten en GGZ-specialisten opgeleid worden. Voor 2008 hebben we extra middelen gereserveerd om de opleidingscapaciteit te vergroten. Daarnaast zetten we in op de verdere invoering van de door het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) geïnitieerde modernisering van de medisch specialistische vervolgopleidingen. Daarmee streven we naar een verdere verbetering van de kwaliteit van opleidingen. Om diezelfde reden maken we bij de verpleeghuisartsen de verlenging van de opleidingsduur van twee naar drie jaar mogelijk.

c) Samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen

Naast het stagefonds investeren wij de komende jaren in een intensievere samenwerking op regionaal niveau tussen zorg en onderwijsinstellingen. Het gaat hier om een tijdelijke investering in regionale arbeidsmarktcoördinatoren die hierna hun toegevoegde waarde voor zorginstellingen in hun regio moeten hebben bewezen. Het doel van onze subsidie is dat deze samenwerkingsverbanden uiteindelijk zelfstandig functioneren. De arbeidsmarktcoördinatoren zijn meestal onderdeel van een werkgeversorganisatie van zorginstellingen. Zij ondersteunen activiteiten ter bevordering van goed werkgeverschap bij zorginstellingen in de regio. Deze activiteiten betreffen instroom en behoud van medewerkers, opleidingen, vraagstukken rond arbo, verzuim en re-integratie en arbeidsmarktonderzoek, communicatie, beeldvorming en imago. Zo bemiddelen coördinatoren in sommige regio's om vacatures sneller te kunnen vervullen en de mobiliteit onder medewerkers te stimuleren. Vaak is er een helpdesk AVR voor arbo-, verzuim- en re-integratievraagstukken. Ze werken samen met het onderwijsveld en Calibris. Het gaat naast de planning van het aantal stageplaatsen, ook om verbetering van de kwaliteit van de stagebegeleiding en om de mate waarin het onderwijscurriculum aansluit bij de behoefte van de zorginstellingen in de regio. Dit zal ook bijdragen dat meer studenten hun opleiding zullen afmaken en vaker na hun opleiding kiezen voor een baan in de zorg. De precieze invulling van het coördinatorschap kan per regio verschillen. In sommige regio's is geen arbeidsmarktcoördinator aanwezig of is daarvoor nog niet voldoende draagvlak. Met een projectsubsidie faciliteren wij de versterking van deze regionale structuur.

d) Werven en opleiden van lager opgeleide herintreders, zij-instromers en allochtone vrouwen

Wij gaan de werving stimuleren onder groepen mensen in de samenleving die ondervertegenwoordigd zijn in de zorgsector. Voor het werven en adequaat opleiden van lager opgeleiden voor de langdurige zorg zijn we samen met de ministeries van SZW en OCW een aantal regionale proefprojecten begonnen. Hierin werken zorgwerkgevers, gemeenten, CWI, UWV en ROC's samen om te werven onder lager opgeleide mensen met een uitkering en niet-uitkeringsgerechtigden. Dit sluit aan bij de recente conclusie van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI) dat het inschakelen van niet-uitkeringsgerechtigde werkzoekenden («Nuggers») een belangrijke bijdrage kan leveren aan het bestrijden van toekomstige personeelsknelpunten¹. De RWI gaat ervan uit dat in Nederland enkele honderdduizenden Nuggers in meer of mindere mate beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt. Ook in de regionale proefprojecten wordt deze groep als een belangrijk potentieel beschouwd. Omdat deze groep bij reguliere SUWI-partners als de gemeentelijke sociale dienst, CWI en UWV niet altijd bekend zijn, is hier wellicht ook een rol weggelegd voor uitzendorganisaties, bij wie deze groep wel vaak ingeschreven staat. Deze mensen zullen in eerste instantie opgeleid worden voor de lagere functies. Hiervoor is nodig dat het zittend personeel op de lagere functies hoger wordt opgeleid en doorstroomt naar een hoger niveau (niveau 3) waar het grootste tekort aan het ontstaan is. Daarnaast wordt in de proefprojecten gewerkt aan een betere aansluiting van vrijwilligerswerk op de perso-

¹ Raad voor Werk en Inkomen advies «De drempel over; Advies over het aanboren van onbenut participatiepotentieel», 2007.

neelsvoorziening van zorginstellingen. De proefprojecten zijn vooral bedoeld als experiment om te zien wat nodig is om deze doelen te bereiken en wat daarbij in de weg staat. De proefprojecten gaan vergezeld van onderzoek naar de voorwaarden waaronder instellingen mogelijkheden zien voor de inzet van lager opgeleiden voor taken die nu door hoger opgeleiden worden verricht. Zij vinden plaats in Den Haag, Delft, Emmen, Heerlen, Haarlemmermeer, Tilburg en Twente. De looptijd is van 1 september 2007 tot en met 31 december 2008.

Samenwerken aan werving op regionaal niveau

In de regio Twente/Oost-Achterhoek hebben negentien gemeenten, zestig tot zeventig verschillende zorginstellingen en andere lokale partijen zoals ROC's, CWI en UWV zich in een Regiotop afgelopen september gecommitteerd aan een «Masterplan personeelsvoorziening sector Zorg & Welzijn». Het proefproject in deze regio voor instroom van lager opgeleiden is onderdeel van dit masterplan.

Ook voor het werven en toeleiden van allochtone vrouwen worden in een zestal gemeenten proefprojecten opgezet, waarbij de focus vooral ligt op Turkse en Marokkaanse vrouwen. De arbeidsparticipatie van deze groep vrouwen loopt ook in de zorg nog achter in vergelijking met andere groepen. Ook de keuze voor een zorgopleiding onder Turkse en Marokkaanse jongeren loopt relatief achter bij andere beroepsopleidingen. Wij zien deze groep als een belangrijk en noodzakelijk arbeidsmarktpotentieel voor de zorgsector.

In de zorgsector zijn in het verleden veel gesubsidieerde banen gecreëerd. Nu de uitvoering van de gesubsidieerde arbeid vooral bij gemeenten ligt, vinden wij het belangrijk dat in combinatie met opleidingstrajecten het arbeidsmarktinstrument van de tijdelijke loonkostensubsidie ook in de zorgsector benut wordt. Hiertoe zullen wij met SZW een landelijk initiatief nemen om de samenwerking tussen gemeenten en zorginstellingen op dit punt te bevorderen. Daarbij moet doorstroom uitgangspunt zijn, waarbij uitgegaan wordt van de vraag naar personeel van zorginstellingen. Het is de bedoeling dit mee te nemen in de regionale proefprojecten voor lager opgeleiden en in de proefprojecten voor de werving van allochtone vrouwen.

e) Voorlichten van jongeren

De motivatie van werknemers in de zorg is buitengewoon groot. Voor jongeren is het beeld van werken in de zorg helaas soms negatiever. Kennismaken met beroepen in de zorg op jonge leeftijd via voorlichting op middelbare scholen en het (voorbereidend) beroepsonderwijs is belangrijk om dit beeld bij te stellen. Het maakt jonge mensen ervan bewust dat werken in de zorg een professioneel vak is. Daarom maken wij voorlichtingscampagnes mogelijk op middelbaar en (voorbereidend) beroepsonderwijs over werken in de zorg. Ook de maatschappelijke stage voor leerlingen van het middelbaar onderwijs zien wij als een goede mogelijkheid om jongeren kennis te laten maken met het werken in de zorg.

Werven in het buitenland

Wij zijn van mening dat het werven van zorgpersoneel van buiten de EU een sluitpost dient te zijn van het arbeidsmarktbeleid. Pas als instellingen al het andere uitvoerig hebben geprobeerd en het blijkt niet toereikend te zijn, zou men over kunnen gaan tot het werven van zorgpersoneel buiten de EU. Wij achten echter herhaling van de situatie in 2000 en 2001 ongewenst, toen enkele zorginstellingen verpleegkundigen uit ontwikkelingslanden (onder andere Zuid-Afrika en de Filipijnen) werven. Op verzoek van VWS hebben werkgevers daarna een zorgbreed keurmerk van inter-

mediairs en wervingsbureaus ontwikkeld. Wij streven ernaar dat zorgwerkgevers een gedragscode opstellen voor het niet proactief werven van zorgpersoneel uit ontwikkelingslanden noch uit landen met eigen tekorten aan zorgpersoneel.

4 Adviescommissie «Werken aan de zorg»

De focus van het actieplan is vooral gericht op maatregelen die op de korte en de middellange termijn resultaten bieden. Daar zijn we er echter niet mee. De problematiek is zo weerbarstig, dat ook voor de langere termijn aan oplossingen gewerkt moet worden om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Daarom zal er een commissie komen, die advies moet geven over de vraag hoe we op de lange termijn de toenemende zorgvraag met gerichte inzet van menskracht zullen kunnen oplossen. Daarbij zullen innovatie, nieuwe zorgconcepten, behoud van personeel en werving van nieuw personeel centraal staan. Daarmee kan op kwalitatief verantwoorde wijze aan de toenemende zorgvraag tegemoet worden gekomen.

5 Financiële middelen

De zorgsector heeft tot nu voor het arbeidsmarktbeleid het volgende beschikbaar:

- € 29 miljoen arbeidsmarktmiddelen die overgeboekt zijn naar de instellingsbudgetten bij de stopzetting van het sectorfonds Zorg in 2004;
- € 37 miljoen via beleidsregels voor BBL-opleidingsplaatsen;
- de afdrachtvermindering Onderwijs voor BOL- en BBL-opleidingsplaatsen.

Met het Actieplan Werken aan de zorg stellen wij extra middelen beschikbaar voor de zorgsector.

In onderstaande tabel geven wij een overzicht van de beschikbare middelen voor de arbeidsmarktmaatregelen in deze kabinetsperiode. In de tabel is geen onderverdeling gemaakt tussen de curatieve en de langdurige zorg, maar gesteld kan worden dat het grootste deel van de middelen neerslaat in de langdurige zorg. Van het algemene arbeidsmarktbeleid komt circa 75 procent terecht bij de instellingen voor langdurige zorg. Bij de vormgeving van het stagefonds houden wij daar nadrukkelijk rekening mee. Over de precieze verdeling tussen langdurige en curatieve zorg en tussen BOL en BBL maken we nog nadere afspraken met sociale partners. De middelen voor het opleidingsfonds komen vooral terecht in de cure. Het arbeidsmarktbeleid in het kader van de Wmo komt hoofdzakelijk terecht bij de thuiszorgorganisaties en -medewerkers. De middelen voor het innovatiebeleid staan gereserveerd op de aanvullende post bij Financiën. In voorjaar van 2008, 2009 en 2010 wordt beslist over de toedeling de gereserveerde tranches. Tevens is nog niet duidelijk hoe de middelen verdeeld zullen worden tussen de curatieve en de langdurige zorg.

Tabel 1. Financiële middelen (x 1000 €)

	2008	2009	2010	2011
Arbeidsmarktbeleid algemeen	59 749	68 374	81 749	78 749
w.v. stagefonds tbv. instroom	27 000	33 000	39 000	39 000
w.v. stagefonds tbv. behoud	18 000	22 000	26 000	26 000
w.v. specifieke projecten	14 749	13 374	16 749	13 749
Opleidingsfonds (groei t.o.v. 2007)	23 900	30 400	39 500	41 500

	2008	2009	2010	2011
Arbeidsmarktbeleid algemeen	59 749	68 374	81 749	78 749
Arbeidsmarktbeleid Wmo	40 000	10 000	10 000	10 000
Innovatiebeleid t.b.v. verhoging van de arbeidsproductiviteit*	4 000	14 000	22 000	30 000
Totaal	127 649	112 774	153 249	60 249

* Deze middelen staan in tranches gereserveerd op de aanvullende post op de begroting van het ministerie van Financiën. In het voorjaar van 2008, 2009 en 2010 vindt hierover besluitvorming plaats in interdepartementaal verband onder coördinatie van de minister van EZ.

Bij de specifieke projecten vallend onder het algemene arbeidsmarktbeleid gaat het onder andere om de regionale proefprojecten, de proefprojecten voor werving van allochtone vrouwen, specifieke imago-campagnes, de regionale platforms voor afstemming arbeidsmarkt-onderwijs, de hepatitisvaccinatie en het ergocoachproject. Daarnaast is binnen deze post ruimte voor vernieuwende projecten uit de sector. In overleg met sociale partners zullen we bezien welke projecten we daarvan gezamenlijk kunnen uitvoeren.

6. Samenvatting en vervolg

Wij willen een stevige basis leggen voor een actief arbeidsmarktbeleid gericht op een toekomstbestendige zorgverlening. Het is nodig om nu te handelen en de krachten te bundelen. Wij nemen het initiatief om de inspanningen van alle betrokkenen te ondersteunen en te versterken.

In deze brief hebben wij u een actieplan gepresenteerd met daarin maatregelen, op korte en middellange termijn, gericht op innovatie van de zorgprocessen, het behoud van het zittende personeel en het stimuleren van de instroom van nieuw personeel.

Wij investeren fors in stageplaatsen, opleidingen en innovaties die werkdrukverlichting en arbeidsbesparing opleveren.

Wij stimuleren het voorlichten van jongeren over werken in de zorg, het werven en opleiden van lager opgeleiden en allochtone vrouwen en de samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen en lokale overheden voor regiospecifieke oplossingen.

Wij gaan de uitbreiding van deeltijdcontracten door de Taskforce Deeltijd Plus ondersteunen evenals de verspreiding van levensfasebewust personeelsbeleid, het stimuleren van medewerkerveiligheid, professionalisering van medewerkers en de continue innovatie door zorginstellingen.

Een brede aanpak op al deze fronten is noodzakelijk. Er is niet een enkele oplossing voorhanden om ook in de toekomst een houdbare gezondheidszorg te kunnen garanderen. Bovendien hebben alle partijen in de zorg elkaar nodig om resultaten te kunnen boeken. Samenwerken en recht doen aan ieders verantwoordelijkheid en mogelijkheden staat hierbij centraal. Hierover zijn wij in gesprek met de brancheorganisaties en de instellingen hoe we deze mogelijkheden kunnen vergroten. De komende maanden zal het beleid verder worden uitgewerkt.

Hiermee zijn we er echter nog niet. Ook voor de lange termijn vinden wij het noodzakelijk dat een aanpak op meerdere fronten wordt gecontinueerd en mogelijk geïntensiveerd. Zoals aangegeven zullen wij een commissie instellen die ons hierover van advies zal dienen.

Er wordt al veel gedaan, maar gezien de in deze brief geschetste ontwikkelingen, moet er ook nog veel gebeuren. De komende jaren willen we de ontwikkelingen actief beïnvloeden en ons samen met betrokken partijen inzetten voor de uitdaging om de zorgvraag in Nederland te beantwoorden met voldoende en goed opgeleid personeel.